

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Fra:	Styrets leder
Dato dok.:	24. mars 2011
Dato møte:	31. mars 2011
Møtetid:	Klokken 08.00 – 13.00 Ullevål sykehus, Kirkeveien 166 Administrasjonsbygget, 2 etg. Legemessa

SAKLISTE

- SAK 20/2011: Godkjenning av innkalling og sakliste
SAK 21/2011: Godkjenning av protokoll styremøte 17.02.2011
SAK 22/2011: Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 17.02.2011
SAK 23/2011: Beslutningssak:
Årsoppgjør 2010
SAK 24/2011: Beslutningssak:
Ide/konseptfaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på
Ullevål
SAK 25/2011: Beslutningssak:
Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF
SAK 26/2011: Beslutningssak:
Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015
SAK 27/2011: Beslutningssak:
Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan
SAK 28/2011: Orienteringssak:
Revisjonsplan Oslo universitetssykehus HF 2011
SAK 29/2011: Orienteringssak:
Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
SAK 30/2011: Beslutningssak:
Økonomi- og aktivitetsrapport. Rapportering per februar 2011
SAK 31/2011: Administrerende direktørs orienteringer
SAK 32/2011: Orienteringssak:
Årsplan for styresaker - justert

Steinar Marthinsen
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Utkast til protokoll fra styremøte
17. februar 2011

SAK 21/2011: GODKJENNING AV PROTOKOLL

Vedlagt er utkast til protokoll fra styremøte 17. februar 2011.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra styremøte 17. februar 2011.

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn: **Styremøte**
17. februar 2011
kl. 08.00- 17.00
Ullevål sykehus, Legemessa
Referent: Randi Borgen

Til stede: Steinar Marthinsen, Gøran Stiernstedt, Barbro Lill Haetta, Ellen Christine Christiansen (gikk kl. 13.00, ikke til stede fra sak 10 til og med sak 19), Tor Ingebrigtsen, Marianne Borgen (gikk kl. 12.10, tilbake 14.50, ikke til stede under sak 10, 11, 12), Anders Utne, Vibeke Braastad Kristiansen, Arnhild Hage, Bjørn Wølstad-Knudsen, Rita von der Fehr, Christina Schöndorf.

Forfall: Guro Fjellanger, Gro Balas

Til stede fra Brukerutvalget: Arne Engen

Til stede fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Jonette Øyen, Eva Bjørstad, Erlend B Smeland, Jørgen Jansen, Tove Strand, Erik Omland, Erik Carlsen, Einar Hysing, Rolv Økland, Anne Karlsen, m.fl.

Sak 1/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 12: Rapportering per januar ble ettersendt per mail.

Enstemmig vedtak:
Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 2/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 17.12.2010

Enstemmig vedtak:
Styret godkjenner protokollen fra møtet 17. desember 2010.

Sak 3/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 17.12.2011

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

Sak 4/2011 Beslutnings sak: Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010

Ledelsens gjennomgang er virksomhetsstyring satt i system og praksis og foregår i dialogmøter mellom ledernivåene i foretaket. Risikostyring og internkontroll er et sentralt element i dette. Ledelsens gjennomgang gir kunnskap om en har målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Saken omhandler gjennomgang av 3 tertial 2010 med bestemte områder som virksomhetsstyring, måloppnåelse innen pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, aktivitet og økonomi og klinikkens oppgaver og oppdrag for 2011. Hovedsatsing videre vil være videre utvikling av sykehuset som lærende organisasjon, bruk av uønskede hendelser, nesten-hendelser i forbedringsarbeidet og øke fokus på pasientadministrative avvik.

Brev fra Arbeidstilsynet datert 8. februar 2011 om sluttmøte "God Vakt" og oppfyllelse av pålegg ble delt ut i møtet.

Det ble gitt en presentasjon i møtet av direktør pasientsikkerhet og kvalitet Eva Bjørstad.

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.

Sak 5/2011 Beslutnings sak: Rapportering per desember og året 2010

Saken framstiller rapportering av aktiviteten i virksomheten for desember og hele 2010. Rapporteringen gir en årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, forskning og innovasjon, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet. I tillegg beskrives situasjon ut fra bestemte styringsparametre, blant annet korridorsenger, andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter, ventelisteutvikling og fristbrudd. Når det gjelder ventelister og fristbrudd arbeides det fortsatt med å kvalitets sikre tallgrunnlaget.

Resultatet for desember vurderes som tilfredsstillende. Alt i alt har helseforetaket hatt en aktivitet som er i samsvar med oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF på de fleste tjenesteområdene. Det arbeides med tiltak for å sikre god kapasitetsutnyttelse og tilpasse virksomheten til situasjonen etter overføring av om lag 10 pst av aktiviteten til andre sykehusområder.

Innenfor somatikken er antall sykehusopphold og DRG-poeng til og med desember økt fra 2009. Oppdatert vurdering reduserer avviket til 1 pst for 2010.

Det foreløpige regnskapet for 2010 viser et resultat på 534 mill kroner. Dette gir et negativt resultatavvik på 298 mill kroner, korrigert for nytt styringsmål og ekstraordinære nedskrivninger.

Antall brutto årsverk per desember er som budsjettet, det har vært en relativ stabil bemanningsutvikling gjennom 2010. Antall brutto årsverk er redusert med 1 pst fra 2009. Når det gjelder sykefravær viser desember en økning til 7,8 pst, mens gjennomsnittlig fravær for siste 12-månedersperiode er 7,2 pst. Sykefraværet var i 2010 1,2 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet i 2009.

Det ble gitt en presentasjon av viseadm.dirktør finans og økonomi Morten Reymert.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per desember til etterretning.
2. Styret er fornøyd med at aktiviteten er opprettholdt i 2010.
3. Styret merker seg at det er god kontroll med arbeidet med økonomisk styring og prognosearbeid.
4. Styret vil uttrykke stor takk til ledere og ansatte i en krevende og utfordrende omstillingsfase.

**Sak 6/2011 Orienteringssak:
Informasjon om avsluttede byggeprosjekter ved
Oslo universitetssykehus HF**

Saken gir en overordnet status av finansiering og kostnadsramme for byggeprosjektene Foreldreovernatting på Rikshospitalet og Sykehotell på Radiumhospitalet som er avsluttet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar informasjon om avsluttede byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør orientere eier om avsluttet prosjekt knyttet til sykehotell og finansieringen av prosjektet.

**Sak 7/2011 Beslutningssak:
Årlig melding**

Årlig melding er styrets rapport til eier og svarer formelt ut eiers oppdrag og bestilling for helseforetaket. Styret er ansvarlig for at foretaket utarbeider en årlig melding om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Årlig melding 2010 skal sendes til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2011.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til utkast til årlig melding for 2010 med de innspill som er gitt i møtet.

2. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere årlig melding med innspill fra Brukerutvalgets møte 14. februar, samt de innspill som ble gitt i møtet.

**Sak 8/2011 Beslutningssak:
Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i
oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll**

I foretaksmøte for Oslo universitetssykehus 3. februar 2011 ble oppdrag og bestilling for 2011 gitt av eier. Dokumentet beskriver styringskrav og rammebetingelser for virksomheten. Foretakets flerårige omstillings- og utviklingsprosjekt for gjennomføring av vedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF skal fortsette. Dette innebærer risiko for resultat og aktivitet. Det forutsettes at foretaket løpende styrer på en slik måte at risiko reduseres og at det oppnås gevinstrealisering gjennom omstillingsprosessen.

Enstemmig vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 3. februar 2011 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

**Sak 9/2011 Beslutningssak:
Mål og budsjett for 2011**

Oppdrag og bestilling 2011 gir rammer for finansiering for 2011. Det forhold at det ved inngangen til året er usikkerhet knyttet til pasientstrømmer og påfølgende behov for tilpasning av kapasitet etter overføring av aktivitet til andre sykehusområder, har resultert i at endelig krav til økonomisk årsresultat og likviditetsmessig status først blir fastsatt etter 1. tertial.

Det styres inntil videre etter periodisert budsjett i samsvar med tallgrunnlag som framgår av budsjettpakke som er innrapportert til Helse Sør-Øst RHF per 17. januar 2011.

Budsjett 2011 inneholder drift- og investeringsbudsjett, aktivitetsmål for hele foretaket og aktivitetsmål og rammer for klinikkene (nivå 2 enheter). På bakgrunn av oppdrag og bestilling for 2011 er det laget egne oppdragsdokumenter til klinikkene samt Oslo sykehuservice inneholdende styringsforutsetninger og spesifikke oppdrag.

Det er etablert et stramt styringsregime med månedlig oppfølging av klinikkene for å sikre en best mulig kontroll med driften i 2011.

Det ble lagt fram protokoll fra møte mellom partene fra arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden om drøfting av budsjettet i medhold av hovedavtalen kap VII jfr. arbeidsmiljøloven. Drøfteprotokoller fra klinikknivå ble gjort tilgjengelige for styret.

Det ble gitt en presentasjon av viseadm.direktør finans og økonomi Morten Reymert.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar til etterretning at administrerende direktør inntil videre vil styre etter et periodisert budsjett i samsvar med forutsetningene som framgår i utfylt budsjettpakke innrapportert til Helse Sør-Øst RHF per 17. januar 2011. Styret vedtar på denne bakgrunn aktivitetsmål og resultatbudsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2011 slik de fremgår i tabellene 2 og 3. Styret har merket seg Oppdrag og bestilling 2011 hvor det slås fast at resultatkrav og krav til likviditetsmessig status ved utgangen av 2011 vil bli fastsatt etter 1. tertial.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre investeringer i 2011 for videreføring og utvikling av eksisterende drift i samsvar tabell 7. Administrerende direktør gis fullmakt til å forberede anskaffelser i 2012 – herunder foreta bestillinger – i samsvar med oppstillingene i tabell 7. Investeringene forutsettes gjennomført innenfor rammen av samlet tildelt likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i møtet 31. mars med status for investeringene i utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF .
4. Styret tar de foreslåtte regionale IKT-investeringene rettet mot Oslo universitetssykehus HF til etterretning.
5. Styret merker seg at det er iverksatt omfattende kartleggingsarbeid for å få kunnskap og dermed beskrive risiko- og utfordringsbildet. Styret merker seg også at vektleggingen og prioriteringene i budsjett 2011 er basert på risikovurdering gitt i ledelsens gjennomgang med utfordringer knyttet til økonomiske konsekvenser av drift, og økonomiske utfordringer relatert til investeringer i bygg, mtu, ikt for å gjennomføre omstilling i henhold til Helse Sør-Øst RHF styrevedtak 108/2008.

Det ble gitt en stemmeforklaring fra styrets ansattrepresentanter:

De ansattes representanter forutsetter at budsjettiltak vil bli risikovurdert og at kun tiltak med akseptable konsekvenser i henhold til pasienter, ansatte og arbeidsmiljø iverksettes.

Det forutsettes også at det gjennomføres god involvering av tillitsvalgte og ansatte i det videre budsjettarbeidet.

Sak 10/2011 Temasak

Det ble gitt en presentasjon fra Senter for fremragende forskning (SFF) ved Ludvig Sollid, leder Centre for Immune Regulation (CIR), Harald Stenmark, leder Centre for Cancer Biomedicine (CCB), Ragnhild Lothe, nestleder Centre for Cancer Biomedicine (CCB).

Enstemmig vedtak:

Styret tar presentasjon fra Senter for fremragende forskning, SFF, til orientering.

Sak 11/2011 **Beslutningssak:**
Innovasjonsstrategi 2011-2015 for Oslo
Universitetssykehus HF

Som landets største sykehus og førende innen medisinsk forskning og utvikling i Norge vil Oslo universitetssykehus HF også ta et overordnet ansvar for innovasjon. Innovasjon skal omfatte ideer med utspring fra forskning, klinisk virksomhet, organisering og drift av sykehuset. Det ble gitt en presentasjon av Kari Kværner fra stab Forskning, innovasjon og utdanning.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar Innovasjonsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF.

Sak 12/2011 **Orienteringssak:**
Rapportering per januar 2011

Grunnet konsekvensene av overføring av pasientbehandling til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, samt andre forhold, er rapportering av aktivitet, økonomi og ressursbruk for januar er preget av usikkerhet. Foreløpig tallgrunnlag for somatikken målt ved DRG viser en lavere aktivitet enn budsjettert i januar, mens aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten som budsjettert, mens tverrfaglig spesialisert rusbehandling er aktiviteten høyere enn budsjettert.

En foreløpig vurdering av sykehusopphold (somatikk) for befolkning som er overført til andre sykehusområder viser at antall opphold er redusert og aktiviteten endres som forutsatt. For voksenpsykiatri er viser tallene lavere aktivitet enn budsjettert i januar og aktiviteten ved de enheter som er virksomhetsoverdratt til andre sykehusområder ser ut til å være høyere enn forutsatt. Det er for tidlig å si noe om faktiske avvik.

Antall årsverk for januar var høyere enn budsjettert, mens det er nedgang i antall årsverk på ca 6 pst fra gjennomsnitt for 2010.

Det ble gitt en presentasjon av viseadm.direktør økonomi og finans Morten Reymert.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per januar til orientering.

Sak 13/2011 **Beslutningssak:**
Idefaserapport – utvidet kapasitet for
akutfunksjoner på Ullevål

Som del av omstilling og utviklingsarbeidet for å oppfylle Helse Sør-Øst RHF vedtak 108/2008 og derved etablering av et storbysykehus med lokalsykehusfunksjoner, planlegges å samle somatisk døgnvirksomhet ved Ullevål sykehus. Dette innebærer at somatisk døgnvirksomhet overføres fra Aker sykehus. En samling på Ullevål sykehus forutsetter økt kapasitet innen akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ funksjon og intensiv funksjon. Saken presenterer en idéfaseutredning for å vurdere alternative muligheter for å ivareta det økte kapasitetsbehovet ved Ullevål. Tiltaket har stor betydning for

hurtigheten i omstillingsarbeidet og skal gis høyeste prioritet for å oppnå ferdigstilling til dag 4 (2012/2013). Det ble gitt en presentasjon av prosjektleder Gunnar Stumo i møtet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess.
2. Styret ber administrerende direktør og styreleder avklare videre prosess med Helse Sør-Øst RHF.

Sak 14/2011

Beslutningssak:

Salg av eiendom 74/152 i Kroerveien 51-53-55 i Ski kommune

I saken fremmes forslag om salg av tomt bebygget med institusjonsbygg og 2-manns bolig. Salget inngår i Oslo universitetssykehus HF strategi om tiltak for å bedre likviditetssituasjon og resultat, og Helse Sør-Øst RHF strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendig for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar salg av Kroerveien 51-53-55, gnr. Brnr. 74/152 i Ski kommune.
2. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salg.

Sak 15/2011

Orienteringssak:

Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF

Saken presenterer en strategi som skal bidra til at Oslo universitetssykehus HF legger til rette for likeverdige helsetjenester for alle pasienter uansett pasientenes alder, kjønn, bosted, sosioøkonomiske forutsetninger, språk, seksuell legning, etnisk bakgrunn, tro- og livssyn og funksjonsevne. Strategien skal være førende for sykehusets arbeid med det samlede pasienttilbudet. Styret vil få en bredere presentasjon av tema og bruk av tolketjenester ved et senere styremøte.

Enstemmig vedtak:

Styret tar Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF til orientering.

**Sak 16/2011 Beslutningssak:
Leie av forskningsareal av Universitetet i Oslo
i tilbygg til Domus Medica, Gaustad**

Statsbygg har under oppføring et tilbygg til virksomheten ved Universitetet i Oslo, Domus Medica på Gaustad. Tilbygget er beregnet innflyttingsklart høsten 2012. Oslo universitetssykehus HF er i dialog om framleie av et aktuelt areale i tilbygget. En samlokalisering vurderes å være et strategisk bidrag og viktig i arbeidet med Life Science-forskning og translasjonsforskning mellom begge institusjonene og dette krever lokaler som er tilrettelagt for teknologikrevende laboratorieforskning. Det er en vanskelig arealsituasjon for flere av forskningsgruppene og det bes om styrets godkjenning til å fremforhandle og inngå leieavtale.

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitetet i Oslo om ca 1.900 kvm i tilbygget til Domus Medica på Gaustad for 5 år (med opsjon på 5+5+5 år) og oppsigelsesklausul i leieperioden.
2. Styret forutsetter at det utarbeides klare kriterier for tildeling av plass til forskningsgrupper i det aktuelle arealet og til forskningsgruppenes egenfinansiering av leie og drift.
3. Styret ber om å bli orientert om den samlede bruk av arealer til forskning og undervisning når slik oversikt foreligger.

**Sak 17/2011 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 18/2011 Orienteringssak:
Administrerende direktørs orienteringer**

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

Til saken ble det lagt fram brev fra Brukerforumet Klinikk psykisk helse og avhengighet inneholdende protest mot planlagt budsjettkutt (datert 13.02.2011) ved Senter for rus og avhengighetsbehandling. Lars Lien fra Klinikk for rus og avhengighet gav en orientering om rus- og avhengighetsbehandlingen og korrigerende oppfatningene om budsjettkutt for virksomheten. Styret ble opplyst at virksomheten i realiteten har fått en styrket budsjettsituasjon.

Enstemmig vedtak:
Styret tar saken til orientering.

Sak 19/2011 Eventuelt

For tre av de valgte styremedlemmene fra de ansatte var dette styremøtet det siste. Styreleder takket av for Arnhild Hage, Christina Schöndorf og Vibeke Braastad Kristiansen.

Styremedlem Barbro Haetta-Jacobsen har endret etternavn til:
Barbro Lill Haetta.

Steinar Marthinsen
Styreleder

Göran Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Haetta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Arnhild Hage

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen

Tor Ingebrigtsen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Christina Schöndorf

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Årsberetning 2010
Årsregnskap 2010

SAK 23/2011 BESLUTNINGSSAK ÅRSOPPGJØR 2010

Forslag til vedtak

- 1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2010.*
- 2. Årsberetning og årsregnskap for 2010 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.*

Oslo, 24. mars 2011

Siri Hatlen

Oppsummering

I 2010 har Oslo universitetssykehus HF gjennomført 1 025 000 pasientbehandlinger innen somatikk, 186 000 innen psykisk helse og 15 600 innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Aktiviteten er holdt oppe parallelt Oslo universitetssykehus har fortsatt et todelt oppdrag med å gjennomføre ordinær drift samtidig med å utvikle Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omstillingsprogrammet for regionen og hovedstadsprosessen vedtatt av Helse Sør-Øst RHF i styrevedtak 108/2008 med flere.

Omsetningen i 2010 var 17 261 millioner kroner. Årsresultatet i foretaksgruppen Oslo universitetssykehus er et overskudd på 567 millioner kroner. I resultat inngår ekstraordinære nedskrivninger på 185 millioner kroner. Korrigert for nedskrivningene var resultatet 297 millioner kroner lavere enn styringsmålet fra Helse Sør-Øst på 1049 millioner kroner.

Ved utsendelse gjensto noe gjennomgang med revisor. Dersom det skulle føre til endringer i utsendte regnskap og/eller beretning vil dette bli orientert om i styremøte.

Utkast til revisors beretning vil bli lagt fram i styremøtet.

Årsberetning 2010

Virksomhetens art

Oslo universitetssykehus HF ble stiftet 1. desember 2008 med en sammenslåing av virksomhetene i Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF og er Norges største helseforetak. Oslo universitetssykehus HF er regionssykehus for Helse Sør-Øst med landsdekkende oppgaver innen høyt spesialisert pasientbehandling i tillegg til tjenesteansvar for område- og lokalsykehusfunksjoner for sykehusområde Oslo. Foretaket har stor aktivitet innen forskning, utprøvende behandling, utdanning og innovasjon.

Hovedkontoret og det meste av virksomheten ligger i Oslo med store sykehusanlegg på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. I tillegg har Oslo universitetssykehus virksomhet ved et stort antall steder både i Oslo, men også i andre deler av landet som Bærum, Geilo, Kristiansand, Gjøvik, Ski og Asker.

Virksomheten var i 2010 preget av det todelt oppdraget fra Helse Sør-Øst om å opprettholde aktivitetsnivå i ordinær drift, og samtidig gjennomføre store omstillinger og utvikling av foretaket i henhold til styrevedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst.

Året 2010 var det første med integrert ledelse og organisasjonsstruktur for hele Oslo universitetssykehus HF. Aktiviteten innenfor de fleste virksomhetsområder er holdt oppe eller økt i forhold til 2009. Ansvar for om lag ti prosent av pasientbehandlingsaktiviteten i Oslo universitetssykehus er overført til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra 1. januar 2011. Dette preget driften i 2010 med virksomhetsoverdragelser og forberedelser til overføring av oppgaver, pasienter og ansatte. Alle klinikker har gjennomført forberedelser for å tilpasse foretaket til den reduserte virksomheten etter overføringen. Arbeidet med samorganisering og bedre samordning av virksomheten har vært sentralt i 2010 og et felles pasientadministrativt system ble satt i drift i september. Sammen med Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF ble det startet et arbeid med å utvikle en samhandlingsarena på Aker sykehus.

Pasientbehandling

Oslo universitetssykehus HF har på de fleste områdene gjennomført pasientbehandlingen i samsvar med oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF.

		2010	2009
Somatikk	Heldøgnsopphold	118 235	115 595
	Dagopphold	82 361	109 781
	Polikliniske konsultasjoner	825 182	797 012
	Liggedøgn døgntbehandling	561 853	534 487
	DRG-poeng *	230 518	198 200
Psykisk helse	Heldøgnsopphold	3 210	3 334
	Dagopphold	10 591	11 072
	Polikliniske konsultasjoner	177 642	174 805
	Liggedøgn døgntbehandling**	137 162	142 477
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Heldøgnsopphold	3017	2 812
	Polikliniske konsultasjoner	12 646	12 602

* Døgn/dag/poliklinikk fra 2010 (for 2009 bare døgn/dag)

** Inkludert liggedøgn private

Innenfor somatikk var antall sykehusopphold 3,3 prosent høyere enn i 2009. Antall DRG-poeng økte betydelig. Dette skyldes for en stor del nye forhold i 2010 hvor det også er DRG-poeng for biologiske legemidler og aktivitet ved legevakten. Dersom 2010 regelverket legges til grunn for 2009 var netto økning i DRG-poeng fra 2009 til 2010 0,9 prosent. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det for flere indikatorer vært en betydelig aktivitetsøkning fra 2009 til 2010. Innenfor voksenpsykiatrien har det imidlertid vært redusert aktivitet, og da særlig innenfor døgnvirksomheten.

Ventetider

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en omfattende gjennomgang av ventelistene gjennom et eget ventelisteprojekt etter innføring av et gjennomgående pasientadministrativt system. Kvaliteten i de registrerte ventelistene er som følge av dette betydelig forbedret.

Ventelistetallene viser nå at gjennom 2010 var antall pasienter på ekstern venteliste tilnærmet uendret for rettighetspasienter, men økt med 27 prosent for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. Gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter har økt siste året for rettighetspasienter og for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp.

Fristbrudd

På grunn av registreringsfeil kan ikke Oslo universitetssykehus HF rapportere fristbrudd for hele 2010. I desember ble det registrert om lag 1 100 pasienter i de pasientadministrative systemene som ikke fikk behandling innen de satte fristene. Dette utgjorde om lag 13 prosent av alle pasienter med frist i denne måneden. En betydelig andel av de fristbrudd som rapporteres skyldes fortsatt mangelfulle registreringer og delvis feil bruk av nytt pasientadministrativt system. På enkelte områder er imidlertid ikke pasientbehandlingskapasiteten tilstrekkelig for å unngå fristbrudd. Kunnskapen om dette har blant annet ligget til grunn for prioriterte satsningsområder for aktivitetsøkning i 2011.

Epikrisetid

Oslo universitetssykehus har som mål at 80 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen syv dager etter at pasienten er utskrevet. Etter innføring av felles pasientadministrativt system i september har Oslo universitetssykehus HF ikke kunnet rapportere epikrisetider fordi Rikshospitalet og Ullevål sykehus fortsatt har forskjellige versjoner av det elektroniske pasientjournalssystemet. Arbeidet med integrasjon mellom systemene ble ikke avsluttet i 2010. Dette forventes ferdigstilt i løpet av 2011.

Pasienttilfredshet

Høsten 2009 og våren 2010 ble det gjort en landsomfattende brukerundersøkelse (PASOPP) rettet mot voksne kreftpasienter. Undersøkelsen viser positive resultater for Oslo universitetssykehus. Det er ikke gjennomført egne brukerundersøkelser i helseforetaket i 2010, dette vil bli prosjektert i 2011. I prosjektet Min Journal er det etablert mulighet til direkte kommunikasjon via internett mellom pasienter og sykehus. Denne funksjonaliteten kan også brukes til å innhente tilbakemeldinger fra pasienter.

Brukerutvalg

Det sentrale Brukerutvalget for Oslo universitetssykehus ble etablert i 2009. Brukerutvalgets mandat er vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus, og utvalget deltar med to observatører i styremøtene. I tillegg til sentralt Brukerutvalg er det i 2010 etablert klinikkvise brukerutvalg for å sikre medvirkning og brukererfaringer nærmere den kliniske aktiviteten.

Opplæring av pasienter og pårørende

Oslo universitetssykehus har etablert lærings- og mestringssentra for å integrere brukerkunnskap i en helhetlig behandlingskompetanse. I forhold til 2009 økte aktiviteten i 2010 betydelig.

	2010	2009
Antall kurs	211	137
Antall deltakere	2469	2114

Forskning

Oslo universitetssykehus HF er landets ledende helseforetak innen medisinsk og helsefaglig forskning, med betydelig regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Oslo universitetssykehus HF er av Helse Sør-Øst RHF tillagt en sentral rolle i et universitetssykehussystem for hele regionen, i tett samhandling med Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus HF skal støtte og styrke forskningsaktivitet blant annet gjennom forskningsnettverk og tilgjengelighet og har et særlig ansvar innen utdanning og innovasjon.

Styret vedtok i 2010 en forskningsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF. Strategiens visjon er at Oslo universitetssykehus HF skal levere forskningsresultater i verdensklasse og lede og styrke forskning nasjonalt og regionalt. Klinisk virksomhet, forskning og utdanning skal være tett integrert og gjensidig kvalitets- og kompetansehevende.

Oslo universitetssykehus HF har gjennom ekstern konkurranse fått omfattende tildelinger til forsknings- og innovasjonsprosjekter i 2010. Foretaket er hovedpartner i tre Senter for fremragende forskning og vert/partner i to Senter for forskningsdrevet innovasjon. I 2010 ble Oslo universitetssykehus HF tildelt vertsrollen for et nytt Senter for forskningsdrevet innovasjon innen forskning på ultralydbasert diagnose. Resultatene fra senterets forskning forventes å ha stor samfunnsmessig betydning gjennom bedre diagnostiske metoder.

Antall artikler og doktorgrader reflekterer i stor grad forskningsaktivitet i tidligere perioder. Samlet sett tyder mye på at antall artikler pr år fra helseforetaket er i ferd med å flate ut. Antall doktorgrader øker fortsatt noe. Dette følges tett av ledelsen grunnet de store omstillinger som preger virksomheten.

	2010	2009
Antall vitenskapelige artikler	1.590*	1.444*
Antall doktorgrader hovedsakelig utført ved foretaket	118	109,5

* Kilde: www.Publika.no basert på PubMed. Nasjonal registrering følger ikke kalenderåret fullt ut og fanger ikke opp alle typer tidsskrifter, slik at tall alltid vil divergere noe fra interne oversikter.

Innovasjon og næringsutvikling

Oslo universitetssykehus HF har som målsetning at innovasjon og utvikling skal være en integrert og tydelig del av foretakets virksomhet for å øke og realisere nyskaping og ved det oppnå en effektiv utnyttelse av ressursene for samfunnet.

	2010	2009
Antall registrerte oppfinnelser	55	44
Antall patentsøknader*	8	7
Antall lisensavtaler	4	4
Antall bedriftsetableringer	3	2

* Gjelder prioritessøknader. PCT-søknader (Patent Cooperation Treaty) og søknader videreført nasjonalt/regionalt ikke medregnet

I 2010 ble Inven2 AS stiftet som en felles kommersialiseringsenhet for Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo, eid med 50 prosent av hver. Inven2 AS eier de to tidligere kommersialiseringsenhetene Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS.

Utdanning

Oslo universitetssykehus HF er en stor utdanningsinstitusjon og mottar studenter i praksis på videregående-, bachelor-, og masternivå. Foretaket driver omfattende spesialistutdanning innen de medisinske spesialiteter.

Grunnutdanning	2010
Medisinstudenter totalt i faglige aktiviteter ved Oslo universitetssykehus HF	945
Studenter med all undervisning og faglig aktivitet ved Oslo universitetssykehus HF	610
Studenter totalt på bachelornivå med veiledet praksis ved foretaket	1657
Sykepleierutdanning	1260
Radiografutdanning	158
Fysioterapiutdanning	90
Ergoterapiutdanning	51
Sosionomutdanning	21
Barnevernutdanning	6
Bioingeniørutdanning	51
Vernepleierutdanning	20
Antall veiledede praksistimer for sykepleiestudenter på bachelornivå.	378 000
Ambulansearbeiderutdanningen, antall læreplasser	45

Ikke all utdanningsvirksomhet omfattes av oversikten. Innen universitetsutdanninger bidrar foretaket i tillegg med veiledning og undervisning i andre universitetsutdanninger, blant annet psykologi, ernæring, helseledelse og sykepleievitenskap. Også innen videreutdanning av helsepersonell har Oslo universitetssykehus HF omfattende virksomhet.

Videreutdanning	2010
Leger i spesialisering (NR id-nr), fordelt på 42 spesialistutdanninger	743
Videreutdanning (rammefinansiert) totalt for sykepleie og helsefag, med praksis i Oslo universitetssykehus	232
Anestesisykepleierutdanning	24
Barnesykepleierutdanning	19
Intensivsykepleierutdanning	92
Operasjonssykepleierutdanning	52
Kreftsykepleierutdanning	25
Videreutdanning i psykisk helsearbeid	50

Det har i 2010 vært arbeidet med en tydeligere organisering av utdanningsvirksomheten ved Oslo universitetssykehus HF, herunder koordinering av samarbeidet med universitet og høyskolene. Det er etablert kontakt med Oslo kommune for å inngå samarbeidsavtale om helsefagarbeidere.

Tilsyn

Virksomheten i Oslo universitetssykehus HF er underlagt en rekke tilsynsmyndigheter. I 2010 ble det gjennomført i alt 27 tilsyn fra Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet, Datatilsynet, Arbeidstilsynet, Brannvesenet (Oslo, Follo, Romerike, Asker og Bærum), Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Statens strålevern, Vann- og avløpsetaten (Oslo kommune),

Riksrevisjonen og Mattilsynet. Det resulterte i til sammen 58 avvik og pålegg. Avvikene lukkes fortløpende i henhold til handlingsplaner som utarbeides og følges opp. Ved årets utgang stod 36 avvik fortsatt som ikke lukket, men alle disse avvikene planlegges lukket etter handlingsplan og innen tilsynsmyndighetenes frister.

Pasientsikkerhet

I 2010 er det registrert 250 hendelser med betydelig pasientskade, og 4417 småskader og nestenulykker samt 5499 andre driftsavvik. Antall klagesaker i 2010 var 449. Kvalitet, varsling av avvik og pasientsikkerhet har stort fokus fra ledelsen som har dette som prioritert satsingsområde og det jobbes systematisk med å utvikle en åpenhetskultur

	2010	2009
Betydelige hendelser	250	212
Småskader og nesten ulykker	4417	4134
Andre driftsavvik	5499	
Klagesaker	449	368

Økningen i antallet registreringer av uønskede hendelser og forhold er en ønsket utvikling og i tråd med strategien å etablere en god og åpen registreringskultur for individuell og organisatorisk læring innenfor alle risikoområder. Dette tolkes som et tegn på at prosedyrer, rutiner og avvikssystem begynner å bli godt innarbeidet i organisasjonen, og at underrapportering gradvis går ned.

Arbeidsmiljø og personale

I 2010 var gjennomsnittlig antall ansatte i foretaksgruppen 23 003. Det tilsvarer 18 533 årsverk. I 2010 hadde 14 936 eller (76 %) av de ansatte (eksklusiv dem med 0 i stillingsandel) 100 % stilling.

	2010	2009	Endring
Gjennomsnittlig antall ansatte*	23003	21660	1343
Antall brutto årsverk i gjennomsnitt*	18 533	18 687	-154
Antall brutto årsverk i gjennomsnitt i helseforetaket	18 442	18 687	-245

*Foretaksgruppen Oslo universitetssykehus

Det har vært et år med store endringer for de ansatte. I løpet av første halvdel av 2010 ble innplassering sluttført for ledere og stab i den nye organisasjonsstrukturen i foretaket.

Som følge av etableringen av nye sykehusområder ble Ski sykehus, Follo DPS, Alna DPS, BUP Follo, BUP Furuset, Akuttpsykiatrisk avdeling på Sinsen og Alderspsykiatrisk avdeling på Gaustad virksomhetsoverdratt fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus HF, med til sammen 750 ansatte. I tillegg til virksomhetsoverdragelsene ble i overkant av 300 ansatte ved Oslo universitetssykehus HF ansatt i Akershus universitetssykehus HF, og 23 i Vestre Viken HF. Overgangen ble gjennomført fra 1. januar 2011, og hadde ikke effekt på antall årsverk i 2010.

Ledere har tilbud om opplæring i omstillingsarbeid og retningslinje for bemanningstilpasning er utarbeidet i tillegg til at 12 prinsipper for medvirkning i omstilling fra Helse Sør-Øst følges. Det foreligger systemer for håndtering av systematisk HMS-arbeid i omstillingsprosessene.

Turnover

Turnover for året for alle ansatte (faste og midlertidige) er beregnet til 12,7 prosent, en økning fra 10,7 prosent i 2009. Det er usikkerhet knyttet til tallgrunnlaget for beregningen.

Sykefravær

Sykefravær for 2010 ligger i snitt på 7,3 prosent, en reduksjon fra et snitt på 8,5 prosent i 2009. Gjennom året varierte sykefraværet fra 6,8 prosent til 8,5 prosent. Av sykefraværet i 2010 var 4,9 prosent langtidsfravær og 2,4 prosent korttidsfravær.

Oslo universitetssykehus har inngått avtale om inkluderende arbeidsliv. Det er utarbeidet prosedyre for sykefraværsoppfølging og attføring.

Medarbeiderundersøkelse

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte ikke medarbeiderundersøkelse i 2010 som følge av uferdig felles teknisk system. Det er planlagt gjennomført medarbeiderundersøkelse for hele foretaket høsten 2011. Vår 2011 gjennomføres som kompensierende tiltak gruppesamtaler for gjennomgang av psykososialt arbeidsmiljø i foretakets enheter.

Helse, miljø sikkerhet

Det ble registrert totalt 2 472 HMS-avvik i det elektroniske avvikssystemet i 2010. Mens antall registrerte HMS-avvik økte med ca. 15 prosent fra 2008 til 2009, sank dette med ca. 7 prosent fra 2009 til 2010. Flest HMS-avvik ble registrert innen kategori "skade på ansatt". "Vold, trusler/utagerende adferd" og "stikkskader" var de to største gruppene, tilsvarende i 2009.

	2010	2009	2008
Registrerte HMS avvik	2472	2667	2409
Mulig eller konstatert personskade	1272	1454	1219

I 2010 er det gjennomført HMS-opplæring av ledere og HMS-grunnopplæring av verneombud. Det er utarbeidet og tatt i bruk flere nye HMS-verktøy. Samlet har dette bidratt til at klinikkene har kunnet skaffe seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og har kunnet utarbeide risikoreducerende handlingsplaner.

Oslo universitetssykehus HF er inne i en tid som stiller store krav til medarbeideres og ledes fleksibilitet og omstillingsevne. Virksomheten skal gjennomføres i ny organisasjon med kontinuerlig utvikling, forbedring, samordning og nye oppgaver innenfor et krav om å tilpasse virksomheten reduserte økonomiske betingelser. Ledelsen følger nøye utviklingen innen arbeidsmiljøet.

I forbindelse med Arbeidstilsynets kampanje God Vakt! i 2009 fikk Oslo universitetssykehus og 16 andre helseforetak, pålegg knyttet til oppfølging og evaluering av igangsatte tiltak og nye tiltak for å bedre forholdet mellom oppgaver og ressurser i helseforetaket. Arbeidstilsynet anser nå God Vakt! og pålegg gitt i denne kampanjen som avsluttet når det gjelder Oslo universitetssykehus.

Likestilling

Oslo universitetssykehus HF har som overordnet målsetning å gi sine tilsatte like muligheter og rettigheter uavhengig av kjønn, religion, livssyn, etnisitet, seksuell legning, funksjonsevne og alder.

Det er et mål å redusere dokumenterte lønnsforskjeller mellom kvinner og menn. Lik lønn for likt arbeid, uavhengig av kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Oslo universitetssykehus er som andre helseinstitusjoner en kvinnedominert arbeidsplass. Av totale brutto månedsværk i 2010 var 13 220 (72 prosent) utøvet av kvinner og 5 222 (28 prosent) av menn. Kvinner er godt representert innen alle fagområder i virksomheten.

På mellomledernivå er det en overvekt kvinnelige ledere. I toppledelsen, nivå en og to i organisasjonen, er syv av totalt nitten ledere kvinner. Foretaket arbeider systematisk med å rekruttere flere kvinner til lederstillinger blant annet gjennom lederprogrammet "Frist meg inn i ledelse", i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Legeforeningen. I helseforetakets styre er det åtte kvinner og seks menn.

Oslo universitetssykehus HF arbeider sammen med Akershus universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo med å bedre kjønnsbalansen innen vitenskapelige toppstillinger i medisin.

Diskriminering og tilgjengelighet

Som et av tiltakene i pilotprosjektet "Likeverdig helsetjeneste for en flerkulturell befolkning" har foretaket i samarbeid med Høgskolen i Oslo som faglig ansvarlig, en videreutdanning for ansatte kalt "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid". Målet med utdanningen er å styrke den enkelte ansattes kompetanse innenfor flerkulturell forståelse, samt bidra til økt bevissthet rundt egen rolle som profesjonsutøver i møtet med minoritetsspråklige pasienter/brukere.

Ytre miljø

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus medfører betydelige mengder avfall. Deler av dette er risikoavfall som for eksempel engangs forbruksmaterieell som bandasjer og sprøyter, radioaktive stoffer og spesialvæsker som formalin, xylen, sprit med mer. Det arbeides aktivt for å sikre at avfall samles opp for forsvarlig håndtering og destruksjon. Det pågår en etterforskning i forbindelse med tidligere utslipp av formalin i avløpssystemet. Virksomhetens direkte utslipp til jord, luft og vann er begrenset og påvirker ikke det ytre miljøet.

	2010	2009
Avfall i tonn	6 952	5 341
Energiforbruk i Gwh	325	305
Energiforbruk - gjennomsnitt i kwh/m ²	345	325
Vannforbruk i m ³	1 002 400	961 000

Registrert avfallsmengde har økt fra 2009. Gjennom 2010 er avtaler på avfallsområdet strukturert med mål om bedre håndteringen og øke muligheten til å kildesortere flere fraksjoner. Det er oppretten en avfallsgruppe som vil arbeide med å begrense avfallsmengden der hvor dette er mulig.

Energiforbruket i 2010 har vært høyere enn i 2009 og over normalen som følge uvanlig lav temperatur første halvår 2010. Foretaket arbeider med å identifisere lønnsomme energitiltak og vurderer mulighetene for å etablere et felles system for løpende energioppfølging.

Helseforetaket har egen miljøledelse og målet er å begrense virksomhetens belastning på ytre miljø i forbindelse med driften og å redusere belastningen på miljøet der det er mulig.

Framtidsutsikter

Eier vedtok oppdrag og bestilling 2011 for Oslo universitetssykehus HF i foretaksmøte 3. februar 2011. Oslo universitetssykehus HF har fortsatt et todelt oppdrag med å gjennomføre ordinær drift tilpasset redusert opptaksområde og samtidig utvikle Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omstillingsprogrammet vedtatt av Helse Sør-Øst RHF blant annet i styrevedtak 108/2008.

Tilpasning av virksomhet til endret aktivitet og utvikling av sykehustilbudet i Oslo

Oslo universitetssykehus HF skal dimensjonere og organisere tjenesteytelsen til de oppgaver og den befolkningen helseforetaket skal betjene fra 1. januar 2011. Hovedutfordringen på kort sikt er å

tilpasse kapasitet og ressursbruk til et lavere aktivitetsnivå som følge av overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Det krever utbedringer av dagens bygningsmasse og noe nybygg i årene 2011-2013 for å redusere antallet driftslokaliseringer og oppnå nødvendig driftseffektivisering. På lengre sikt innebærer omstillingsoppdraget blant annet at Oslo universitetssykehus HF skal samle dublerede lands- og regionfunksjoner på Rikshospitalet. Det vil kreve investeringer i nybygg Og idefase er iverksatt etter avtale med Helse Sør-Øst.

I foretaksmøte 24. november 2010 fremkommer at samhandling med kommunehelsetjenesten må inkorporeres i omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å utvikle en samhandlingsarena på Aker i samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehusene med befolkningsansvar i Oslo, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Diakonhjemmet Sykehus AS, Sunnaas sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF er gitt en ledende rolle i arbeidet med utvikling av områdeplan for sykehusområde Oslo. Sykehusområde Oslo betjenes av flere sykehus. Oslo universitetssykehus HF skal ved organisering og dimensjonering av sin virksomhet legge til grunn kapasiteten ved de øvrige sykehusene i sykehusområdet: Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Diakonhjemmet Sykehus AS og Sunnaas sykehus HF.

Foretaket har arbeidet for å få etablert felles integrerte IKT-systemer og særlig et felles klinisk informasjonsgrunnlag som er en viktig premis for å kunne realisere faglige og økonomiske gevinster av sammenslåingen til Oslo universitetssykehus HF. Etableringen av felles IKT-systemer er forsinket. Tilstrekkelig tilgang på ressurser internt og hos Sykehuspartner, regionens felles IKT-leverandør, vil være avgjørende for dette arbeidet fremover.

Ulempe- og omstillingskostnader

Før tilpasningene og endringene blir realisert har Oslo universitetssykehus store ekstra driftkostnader som følge av en uhensiktmessig struktur i avvikling av pasientbehandlingen. Dette gjelder spesielt drift på Aker sykehus.

Oslo universitetssykehus vil i tillegg ha betydelig økte kostnader til drift og utvikling knyttet til helt nødvendig integrasjon av IKT-løsninger. I tillegg til investeringer i bygg og IKT vil det påløpe omstillingskostnader knyttet til flytting og prosjekter.

Medisinskteknisk utstyr

Gjennomsnittsalderen på det medisinsktekniske utstyret i Oslo universitetssykehus HF blir stadig høyere som følge av at foretaket ikke har tilstrekkelige investeringsmidler til fornyelse. For å redusere risikoen for store avbrudd i driften er de begrensede midlene prioritert til å erstatte og skifte ut medisinskteknisk utstyr som er helt foreldet eller brutt sammen. Dette er ikke en bærekraftig situasjon.

Driftsøkonomi

Driften av Oslo universitetssykehus HF i 2011 vil være preget av arbeidet med å tilpasse kapasitet og ressursbruk etter overføring av aktivitet til andre områder. Sammen med de driftsulempene en uhensiktmessig driftsstruktur representerer, medfører dette en betydelig resultatrisiko i 2011. Videre vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 videreføre igangsatte omstillingsprosesser. For 2011 er Oslo universitetssykehus HF tildelt særskilt budsjetttramme for å dekke deler av omstillingskostnadene i 2011 med 225 millioner kroner, dette er ikke tilstrekkelig til å dekke de store kostnader som påløper.

Helse Sør-Øst RHF vil fastsette det økonomiske resultatkravet for Oslo universitetssykehus HF etter 1. tertial. Inntil resultatkrav for 2011 er fastsatt styrer Oslo universitetssykehus HF etter resultatestimater levert i økonomisk langtidsplan og innmeldt til Helse Sør-Øst RHF medio januar 2011.

Styret har tatt Oppdrag og bestilling 2011 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning og arbeider videre med utgangspunkt i bestilling og oppdrag. Styret er imidlertid bekymret for det samlede utfordringsbilde og de økonomiske rammebetingelser helseforetaket i dag har samt rekkefølgeproblematikken knyttet til at det er behov for å investere betydelige beløp før gevinst i form av mer rasjonell drift kan tas ut. Styret vil følge opp dette i dialog med eier.

Fortsatt drift

Styret bekrefter at regnskapet for 2010 er avlagt under forutsetning om fortsatt drift. Fra årsskiftet og fram til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet.

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

Økonomisk resultat

Årsresultat i 2010 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus HF var 567 millioner kroner. Det økonomiske resultatkravet for 2010 er 1049 millioner kroner. Resultatet for 2010 ble dermed 482 millioner kroner lavere enn kravet. I resultatregnskapet inngår ekstraordinære nedskrivninger på 185 millioner kroner. Korrigert for nedskrivningene var det negative avviket 297 millioner kroner.

Ekstraordinære nedskrivninger er relatert til bygg/eiendom på Dikemark, i Akersbakken 27, tidligere Hjertesenteret i Oslo og på Radiumhospitalet.

Nær halvparten av resultatavviket skyldes ekstraordinære omstillingskostnader som det ikke forelå særskilt finansiering til. I tillegg inngår gevinst ved salg av eiendom på 51,6 millioner kroner i resultatet for 2010.

Samlede driftsinntekter i 2010 utgjør 17 261 millioner kroner, hvorav aktivitetsbaserte inntekter utgjør 5 960 millioner kroner. Andelen aktivitetsbaserte inntekter av sum driftsinntekter er økt fra 2009 til 2010. Dette skyldes blant annet endringer i konserninterne gjestepasientoppgjørsordninger.

Driftskostnadene utgjorde 16 599 millioner kroner i 2010. Personalkostnader utgjør 10 401 millioner kroner eller 63 prosent av driftskostnadene. Andelen lønn av driftskostnader er redusert fra 68 prosent i 2009. Dette må imidlertid sees på bakgrunn av reduserte pensjonskostnader som følge av planendringer i 2010. Korrigert for disse forholdene har andelen lønn økt noe fra 2009 til 2010. Driftsresultatet er positivt med 662 millioner kroner.

Investeringer

Det ble investert for 565 millioner kroner i foretaket i 2010. Ved utgangen av 2010 var det balanseført prosjekter under utførelse til en verdi av 554 millioner. Investeringene er i hovedsak gjennomført for å opprettholde kapasiteten i pasientbehandlingen. Største enkeltstående byggeprosjekt som ble sluttført i 2010 var foreldreovernattingsbygget på Rikshospitalet.

Finansiell risiko

Som helseforetak hefter staten ubegrenset for Oslo universitetssykehus HFs forpliktelser. Oslo universitetssykehus HF kan ikke ta opp lån fra andre enn sin eier. Oslo universitetssykehus HF er i

begrenset grad sårbar for svingninger i utenlandske valutakurser. Eksponeringen er begrenset til oppgjør for varekjøp i utenlandsk valuta.

Størstedelen av helseforetakets inntekter kommer fra offentlige virksomheter og organer. Derfor er det liten risiko for at andres økonomiske forpliktelser overfor foretaket ikke skal bli oppfylt.

Det er stilt store krav til omstilling og gevinstrealisering de nærmeste årene. Mye av omstillingen er avhengig av investeringsmidler for å kunne samlokalisere og effektivisere driften. Gjennom arbeidet med økonomisk langtidspan i fjor høst for 2011-2014 ble Helse Sør-Øst RHF varslet om at det vil ta tid før foretaket kan levere et resultat i økonomisk balanse. Siden den gang er den økonomiske risikoen for 2011-12 økt betydelig.

Finansiell stilling

Helseforetakets investeringer er i økt grad finansiert ved opptak av lån. Helseforetaket har gjennom hele 2010 hatt en anstrengt likviditetsmessig situasjon, noe som periodevis har medført behov for forskudd på månedlig likviditetstilførsel fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket disponerer en kassakreditt fra Helse Sør Øst med en øvre grense på 2 878 millioner kroner. Ved utgangen av 2010 var det trukket 2 676 millioner kroner av driftskreditten. Langsiktig gjeld utgjør ved årsskifte 1 974 millioner kroner, en reduksjon på 180 millioner kroner fra fjoråret. På grunn av den store resultatrisikoen for 2011 og kommende år er foretakets evne til egenfinansiering av investeringer svak.

Tilpasning av Offentlig tjenstepensjon til pensjonsreformen gjennom lov av 25. juni 2010 nr. 29 Lov om endringer i Statens pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover har medført store endringer i pensjonskostnadene for 2010. De vesentligste endringene er lavere regulering av løpende pensjoner, og levealdersjustering for årskullene til og med 1953. Dette gir redusert netto pensjonsforpliktelse, som igjen er å behandle som en planendring og dermed gir full kostnadseffekt i 2010. Som følge av endringen ble helseforetakets basisramme redusert med 784 millioner kroner i 2010 i forhold til forutsetningene i budsjettet. Foretakets driftskreditt ble økt tilsvarende.

Årsresultatet viser et regnskapsmessig overskudd på 567 millioner kroner, og det er en positiv netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter på 30 millioner kroner. Avviket mellom årsresultat og netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter skyldes flere forhold. Kostnadsført pensjon er 1694 millioner kroner lavere enn betalt pensjonspremie. Dette skyldes vesentlig planendringen for pensjon som er nærmere beskrevet under "Eiers styringsmål". Det er kostnadsført ordinære avskrivninger og nedskrivninger med til sammen 1099 millioner kroner. Disse har ikke kontanteffekt. Gevinst fra salg av eiendom øker likviditeten med 50 millioner kroner. Ut over dette bidrar øvrige poster uten kontanteffekt og endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld med 108 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus HF har en egenkapitalandel på 45,6 prosent ved utgangen av 2010. Dette er en økning på 0,5 prosentpoeng fra utgangen av 2009.

Likvide midler økte med 21,6 millioner kroner gjennom 2010. Ved årets utgang har helseforetaket 581 millioner kroner i bankinnskudd, kontanter og lignende.

Eiers økonomiske styringsmål

I 2010 er helseforetaksgruppen Oslo universitetssykehus HF styrt ut fra et årsresultat med balanse mellom kostnader og inntekter. Tilpasning av Offentlig tjenstepensjon til pensjonsreformen

gjennom lov av 25. juni 2010 nr. 29 Lov om endringer i Statens pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og enkelte andre lover har påvirket foretakets resultat betydelig. Det er lavere regulering av løpende pensjoner, og levealdersjustering for årskullene til og med 1953 som gir de største endringene. Endringene gir en betydelig og ekstraordinær reduksjon av netto pensjonsforpliktelse, med full kostnadseffekt i 2010.

I foretaksmøte 3. februar 2011 ble det økonomiske resultatkravet for 2010 satt til 1049 millioner kroner.

Disponering av årsresultatet

Det fremlagte årsresultatet gir etter styrets og administrerende direktørs mening en riktig fremstilling av virksomheten i 2010. Styret foreslår at overskuddet på 567 millioner kroner overføres til annen egenkapital.

Oslo den 31. mars 2011

Steinar Marthinsen
Styreleder

Göran Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Tor Ingebrigtsen

Aasmund Magnus Bredeli

Merete Morken Norheim

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Siri Hatlen
Administrerende direktør

Årsregnskap
Note 6 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak
Oslo universitetssykehus

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100.00	100.00	12,000	46,505	13,238	271
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	80.00	80.00	1,400	21,045	3,769	
Radiumhospitalets parkeringsselskap	Oslo	100.00	100.00	31,588	34,074	764	
Barnehagebygg AS	Oslo	100.00	100.00	100	2,421	1,338	
Sykehotell AS	Oslo	100.00	100.00	10,100	11,138	277	
Sum datterforetak				55,188	115,183	19,387	271
Tilknyttede selskap							
Ny Innovasjon	Oslo	50.00	50.00	20,100	0	0	
Sum tilknyttede selskap				20,100	0	0	

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte:	31. mars 2011
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør omstilling og utvikling
Vedlegg:	Delprosjekt Akuttfunksjoner Ullevål – Idéfaserapport

**SAK 24/2011: **BESLUTNINGSSAK
IDE/KONSEPTFASERAPPORT – UTVIDET
KAPASITET FOR AKUTTFUNKSJONER
PÅ ULLEVÅL****

Forslag til vedtak:

- 1. Styret godkjenner den fremlagte ide/konseptfaserapporten og mener denne er så fyldestgjørende at arbeidet kan videreføres direkte i en forprosjektfase.*
- 2. Styret ber administrerende direktør oversende rapporten til Helse Sør-ØstRHF for godkjenning av oppstart forprosjektfase.*
- 3. For å sikre nødvendig fremdrift i prosjektet gir styret sin tilslutning til at administrerende direktør kan utlyse anbudskonkurranse for en totalenterprise i henhold til idéfaserapportens alternativ 4. Det tas forbehold om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogrammet som skal sikre en bærekraftig utvikling av Helse Sør-Øst RHF. Sammenslåing av foretakene Aker universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet, og etablering av Oslo universitetssykehus HF er en sentral del av denne prosessen. I Helse Sør-Øst RHF styresak 108-2008 står det bl.a.: *"Mange av de prosessene som skal til for å etablere det organisatoriske skillet vil ta tid, og det vil være behov for fleksibilitet i denne fasen. Omstillingsprosessen i Oslo sykehusområde vil være en av de mest sentrale kildene til driftsforbedringer i helse Helse Sør-Øst"*.

Omstillingsprosessen i Oslo sykehusområde er en omfattende og flerårig prosess der noen viktige elementer er:

- integrering av de tre tidligere helseforetakene
- samling av høyspesialiserte funksjoner (land/region)
- ivaretagelse og videreutvikling av multitraumevirksomheten
- ivaretagelse av lokal- og områdesykehusansvaret for Oslos befolkning
- en tilpasning av virksomheten til redusert opptaksområde etter overføring til Akershus universitetssykehus HF.

Overføring av opptaksområder og oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har resultert i at Oslo universitetssykehus HF har en redusert og sårbar drift på Aker som er svært kostnadskrevende grunnet behov for døgnberedskap og vaktordninger. Det er sentralt å redusere perioden med døgn- og akuttvirksomhet på Aker for å komme i en stabil driftssituasjon ved Dag 4 (2012/13). Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål etter Dag 3 er gitt prioritet, jf styresak 59/2010 (møte 27.mai 2010). I samme sak ble styret orientert om at det var tidskritisk å få økt mottakskapasiteten samt sengearealer knyttet til intensivplasser på Ullevål for å kunne overføre gjenværende akutt- og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål.

Bygningsmassen på Ullevål er av svært varierende kvalitet. Flere av byggene fremstår som lite hensiktsmessige for framtidig pasientbehandling. Selv med betydelige investeringer synes det ikke mulig å legge til rette for den kvalitet og logistikk som forventes i moderne sykehusdrift. Det er sentralt at store investeringer som må gjøres mot dag 4 inngår i sykehusets langsiktige investerings/utviklingsstrategi (jfr. arbeid med langsiktig arealplan). Nytt akuttbygg på Ullevål, der det legges til rette for en kapasitet innenfor mottak, operasjon, intensiv og postoperative funksjoner som kan ivareta Oslos befolkning i mange år fremover, er en slik investering.

Oslo kommune behandlet i bystyremøte 10. juni 2010 Strategisk utvikling av legevakten i Oslo – prinsipper for en storbylegevakt, og vil legge en storbylegevakt i nær tilknytning til akuttsykehuset som skal behandle flertallet av pasientene som legges inn fra legevakten. Det arbeides nå med en løsning som innebærer etablering av en ny storbylegevakt på Ullevål. Dette vil innebære et ytterligere press på akuttfunksjonene i Kirkeveien.

Det foreligger nå ide/konseptfaserapport for akuttfunksjoner på Ullevål. Rapporten beskriver og vurderer fire løsningsalternativer. I alle alternativene forutsettes at dagens arealer til operasjon, postoperativ, intensiv og mottak fremdeles skal benyttes i tillegg til den kapasiteten det er mulig å tilrettelegge gjennom ombygging/nybygg. I alternativ 4 frigjøres noe arealer i sentralblokka, dette kan for

eksempel benyttes til økt sengekapasitet. Alternativene med nybygg (3 og 4) gjør det mulig å opprettholde dagens drift i byggeperioden. På Aker frigjøres arealer når akutt- og døgnvirksomhet overføres Ullevål. Alternativ 4 med et nybygg i tre etasjer er det eneste som tilfredsstillende alle definerte behov og utvelgelseskriterier, og dette alternativet er anbefalt løsning for videre planlegging. Dette alternativet vil legge til rette for å etablere en bærekraftig Dag 4-løsning for Oslo universitetssykehus HF.

Prosjektet er tidskritisk både for å sikre flytting av gjenværende døgn drift fra Aker og for realisering av et betydelig gevinstpotensial. Det er derfor arbeidet med sikte på maksimal fremdrift i planleggingen parallelt med utrednings- og beslutningsprosessen. Det foreliggende prosjektforslag er utviklet så langt at det i all hovedsak dekker både idéfasen og konseptfasen i Helse Sør-Øst RHF sitt krav til dokumentasjon. Administrerende direktør finner at den foreliggende dokumentasjon er så fyldestgjørende at den dekker behovet for beslutningsgrunnlag både for idéfase og for konseptfase, og at det er forsvarlig å legge fram forprosjekt som neste beslutningspunkt i denne prosessen, tentativt i april/mai styremøte.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

I møte 17. februar 2010 sak 9/2010 gjorde styret følgende vedtak i tilknytning til framtidig lokalsykehusfunksjon ved Oslo universitetssykehus HF, der punktene 2 og 8 i styrets vedtak også har relevans for etablering av akuttfunksjoner i Oslo universitetssykehus HF.

2. *Styret slutter seg til at funksjonene innen storby sykehuset i størst mulig grad samles geografisk for å legge til rette for god pasientbehandling, økt faglig kvalitet, god ressursutnyttelse og drift. Akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF i tråd med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.*
8. *Styret forutsetter at de rammer som nå er gitt for etablering av Storby sykehuset ved Kirkeveien sammen med konsekvenser av redusert opptaksområde, legges til grunn for planlegging av nødvendige flyttinger og arealtilpasninger på kort, mellomlang og lengre sikt innen Oslo universitetssykehus. Styret tar til etterretning at det i den nærmeste tid vil bli nødvendig med bygningsmessige tilpasninger i den sentrale bygningsmasse ved Kirkeveien for å samle prioriterte deler av virksomheten i storby sykehuset her. Dette må sees i sammenheng med sak 6/2010 Oppdrag 2010 Oslo universitetssykehus og sak 10/2010 Budsjett.*

I sak 59/2010 behandlet i møte 27. mai 2010 ble anbefalinger om mulig innplassering av virksomhet fra Aker ved Ullevål presentert for styret. I saksfremlegget heter det:

Prosjektet har sannsynliggjort at det er mulig å finne gode faglige og praktiske løsninger for samling av område- og lokalsykehusfunksjoner i storby sykehuset for inneliggende døgnpasienter frem mot Dag 4, i tråd med styrets føringer i sak 9/2010. Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi fra Sinsen til Ullevål etter Dag 3 er gitt prioritet. Det er flere avhengigheter i plangjennomføringen som forutsetter at tiltak gjennomføres systematisk, til dels parallelt og i rett rekkefølge. Dette for at det ikke skal oppstå innbyrdes hindringer i sammenflyttingsprosjektene. I første omgang er det viktig å komme raskt i gang med planlegging og etablering av blant annet økt mottakskapasitet samt sengearealer knyttet til intensivplasser ved storby sykehuset. Videre må det iverksettes nødvendig oppgradering av bygningsmasse, samt øvrige tiltak for å sikre at

kritisk kapasitet på operasjonsstuer, mottakskapasitet, intensivsenger med videre er tilrettelagt både på Gaustad og i Kirkeveien for å understøtte de flyttinger som skal gjennomføres frem mot Dag 4.

Styret vedtok:

- 1. Styret tar redegjørelsen om samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4 som presentert i møtet til orientering.*
- 2. Styret tar til etterretning at den presenterte mulighetsbeskrivelsen og anbefalinger legges til grunn for videreføring av arbeidet med strategisk hovedplan for utvikling av Oslo universitetssykehus mot 2012 samt at det er lagt til grunn for foretakets innspill til langtidsbudsjett for Helse Sør-Øst RHF.*

I møtet 28.oktober 2010, sak 126/2010 gjorde styret følgende vedtak i tilknytning til akuttfunksjonene ved Oslo universitetssykehus HF (her er referert de punkter i vedtaket med direkte referanse til akuttfunksjonene):

- 1. Styret slutter seg til at konkurranse om de aktuelle byggearbeider for å øke mottakskapasiteten på Ullevål kan kunngjøres, slik at overføring av funksjoner fra Aker kan skje som forutsatt.*
- 2. Styret forutsetter at det ikke inngås noen bindende avtaler som følge av kunngjøringen før prosjektet er godkjent og finansiert i henhold til gjeldende fullmaktsregime.*

I møtet 17.februar 2011, sak 13/2011 gjorde styret følgende vedtak ved behandling av idefaserapporten for utvidelse av akuttfunksjoner ved Ullevål.

- 1. Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess.*
- 2. Styret ber administrerende direktør og styreleder avklare videre prosess med Helse Sør-Øst RHF.*

Administrerende direktør har i etterkant av dette møtet hatt en dialog med styreleder knyttet til den videre håndteringen av ide/konseptfaserapporten. Resultat av denne dialogen er grunnlaget for den foreliggende styresaken.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus HF har etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF, med påfølgende redusert aktivitet, en sårbar og svært kostnadskrevende drift på Aker grunnet behov for døgnberedskap og vaktordninger. Samlokaliseringer for å oppnå mer robuste fagmiljø og unngå kostbar vaktberedskap er helt avgjørende for sykehuset og overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet er en forutsetning for at sykehuset skal komme i en stabil driftssituasjon ved Dag 4. Samtidig oppfyller også dette styrets føringer om en samling av akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse så raskt som mulig.

Etablering av tilstrekkelig akutt- og intensivkapasitet ved Ullevål er en tidskritisk aktivitet for å få en helt nødvendig overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker.

Det er utredet alternativer for hvordan en nødvendig økning i akuttfunksjonene ved Ullevål kan etableres. Det er vurdert fire alternative arealløsninger som det er redegjort

for i vedlagte rapport. Under pkt 4.3 er en kortfattet presentasjon av alternativene mht hvorvidt de er basert på ombygging, nybygg eller en kombinasjon av disse.

Alle de fire alternativene gir tilstrekkelig nærhet mellom akuttfunksjonene og en storbylegevakt på Ullevål.

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus er landets største traumesenter, og det eneste i Norge som fyller kravene til et nivå 1 traumesenter etter amerikansk modell. Dette er en funksjon vi har en forpliktelse til å ivareta og videreutvikle. Slik situasjonen er i dag er akuttmottaket for trangt til å ivareta økningen i akuttpasienter inkludert multitraumepasienter. Fremtidig lokalisering av multitraumevirksomheten er til kvalitetssikring og vil bli lagt fram for styret som del av langsiktig bilde 28. april 2011, men en ivaretagelse av denne funksjonen fra Dag 3 til Dag 5 innebærer et behov for forbedring av arealer og utstyr. Alternativ 3 og 4 gjør det både kvalitetsmessig, logistikkmessig og driftsøkonomisk lettere å drifte en multitraumeenhet fra nå, gjennom Dag 4 til Dag 5, samt at det er mulig å videreføre multitraumevirksomheten på Ullevål etter Dag 5.

Alternativ 4 er det nest dyreste alternativet. Sykehuset får gjennom dette alternativet et akuttmottak som gir de totalt sett beste løsningene vurdert ut i fra alle kriterier.

Investeringsbehovet for alternativ 4 er i idé/konseptfaseutredningen anslått å ligge i intervallet 305-325 millioner kroner, mens det i styresak 154/2010 (møte 17.12.2010), Budsjett for 2011, tabell 9 er angitt et investeringsbehov for bygg og utstyr til akuttfunksjonene ved Ullevål på totalt 151 millioner kroner.

Vesentlige årsaker til at tiltaket blir dyrere enn opprinnelig forutsatt, er:

- Innhold og arbeidsomfang i opprinnelig anslag var basert på høyst foreløpige og grove antagelser.
- Kapasitetsbehovene tok ikke høyde for den sterke befolkningsveksten i årene fremover.
- Nødvendige behov for areal og utstyr til ivaretagelse av multitraumevirksomheten i perioden Dag 3 til Dag 5.
- I første omgang ble det fokusert på ombygging av etablert bygningsmasse. Man tok ikke i tilstrekkelig grad inn behovet for å optimalisere driften og redusere driftsforstyrrelsene i den løpende pasientbehandlingen.

Administrerende direktør ser med bekymring på det økte investeringsbehovet for å etablere nødvendige akuttfunksjoner ved Ullevål.

Alternativ 4 har kortest gjennomføringstid og minst risiko for forsinkelse og kostnadsøkning. Dette alternativet gir også minst risiko for driftsforstyrrelser i den løpende virksomheten fordi det ikke baserer seg på omfattende ombygging i eksisterende bygningsmasse og dermed behov for å flytte på eksisterende virksomhet.

Kortere gjennomføringstid for alternativ 4 gir mulighet for å kunne oppnå en raskere samlokalisering med tilhørende reduserte driftskostnader. Den potensielle besparelsen i driftskostnader vurderes å mer enn utligne forskjellene i investeringsbehov mellom de vurderte alternativene. Reduserte driftskostnader følger både av redusert bruk av arealer på Aker og mer effektiv utnyttelse av bemanningen.

På denne bakgrunn anbefaler administrerende direktør at arealalternativ 4 legges til grunn og fremmes for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning av videre planlegging, i samsvar med gjeldende fullmaktsstruktur for byggesaker.

I den videre planleggingen vil det være førende å finne frem til kostnadsbesparende løsninger samtidig som det utvikles løsninger som kan tilpasses endrede behov og driftsformer over tid.

Administrerende direktør finner derfor at den foreliggende dokumentasjon kan dekke behovet som beslutningsgrunnlag både for idéfase og for konseptfase, og at det derfor er forsvarlig å legge fram forprosjekt som neste beslutningspunkt.

Investeringsbeslutning må foreligge våren 2011 for å kunne holde planen om å ferdigstille nybygget i slutten av 2012. Styret vil bli forelagt et forprosjekt med oppdatert overslag over investeringsbehovet enten i styremøtet 28. april eller i møtet 26. mai.

4. Faktabeskrivelse

4.1 Kort presentasjon og gjennomgang av ide/konseptfaserapporten

I tråd med styresak 9/2010 arbeider helseforetaket med å samle område- og lokalsykehusfunksjoner for inneliggende pasienter på Ullevål frem mot Dag 4. Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi fra Aker til Ullevål etter Dag 3 er en premiss for dette arbeidet og for å samle øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi må kapasiteten innenfor akuttmottak, operasjon, intensiv og postoperative funksjoner økes.

Planer for etablering av tilstrekkelige akuttfunksjoner ved Ullevål til Dag 4 bygger på følgende forutsetninger:

- lokalsykehusfunksjoner og områdefunksjoner samles ved Ullevål.
- All somatisk døgnvirksomhet ved Aker sykehus opphører ved Dag 4.
- Alle akutt lokal og områdekirurgi innen Oslo sykehusområde samles på Ullevål.
- Multitraumevirksomheten videreutvikles og videreføres ved Ullevål inntil Dag 5 (2017) eller lenger.

Det er igangsatt en prosess med de to private sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus for å se hvordan det totale tilbudet i Oslo sykehusområde skal utnyttes best og i tråd med eiers forventninger. Som premiss for den prosessen ligger en forutsetning om at de to private sykehusene skal ha minst like stor aktivitet etter endringene som de har i dag og at hensiktsmessige lokaler hos de private skal benyttes. Dette vil bli nærmere redegjort for i styremøtet.

Valgte løsning må kunne håndtere befolkningsveksten og utviklingen i sykdomsbildet i årene framover. Den sistnevnte faktoren påvirkes bl.a. av følgende:

- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke.
 - Eks viser prognoser at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en vekst i pasienter med kols på ca 50% i løpet av de neste 20 årene.
- Stor konsentrasjon av enslige.
- Stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn.
- Sterk økning i antall barn og unge.

- Mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og folk med midlertidig opphold.
 - Sykdomsmessig kan de siste fire punktene slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus og omfang og risiko for infeksjonssykdommer.

4.2 Bygningsmassen i Kirkeveien

Det er foretatt en gjennomgang av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF, jf. styresak 7/2010 "Kartlegging av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus" behandlet i møte 17. februar 2010. Utgangspunktet for kartleggingen er den overordnede gjennomgangen som ble utført for Helse Sør-Øst RHF i 2007. Der det er utført bygningsmessige oppgraderinger eller nybygging siden 2007, er det foretatt oppdateringer av beskrivelsene i den nå foreliggende rapporten.

Rapporten viser at det foreligger et stort oppgraderingsbehov av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Særlig er situasjonen utfordrende ved Ullevål sykehus. Å etablere hensiktsmessige arealer vil kreve investeringsmidler. Det vil kunne gjøres samlokaliseringer på kort sikt ved tilpasninger og oppgraderinger i eksisterende bygningsmasse. På noe lengre sikt vil etablering av ny bygningsmasse være nødvendig for å oppnå en kostnadseffektiv drift.

Dagens akuttmottak, intensiv og operasjonsenhet ligger i et av de nyeste byggene på Ullevål. I alle de fire alternativene er utvidelsen av akutfunksjonene søkt lagt i umiddelbar nærhet til dagens arealer for å legge til rette for en god driftssituasjon.

4.3 Alternative arealløsninger

Behovsalternativene er søkt ivaretatt gjennom ulike bygningsmessige tiltak (arealalternativer), både innenfor eksisterende bygningsmasse og i nybygg. Det vises til den vedlagte rapporten for en grundig presentasjon og gjennomgang. Det er vurdert fire alternative arealløsninger som kort kan karakteriseres slik:

- Alternativ 1 er basert på ombygging av eksisterende bygningsmasse.
 - Omfattende utbedringer av tre etasjer i dagens kirurgiske bygning (bygg 7 på bildet neste side) og andre etasje i sentralblokka (bygg 4). Det er ikke funnet løsning for flytting av nevrokirurgisk sengepost som må gjennomføres for å få til dette forslaget.
- Alternativ 2 er basert på at økt arealbehov løses gjennom ombygging av eksisterende bygningsmasse og noe tilbygg.
 - Ombygging av sentralblokka (bygg 4), flytting av dagens kafe/kiosk ut i nybygd paviljong, tilbygg til kvinnesenteret (bygg 8) samt ombygging av en etasje i kirurgisk bygg (bygg 7).
- Alternativ 3 er basert på et nybygg i to etasjer for utvidet akuttmottak og nye operasjonsstuer, samt ombygging av noe etablert bygningsmasse.
 - Nybygg i to etasjer for ivaretagelse av akuttmottaksfunksjoner og nye operasjonsstuer samt ombygging av sentralblokka (bygg 4) og deler av kirurgisk bygg (bygg 7) for nødvendige utvidelser av postoperativ- og intensivfunksjoner.
- Alternativ 4 er basert på et nybygg i tre etasjer for utvidet akuttmottak, nye operasjonsstuer og intensivfunksjon.
 - Som alternativ 3, men ytterligere en etasje på nybygget som muliggjør en tilstrekkelig utvidelse av intensivkapasiteten. Postoperativfunksjonen etableres i dette alternativet i dagens intensivarealer i sentralblokka (bygg 4),

og dagens postoperativarealer (bygg 4) ombygges til en "lettpost" for intensivfunksjonen.

4.4 Utvelgelseskriterier

De fire arealalternativene tilfredsstillere i ulik grad utvelgelseskriteriene:

1. Ivaretagelse av fem behovsalternativ (A – E)
2. Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet
3. Driftseffektivitet
4. Tilpasningsmulighet/varighet
5. Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling
6. Konsekvenser for annen virksomhet

Hvordan de ulike alternativene tilfredsstillere utvelgelseskriteriene diskuteres i vedlagte rapport. En kortfattet, og ikke fullstendig oppsummering:

Alternativ 1 og 2:

- alternativene legger ikke til rette for god drift fordi det innenfor disse alternativene ikke er arealer til nødvendige støtterom (eks.lager, kontor)
- vanskelig å legge til rette for god logistikk og pasientflyt gjennom ombygging av så gammel bygningsmasse
- alternativene gir ikke muligheter for nødvendige kapasitetsutvidelser som en følge av befolkningsveksten de nærmeste årene
- alternativene legger ikke til rette for en videreutvikling av multitraumevirksomheten da det i disse alternativene ikke er rom for å tilrettelegge arealer eller nytt utstyr til denne virksomheten
- alternativene bygger på omfattende rehabilitering av kirurgisk bygg, noe som vil medføre store driftsforstyrrelser i en byggeperiode
- ombygging i sentralblokk forhindrer muligheten for å utnytte dette til nødvendig økning av medisinsk sengekapasitet.

Alternativ 3 og 4:

- alternativene ivaretar behovene for nødvendige utvidelser av areal og utstyr til traumevirksomheten og gir denne funksjonen realistiske forutsetninger for en god ivaretagelse
- alternativ 3 legger til rette for god drift av akuttmottaket, og operasjonsvirksomheten, alternativ 4 legger i tillegg til rette for god drift innenfor intensiv og postoperativfunksjonene
- alternativene vil også innebære noe driftsforstyrrelser i byggeperioden, men alternativ 4 i minst grad da dette alternativet i stor grad etablerer nødvendig tilleggskapasitet gjennom nybygg
- begge alternativene håndterer forventet aktivitetsvekst innenfor mottaksdel og operasjonsaktivitet, alternativ 4 legger også til rette for en tilstrekkelig kapasitetsutvidelse innenfor intensivfunksjonene
- alternativ 4 har kortest gjennomføringstid og minst risiko for forsinkelse og kostnadsøkning
- alternativ 4 blokkerer ikke muligheten for å utnytte deler av 1 etg i sentralblokk til økt medisinsk sengekapasitet
- alternativene innebærer i hovedsak investeringer i ny bygningsmasse med lang brukstid.

Investeringsbehovet er langt høyere enn det som tidligere er presentert. I styresak 154/2010, Budsjett for 2011, tabell 9 er angitt et investeringsbehov for bygg og utstyr til akutfunksjonene ved Ullevål på totalt 151 millioner kroner.

Nedenfor en tabellarisk oppstilling av kostnadene og gjennomføringstiden ved de fire alternativene:

	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
MNOK bygg	185 - 225	170 - 200	210 - 240	195 - 215
MNOK utstyr*	90	90	110	110
Totalt	275 - 315	260 - 290	320 - 350	305 - 325

*Grunnen til at utstyrskostnadene varierer er at alternativene 1 og 2 ikke muliggjør arealer for traumeoperasjoner/angiolab, CT samt enkelte andre funksjoner.

Vesentlige årsaker til at tiltaket blir dyrere enn opprinnelig forutsatt, er:

- Innhold og arbeidsomfang i opprinnelige anslag var basert på høyst foreløpige og grove antagelser.
- Kapasitetsbehovene tok ikke høyde for den sterke befolkningsveksten i årene fremover.
- Nødvendige behov for areal og utstyr til ivaretagelse av multitraumevirksomheten i perioden Dag 3 til Dag 5 var ikke beregnet med, det er i foreliggende alternativ lagt inn i alternativ 3 og 4.
- I første omgang ble det fokusert på ombygging av etablert bygningsmasse. Det ble ikke tatt inn behovet for å optimalisere driften og redusere driftsforstyrrelsene i den løpende pasientbehandlingen så mye som mulig.

Kostnadene vil påløpe i årene 2011, 2012 og 2013. Fordelingen av kostnader per år vil bli konkretisert i et forprosjekt. De fleste kostnadene vil påløpe i 2012, men det må påregnes at anslagsvis mellom 80 – 120 millioner kroner påløper i 2013. Årsaken til at så mye påløper i 2013 er at deler av regningene først vil forfalle etter ferdigstilling og at det i 2013 vil bli gjennomført ombygninger i sentralblokka. Kostnader i 2011 vil delvis være knyttet til tidspunkt for oppstart, men forventes å ligge innenfor allerede klarert investeringsramme.

Det presiseres at usikkerheten i anslagene er svært stor i denne fasen av planleggingen, og størst for de alternativene som omfatter mest ombyggingsbehov i gammel bygningsmasse.

4.5 Fra idefase til ide/konseptfase

Prosjektets omfang innebærer at det er underlagt Helse Sør-Øst RHF sitt regime for investeringsprosjekter. Fordi prosjektet er tidskritisk for realisering av et betydelig gevinstpotensial, har prosjektledelsen arbeidet med sikte på maksimal fremdrift i planleggingen parallelt med behandlings- og beslutningsprosessen. Av den grunn er det foreliggende prosjektforslag utviklet så langt at det på det nærmeste dekker både idéfase og konseptfasen i Helse Sør-Øst RHF sitt krav til dokumentasjon. Således foreligger både funksjonsprogram, utstyrsprogram, planløsninger, tekniske løsninger samt kalkyler på forprosjektnivå.

**Oslo universitetssykehus HF
Prosjekt OUS arealtiltak**

Delprosjekt Akutfunksjoner Ullevål

Idéfaserapport



Dokumentkontroll

Revisjon:	Revisjonen gjelder:			Godkjent:	Dato:
0,8	Kommentarer fra Gjennomføringsgruppen				07.01.2011
0,9	Kommentarer fra ledergruppen				14.01.2011
1	Endelig				25.01.2011
Prosjektnr: 1000150	Arkivnr.: 26		Saksbeh.: JØ	Kontroll: GS	Dato: 25.01.2011
Dokumenttittel:					
Delprosjekt Akutfunksjoner Ullevål. Idéfaserapport					
Oslo universitetssykehus HF					

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn og rammer	1
1.1	Tidligere utredninger og beslutninger	1
1.2	Idéfaseutredningens innhold	2
1.3	Bygningsmassen ved Ullevål sykehus	3
1.3.1	<i>Bygningsmassens tilstand</i>	3
1.3.2	<i>Utbedringsbehov</i>	5
1.3.3	<i>Vernehensyn</i>	6
2	Om arbeidet med idéfaseutredningen	6
3	Dimensjonerende forutsetninger	6
3.1	Akutfunksjonenes innhold	6
3.1.1	<i>Akuttmottak</i>	7
3.1.2	<i>Operasjon</i>	7
3.1.3	<i>Postoperativ funksjon</i>	7
3.1.4	<i>Intensiv funksjon</i>	7
3.2	Akuttmottak	7
3.3	Operasjon	8
3.4	Postoperativ funksjon	9
3.5	Intensiv funksjon	9
3.6	Sammenstilling av behov	10
3.7	Overføring av virksomhet	11
3.7.1	<i>Fra Diakonhjemmet og Lovisenberg til Ullevål</i>	11
3.7.2	<i>Multitraume fra Ullevål til Rikshospitalet</i>	11
3.8	Behovsutvikling	11
4	Alternativer	13
4.1	Hovedforutsetninger	13
4.2	Behovsalternativer	13
4.3	Arealalternativer	14
4.3.1	<i>Tidligere utredninger</i>	15
4.3.2	<i>Alternativ 1</i>	16
4.3.3	<i>Alternativ 2</i>	17
4.3.4	<i>Alternativ 3</i>	19
4.3.5	<i>Alternativ 4</i>	21
4.4	Vurdering av arealalternativene	23
4.4.1	<i>Ivaretagelse av behovsalternativene</i>	23
4.4.2	<i>Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet</i>	24
4.4.3	<i>Driftseffektivitet</i>	25
4.4.4	<i>Tilpasningsmulighet/varighet</i>	26
4.4.5	<i>Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling</i>	27
4.4.6	<i>Konsekvenser for annen virksomhet</i>	28
4.4.7	<i>Sammenstilling av vurderinger</i>	28
4.4.8	<i>Gjennomføringstid og risiko for forsinkelse</i>	29
4.4.9	<i>Investeringsbehov og risiko for kostnadsoverskridelse</i>	30
4.5	Samlet vurdering og anbefaling	33

5	Plan for gjennomføring av delprosjektet.....	35
5.1	Gjennomføringsstrategi	35
5.2	Kontraksstrategi.....	36
	Vedlegg: Overordnet tidsplan for gjennomføring av anbefalt alternativ	36

Tabelliste

Tabell 1	Illustrasjon av arealalternativenes ivaretagelse av behov	28
Tabell 2	Sammenstilling av vurdering av arealalternativene	29
Tabell 3	Sammenstilling av investeringsbehov.....	33

Figurliste

Figur 1	Teknisk tilstand bygningsmasse Ullevål sykehus.....	5
Figur 2	Behov for operasjonsstuer ved sentral operasjonsenhet etter overføring fra Aker	9
Figur 3	Bygninger som berøres av prosjektet.....	14
Figur 4	Ombygging 1. etasje Bygning 7.....	16
Figur 5	Ombygging 2. etasje Bygning 4 og Bygning 7	17
Figur 6	Ombygging 3. etasje Bygning 7.....	17
Figur 7	Nybygd paviljong for kantine/kiosk og ombygging av frigjorte arealer i Bygning 4	18
Figur 8	Påbygg på nybygg ved kvinnesenteret	18
Figur 9	Illustrasjon: Ombygging av nevrokirurgisk intensiv i 3. etasje Bygning 7.....	19
Figur 10	Lokalisering av nybygg	19
Figur 11	Nybygg og ombygging i 1. etasje Bygning 4	20
Figur 12	Nybygg og ombygging i 2. etasje Bygning 4	21
Figur 13	Intensivavsnitt nybyggets 3. etasje.....	22
Figur 14	Postoperativ enhet og Intensiv enhet i 2. etasje Bygning 4	23

1 Bakgrunn og rammer

1.1 Tidligere utredninger og beslutninger

Fundamentet for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF (OUS) er nedfelt i styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF av 20. november 2008, der det slås fast en forutsetning om at lands- og regionfunksjoner i Oslo skal samles – fortrinnsvis på Gaustad. Mer uavklart i premissene er hvor lokalsykehusfunksjonen skal lokaliseres. Inkludert i dette ligger også til dels områdefunksjonenes lokalisering.

Etter at overordnet organisasjonsstruktur ved OUS var på plass sommeren 2009, er det gjennomført flere utredningsprosjekter for å følge opp og konkretisere de vedtakene som Helse Sør-Øst RHF gjorde i saken om hovedstadsprosessen. To sentrale utredninger i den forbindelse har vært "Lokalsykehusprosjektet" ("Underlag for valg av antall sykehus, konsept og lokalisering av lokalsykehuset", 15. oktober 2009) og "Aktivitets- og arealprosjektet" ("Forslag til innplassering av virksomhet inn mot Dag 4", 10. juni 2010).

Lokalsykehusprosjektet drøftet ulike modeller for lokalsykehusvirksomhet innen OUS. Anbefalingen ble betegnet "Storbysykehus". Dette er en modell preget av følgende:

- Har et bredt indremedisinsk og kirurgisk tilbud med funksjoner ikke bare på lokalsykehusnivå, men også på områdenivå.
- Har en fullverdig akutfunksjon med mottak av pasient som både trenger indremedisinsk og kirurgisk behandling, i tillegg rusakutt og psykiatrisk akuttmottak.
- Er faglig tilrettelagt spesielt for å møte de helseutfordringer som spesielt preger Oslo som storby.
- Er godt utviklet for å ivareta en nøkkelrolle når det gjelder å styrke samhandling med primærhelsetjenesten i Oslo.

Lokalsykehusprosjektet drøftet også Storbysykehusets lokalisering, og konkluderte med at det meste av virksomheten bør være samlet i tråd med føring fra Helse Sør-Øst RHF om samling av akutfunksjonene. Arealene ved Aker sykehus på Sinsen og arealene ved Ullevål sykehus i Kirkeveien ble vurdert som alternativer, og sistnevnte ble anbefalt på bakgrunn av en totalvurdering av en rekke kriterier. Det viktigste hensynet ble vurdert å være å sikre at man får en løsning som er best egnet til å kunne ivareta behovene i et langt perspektiv. En raskt voksende befolkning, storbyens særskilte behov samt fremtidig sykdomspanorama og behandlingsformer er forhold som bidrar til usikkerhet om fremtidsutviklingen. Ullevål sykehus har et utviklingspotensial og en fleksibilitet som kompenserer for usikkerhet relatert til fremtidig utvikling.

Et annet hensyn som ble vektlagt er muligheten til å gjennomføre etablering av et storby-sykehus innen kortest mulig tid. Dette er viktig både for å kunne høste driftsmessige og økonomiske gevinster ved en samling av virksomhet og for å kunne tilby et best mulig tilbud til byens befolkning så raskt som mulig.

Videre ble muligheten for å gjennomføre sammenslåingen med minst mulig risiko også vektlagt. Ullevål er det alternativet som vil kreve minst fysisk flytteomfang.

I sak 9/2010 behandlet styret i OUS den 17.02.2010 administrerende direktørs tilrådinger og gjorde følgende vedtak i tilknytning til framtidig lokalsykehusfunksjon i OUS (her er referert de punkter i vedtaket med mest direkte relevans for lokalsykehusfunksjonen):

Styret slutter seg til at lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus ivaretas og utvikles innenfor rammen av det som i rapporten er definert som et Storbysykehus, lokalisert ved Ullevål (Kirkeveien). Det vil si et lokalsykehus for Oslo universitetssykehus sykehusområde og med ansvar for områdefunksjoner for Oslo sykehusområde.

Styret slutter seg til at funksjonene innen storbysykehuset i størst mulig grad samles geografisk for å legge til rette for god pasientbehandling, økt faglig kvalitet, god ressursutnyttelse og drift. Akutfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til

Akershus universitetssykehus HF i tråd med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Styret forutsetter at de rammer som nå er gitt for etablering av Storbysykehuset ved Kirkeveien sammen med konsekvenser av redusert opptaksområde, legges til grunn for planlegging av nødvendige flyttinger og arealtilpasninger på kort, mellomlang og lengre sikt innen Oslo universitetssykehus. Styret tar til etterretning at det i den nærmeste tid vil bli nødvendig med bygningsmessige tilpasninger i den sentrale bygningsmasse ved Kirkeveien for å samle prioriterte deler av virksomheten i storbysykehuset her. Dette må sees i sammenheng med sak 6/2010 Oppdrag 2010 Oslo universitetssykehus og sak 10/2010 Budsjett.

Styret i Helse Sør-Øst RHF ble 6. mai 2010 i sak 031/2010 informert om status i gjennomføring av omstillingsprogrammet, der det i saksfremlegget uttales at " OUS er gjennom sin interne organisering i ferd med å samle lokalsykehusfunksjoner i Kirkeveien. Her tydeliggjøres lokalsykehusfunksjonen for opptaksområdet."

Aktivitets- og arealprosjektet i OUS ble initiert primo 2010 for å gi anbefalinger om hvordan Lokalsykehusprosjektets tilrådninger mht. lokalisering skulle konkretiseres og gjennomføres. Det ble først gjort en vurdering av hvilke lands-/regionfunksjoner som kan samles ved Rikshospitalet uten nybygg. Videre ble det foreslått hvordan all akuttvirksomhet og døgnvirksomhet fra Aker kan innplasseres ved henholdsvis Ullevål og Rikshospitalet. I dette arbeidet ble det lagt vekt på å finne løsninger som så godt som mulig tar hensyn til naturlige faglige sammenhenger. Nødvendige tilpasninger av eksisterende arealer ble beskrevet, og det ble lagt vekt på at det hele skulle gjennomføres så raskt som mulig etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF fra 01.01.2011.

Aktivitets- og arealprosjektets anbefalinger ble presentert for styret 27. mai 2010 i sak 59/2010 om samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4. I saksfremlegget heter det:

Prosjektet har sannsynliggjort at det er mulig å finne gode faglige og praktiske løsninger for samling av område- og lokalsykehusfunksjoner i storbysykehuset for inneliggende døgnpasienter frem mot Dag 4, i tråd med styrets føringer i sak 9/2010. Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi fra Sinsen til Ullevål etter Dag 3 er gitt prioritet. Det er flere avhengigheter i plangjennomføringen som forutsetter at tiltak gjennomføres systematisk, til dels parallelt og i rett rekkefølge. Dette for at det ikke skal oppstå innbyrdes hindringer i sammenflyttingsprosjektene. I første omgang er det viktig å komme raskt i gang med planlegging og etablering av blant annet økt mottakskapasitet samt sengearealer knyttet til intensivplasser ved storbysykehuset. Videre må det iverksettes nødvendig oppgradering av bygningsmasse, samt øvrige tiltak for å sikre at kritisk kapasitet på operasjonsstuer, mottakskapasitet, intensivsenger med videre er tilrettelagt både på Gaustad og i Kirkeveien for å understøtte de flyttinger som skal gjennomføres frem mot Dag 4.

Av vedtaket fremgår det at:

Styret tar redegjørelsen om samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4 som presentert i møtet til orientering.

1.2 Idéfaseutredningens innhold

Med ovenstående som utgangspunkt er det arbeidet videre med planlegging av de arealtiltakene som er nødvendig å gjennomføre ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål for å kunne overføre den somatiske døgnvirksomheten fra Aker (Dag 4). Dette er et omfattende planleggingsarbeid, der løsningene inneholder mange avhengigheter både mht. utforming og rekkefølge i gjennomføringen. Blant de mest tidskritiske tiltakene er å finne løsninger for å øke kapasitetsbehovet for "akuttfunksjonene" ved Ullevål. Disse er nærmere beskrevet i avsnitt 3.1 og omfatter:

- Akuttmottak
- Operasjonsstuer

- Postoperativ funksjon / oppvåkning
- Intensiv funksjon

I tillegg til å ha til felles at de er tidskriske, har disse funksjonene også en behandlingsmessig avhengighet, og de må derfor ses i sammenheng når løsninger skal utformes. De er av den grunn planleggingsmessig slått sammen til ett tidskriske delprosjekt. I denne idéfaserapporten beskrives de alternative løsningsmuligheter som er vurdert for utvidelse av akutfunksjonene ved Ullevål, og det gis en tilrådning om hvilken løsning som bør legges til grunn for videre planlegging.

En annen grunn til at en utvidelse av akutfunksjonene bør ses i sammenheng, er drøftingen av disse som et samlet tiltak i OUS styremøte 27. mai 2010. Også den videre behandlingen av planene for disse funksjonene bør derfor holdes samlet.

En rekke av de øvrige arealtiltakene som er nødvendig å gjennomføre ved Ullevål, i hovedsak relatert til sengekapasitet, er mindre tidskriske og uten plasseringsmessig avhengighet til akutfunksjonene. Disse planlegges derfor, og vil bli gjennomført, som mindre omfattende enkelttiltak.

1.3 Bygningsmassen ved Ullevål sykehus







1.3.1 Bygningsmassens tilstand

Det ble i perioden oktober 2009 – februar 2010 gjennomført et arbeid for å belyse kvaliteten på bygningsmassen ved OUS. ("Kartlegging av bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr", 3. mars 2010). Arbeidet besto i hovedsak i fremskaffelse, bearbeiding, kvalitetssikring og presentasjon av tilgjengelig informasjon fra tidligere kartlegging og analyser. I stor grad ble det benyttet samme informasjon som var lagt til grunn i Hovedstadsprosessen i 2008.

Sentralt i informasjonsunderlaget var en overordnet kartlegging som ble gjennomført i 2006 og 2007, hvor alle helseforetak og alle bygninger i Helse Sør-Øst ble kartlagt med hensyn til alder, arealstørrelse, teknisk tilstand og strukturelle egenskaper (tilpasningsdyktighet). Der det ved OUS er gjennomført bygningsmessige oppgraderinger eller nybygging siden kartleggingen ble foretatt, ble det foretatt oppdateringer.

Deler av bygningsmassen ved Ullevål sykehus er preget av høy alder, manglende vedlikehold og fornying, og den fremstår totalt sett med et stort teknisk oppgraderingsbehov. Bygningsmassen har også svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift.

I vurderingen av teknisk tilstand i bygningsmassen er 18 ulike bygningskomponenter lagt til grunn. For hver av komponentene er tilstanden vurdert etter en skala med fire verdier fra 0 til 3 og med angivelse i kart over Ullevål med fargekode som vist nedenfor:

<ul style="list-style-type: none"> • 0 meget god • 1 tilfredsstillende • 2 utilfredsstillende • 3 dårlig 	Tilstandsgrad	Fargekode
	0-0,49	
	0,5-0,99	
	1,0-1,49	
	1,5-1,99	
	2,0-2,49	
	2,5-2,99	

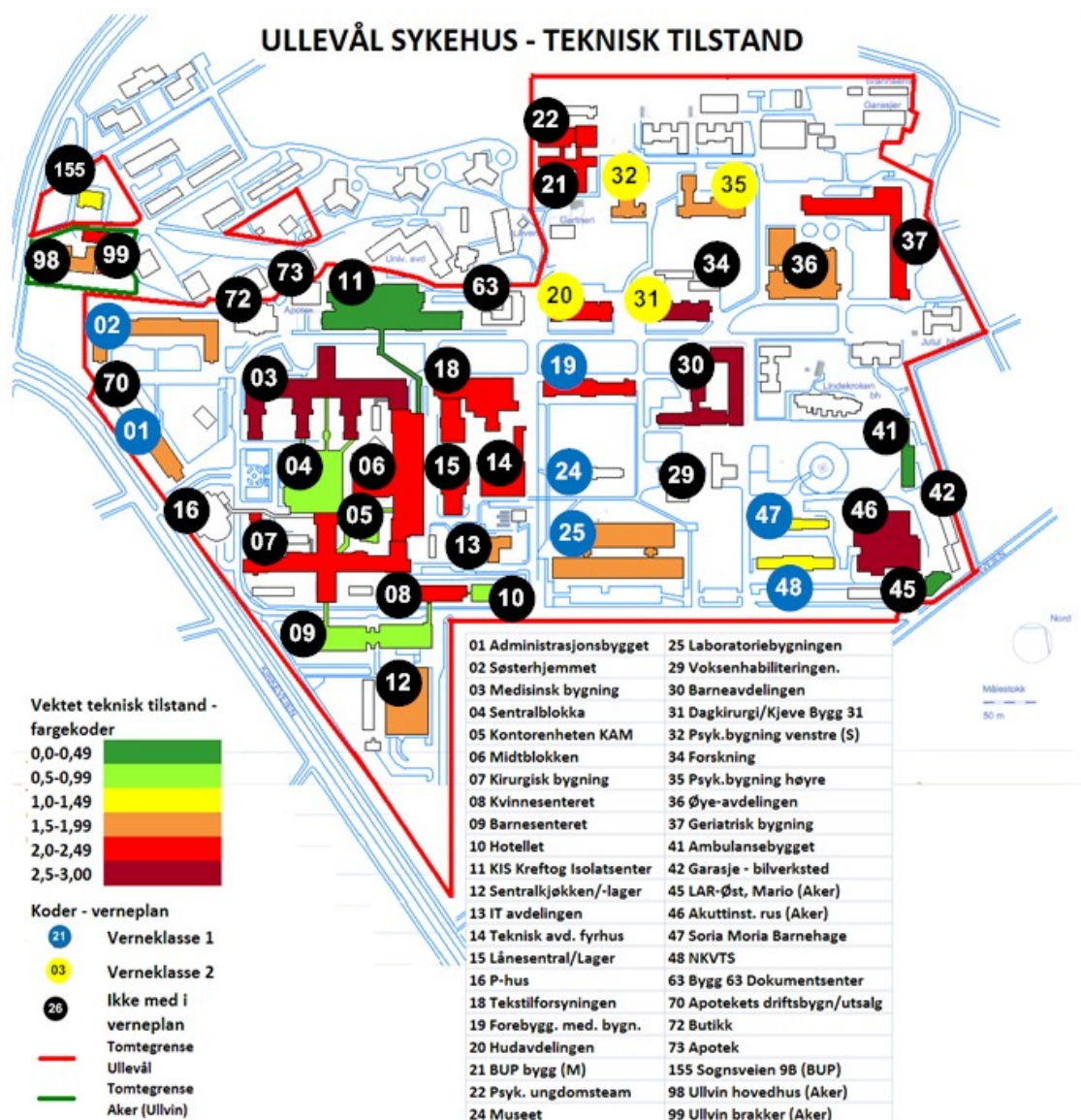
Som det fremkommer av Figur 1 nedenfor, har Ullevål sykehus en betydelig andel av bygningsmassen med utilfredsstillende og dårlig tilstand. I den videre planlegging av bygningsmassens fremtidige utvikling, er det viktig at investeringsmidler ikke blir benyttet for å oppgradere de dårligste byggene, men at disse i stedet erstattes med nybygg. Oppgradering av den dårligste bygningsmassen vil være svært kostnadskrevende, og vil i mange tilfeller heller ikke gi fullverdige arealer ut fra driftsmessige hensyn.

Det vises i den sammenheng til OUS styresak 7/2010 Kartlegging av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus, behandlet i styremøte 17. februar 2010, der styret bl.a. fattet følgende vedtak:

Styret tar videre til etterretning at den samlede bygningsmassen vil kreve betydelige investeringsmidler de nærmeste årene for å danne grunnlag for en kostnadseffektiv og behandlingsmessig god driftssituasjon.

I mye av den gamle bygningsmassen ved Ullevål er kapasiteten på infrastrukturen fullt utnyttet. Særlig gjelder det elektriske anlegg og ventilasjonsanlegg. Strømforsyning til den aktuelle utbyggingen kan ikke hentes fra eksisterende hovedtavle, ettersom infrastrukturen ikke dekker dagen forskrifter. Eksisterende elektriske installasjoner kan i liten grad nyttes til nye funksjoner. Nødstrømsaggregatet i Bygning 4 (Sentralblokka) har ikke kapasitet til å dekke et nybygg eller et ombyggingsprosjekt i eksisterende bygningsmasse.

Det er stor kapasitetsmangel når det gjelder kjøling og ventilasjon. Kjøletekniske installasjoner kan ikke benyttes til nye funksjoner. Sanitær- og varmeanlegg tilfredsstillende ikke forskrifter, og utbedring/utskifting av anlegg må påregnes ved bruksendring av arealer. Ventilasjon har ikke nødvendig kapasitet og dekker ikke luftmengdekrav i forskriftene. Dagens anlegg er betraktelig underdimensjonert.



Figur 1 Teknisk tilstand bygningsmasse Ullevål sykehus

Som det fremgår av ovenstående, vil eventuell ombygging i eksisterende arealer kunne medføre vesentlige utfordringer og kostnader. Det må dessuten påregnes at alle bygninger som er oppført før 1980 inneholder asbest. Dette vil ha økonomiske og tidsmessige konsekvenser ved ombygging. I tillegg bør det påpekes at driften vil få utfordringer under ombygging i eksisterende arealer.

Mangler ved bygningsmassen på Ullevål som beskrevet over, tilsier at ombygging av deler av eksisterende bygningsmasse vil kunne medføre både tekniske, tids- og kostnadmessige utfordringer. Dette er viktige aspekter å ta hensyn til ved valg av løsning for utvidelse av kapasiteten ved sykehuset. Se avsnitt 4.4.

1.3.2 Utbedringsbehov

Som illustrert ved tilstandsbeskrivelsen ovenfor og med henvisning til styresak 7/2010, vil det selv uten overføring av virksomhet fra Aker på kort sikt være behov for vedlikeholdstiltak på en del områder. De tiltakene som inngår i denne idéfaseutredningen vil således avhjelpe noe av utbedringsbehovet ved Ullevål sykehus.

I tillegg til mangler ved den tekniske tilstand i bygningsmassen, er det på flere områder som berøres av dette prosjektet en utilfredsstillende driftssituasjon. Dette gjelder særlig mangel på støttearealer, og spesielt lagerplass. Manglende arealer medfører også på

enkelte områder lite effektiv drift på grunn av ugunstig plassering av støttearealer, noe som medfører tidstap.

1.3.3 Vernehensyn

Som det fremgår av ovenstående illustrasjon av teknisk tilstand i bygningsmassen på Ullevål, inngår flere av bygningene i Landsverneplanen for helsesektoren. Landsverneplanen er foreløpig ikke formelt vedtatt, men det er enighet mellom Riksantikvaren og Helse- og omsorgsdepartementet om planenes innhold. Ingen av de bygningene eller tomter som er aktuelle å vurdere i forbindelse med utvidet kapasitet for akuttfunksjonene inngår i Landsverneplanen. Det synes derfor ikke å foreligge noen restriksjoner ut fra vernehensyn ved valg av løsning, enten dette omfatter ombygging innen eksisterende bygninger eller oppføring av nybygg. Selv om vernemyndighetene, Riksantikvaren og Byantikvaren, foreløpig ikke har avgitt en formell uttalelse, er det gitt signaler om at de planer som beskrives i denne idéfaseutredningen ikke vil medføre innsigelser.

2 Om arbeidet med idéfaseutredningen

Delprosjektet "Akuttfunksjoner Ullevål" er ett av ca 40 arealtiltak som er under planlegging og gjennomføring for samlokalisering av virksomheter innen OUS. Arealtiltakene inngår i et trettittalls delprosjekter. Hvert av delprosjektene ledes av en delprosjektleder.

En prosjektleder er ansvarlig for hele porteføljen av delprosjekter og rapporterer til en "gjennomføringsgruppe" underlagt viseadministrerende direktør i OUS.

For å bistå med idéfaseutredning og løsningsutvikling har OUS gjennom rammeavtaler engasjert arkitekter og tekniske rådgivere. I denne første fasen av prosjektutviklingen har særlig arkitektene vært involvert.

For hvert av de fire virksomhetsområdene (akuttmottak, operasjon, postoperativ, intensiv) som omfattes av denne idéfaserapporten er det etablert en brukergruppe, som har hatt betydelig deltakelse i planleggingen. Brukergruppene har hatt representanter fra berørte fagmiljøer innenfor virksomhetsområdene, og i tillegg representanter for verneombud.

Brukergruppens første oppgave har vært å utarbeide en virksomhetsbeskrivelse med angivelse av dimensjonerende behov som må ivaretas ved overføring av virksomhet fra Aker. Dette gjelder både arealkapasiteter og utstyr. Videre har brukergruppene deltatt i foreløpig funksjonsprogrammering og utstyrprogrammering. Det har i hele idéfasen vært en iterativ arbeidsprosess mellom brukergruppene og arkitektene for å fremskaffe løsningsmuligheter og mellom brukergruppene og programmeringsfunksjonen for å fremskaffe funksjonskrav og utstyrbehov. Det anbefalte løsningsforslaget er således fremkommet gjennom disse prosessene.

I forbindelse med vurdering av de alternative løsningsforslagene som drøftes i denne rapporten og utarbeidelse av anslag for investeringsbehov, har også ikke kliniske fagmiljøer vært rådspurt. Dette gjelder særlig tekniske fagmiljøer innen eiendomsdrift og medisinskteknisk enhet.

Arbeidet med idéfaseutredningen har foregått i perioden september 2010 til januar 2011.

3 Dimensjonerende forutsetninger

3.1 Akuttfunksjonenes innhold

Idéfaseutredningen omfatter som beskrevet i avsnitt 1.2 utvidelse av kapasiteten ved følgende funksjoner på Ullevål:

- Akuttmottak
- Operasjon
- Postoperativ funksjon
- Intensiv funksjon

Behovet for kapasitetsøkning i akuttmottaket genereres av aktivitetsoverføringen fra Aker, både medisinsk og kirurgisk. Behovet for kapasitetsøkning i de øvrige funksjonene genereres av økt kirurgisk aktivitet ved overføring av urologi, ortopedi og gastrokirurgi.

De dimensjonerende forutsetningene som er omhandlet i dette kapittel 3 ligger til grunn for behovsalternativene som er beskrevet i avsnitt 4.2.

3.1.1 Akuttmottak

Kapasiteten ved akuttmottaket på Ullevål er ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta den planlagte overføringen av virksomhet fra Aker. Allerede i dag er kapasiteten utilfredsstillende i en lengre periode av døgnet. Skal økt aktivitet kunne ivaretas ved Ullevål, er det nødvendig å utnytte alle muligheter for å bedre kapasiteten innenfor dagens arealer. Videre er det nødvendig å utvide akuttmottakets arealer og etablere en driftsmessig effektiv totalvirksomhet.

En observasjonspost i tilknytning til akuttmottaket driftes i dag av medisinsk klinikk og består av 17 senger, hvorav 7-10 disponeres av akuttmottaket. I arbeidet med idéfaseutredningen er det lagt til grunn at disse sengene ikke lenger disponeres av akuttmottaket. Medisinsk klinikk sin fremtidige bruk av observasjonsposten og ivaretagelse av et eventuelt økt behov for observasjonssenger, inngår ikke i denne idéfaseutredningen.

3.1.2 Operasjon

Samling av lokalsykehusfunksjoner ved Ullevål vil kreve økt operasjonskapasitet med tilhørende behov for støttearealer. Overføring av virksomhet fra Ullevål til Rikshospitalet utgjør ca. 3 operasjonsstuer per dag, men dette er ikke tilstrekkelig for å ivareta tilleggsbehovet for operasjonsstuer. De primære bidragsyterne til det økte behovet er flyttingen fra Aker av urologi og gastrokirurgi. Ortopedi og øyeblikkelig hjelp funksjonen får også noe økt behov for operasjonsstuer.

Prosjektet omfatter også etablering av nødvendige støttefunksjoner/-arealer.

3.1.3 Postoperativ funksjon

Kapasiteten ved postoperativfunksjonen på Ullevål er ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta planlagt overføring av virksomhet fra Aker. Skal den økte aktiviteten kunne ivaretas, er det nødvendig å utvide postoperativhetenes arealer og etablere en driftsmessig effektiv totalvirksomhet. Dagens virksomhet mangler allerede støttearealer, noe som også må søkes utbedret gjennom arealtiltaket.

Ved sentral PO behandles i dag i en viss grad også intensivpasienter, bl.a. ved behov for respirator. Det er besluttet at intensivavdelingen selv skal ivareta disse pasientene i fremtiden.

Ortopedisk avdeling ved Ullevål har de senere år hatt en egen postoperativ enhet, lokalisert i ortopedisk sengepost. Dette er resultatet av en tidligere erfart nedprioritering av ortopediske pasienter i situasjoner med for liten total kapasitet. Det forutsettes at denne løsningen videreføres også etter overføring av ortopediske pasienter fra Aker.

3.1.4 Intensiv funksjon

Kapasiteten ved intensivfunksjonen på Ullevål er ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta planlagt overføring av virksomhet fra Aker. Når ansvaret for de intensivpasientene som i dag behandles ved postoperativ avdeling også skal overtas, vil dette medføre ytterligere behov for sengearealer og støttearealer.

Omfanget av den aktiviteten for de fire ovenstående funksjonene som er lagt til grunn for idéfaseutredningen er nærmere beskrevet nedenfor.

3.2 Akuttmottak

Akuttmottaket på Aker har i dag en kapasitet på 9 undersøkelsesrom og 10 observasjonssenger. Etter overføring av aktivitet til Ahus er restbehovet for undersøkelsesrom og observasjonssenger som skal overføres til Ullevål redusert til ca. det halve.

Dagens kapasitet i akuttmottaket på Ullevål er fullt utnyttet og har en topp belastning som vesentlig overskrider sengekapasiteten. Ved overføring av virksomhet fra Aker vil belastningen øke med ca. 40 %. (Dette omfatter ikke overføring av akuttkirurgiske pasienter fra Diakonhjemmet og indremedisinske pasienter fra Sagene bydel.) Toppbelastningen vil ligge på i overkant av 50 pasienter, forutsatt en tilsvarende drift, liggetid og arbeidsprosess som i dag. Det bør imidlertid ikke dimensjoneres for et slikt omfang, og noe av kapasitetsbehovet må løses ved å:

1. legge om arbeidsprosessene slik at en større andel av pasientene kan håndteres i observasjonsenger (triageområde, avklaringsenhet) og sittende; altså i mindre arealkrevende rom enn i dag
2. redusere liggetiden i akuttmottaket

Det foreslås videre å etablere et retriage område, som blir en ventesone. Dette vil avlaste behovet for undersøkelsesrom.

En spesifisering av behovet for senger er angitt i avsnitt 3.6.

Gjennom arbeid med planene for et utvidet akuttmottak er det identifisert et behov for å forbedre behandlingstilbudet. Det er særlig forholdene for mottak av de mest kritisk syke og skadde som må bedres. De tre viktigste tiltakene for å ivareta dette er etablering av:

- Et rom for traumeoperasjoner med angioutstyr
- En CT-lab i tilknytning til denne operasjonsstuen
- Utvidelse av akutt-/traumestue

Noen sentrale aspekter bak dette forslaget er:

Dagens CT-kapasitet ved Ullevål er for liten. Avstand fra planlagt traumestue til den CT som benyttes i dag er stor, i tillegg til at behovet for omleiring av pasienten gir stort tidsbruk og en usikret situasjon mht. overvåkning. Ved etablering av en ny CT i forbindelse med akuttmottaket, vil man både ivareta det interne behovet for slik kapasitet på en god måte, og samtidig bidra til å avhjelpe det underdekkede behovet fra andre klinikker ved at kapasitet ved dagens CT frigjøres.

Dagens løsning med en operasjonsstue i etasjen over akuttmottaket, uten mulighet for intervensjonsradiologi, kombinert med stor avstand til angiografi, ligger ikke til rette for en fullverdig traumebehandling. Etablering av angiografi i akuttmottaket kombinert med en operasjonsstue vil effektivisere behandlingen og kunne redusere bruken av åpne kirurgiske prosedyrer, og derigjennom forbedre behandlingskvaliteten. En annen grunn for å etablere operasjonskapasitet i akuttmottaket, er å unngå operasjoner på akuttstuen, slik det i en del tilfeller må gjøres i dag. Dette er svært uheldig bl.a. av hygieniske grunner.

Behovet for utvidelse av akutt-/traumestua er begrunnet i at dagens traumestue er for trang, både mht. innplasseringen av tre plasser og nødvendig areal for bemanningen i perioder med stor aktivitet.

3.3 Operasjon

Tabellene nedenfor viser dagens situasjon og behovet for stuer etter overføring av døgnvirksomheten fra Aker til Ullevål. Det er da tatt hensyn til den behovsreduksjonen ved den sentrale operasjonsenheten på Ullevål som skjer ved overføring av virksomheter til Rikshospitalet. Som vist i nederste tabell er det beregnet et totalt behov for 16 operasjonsstuer, dersom man kalkulerer med at alle stueene benyttes fullt ut alle dager, mandag-fredag. Trekker man fra dagens 12 operasjonsstuer, blir beregnet behov for ny kapasitet 4 stuer, dersom det var mulig å benytte alle stueene fullt ut fem dager pr. uke. Dette inkluderer overføring av urologi fra Radiumhospitalet med 1 stue, men ikke eventuell overføring av akutt kirurgi fra Diakonhjemmet. (Jf. avsnitt 3.7.1.)

For å ivareta typiske fluktuasjoner gjennom uken og den fremtidige økning i behovet, er det nødvendig å planlegge for ytterligere kapasitet. Ved å planlegge arealer for bygging av 6 stuer, etableres det en viss robusthet mht. fluktuasjoner i behovet gjennom uka og

fremtidig aktivitetsøkning. Økt aktivitet kan enten skje ved overføring av akutt kirurgi fra Diakonhjemmet, befolkningsutvikling eller overtakelse av dagkirurgisk virksomhet. 6 operasjonsstuer er derfor lagt til grunn i denne idéfaseutredningen.

Det finnes i dag på Aker i tillegg en ESWL-stue (steinknusing). Overføring av denne inngår ikke i denne idéfaseutredningen.

Fordeling Operasjonsstuer Aker 2010								Fordeling Operasjonsstuer Aker 2011								
(Inneliggende pasienter)								(Inneliggende pasienter etter overføring til Ahus)								
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Reduksjon
Urologi	3	3	3	3	3				2	2	3	3	3			20 %
Karkirurgi	1	1	0	2	1				0	1	1	1	1			20 %
Gastrokir.	2	1	1	1	2				1	1	1	1	1			44 %
Obesitaskir.	1	1							1	1						0 %
Ortopedi	0	1	1	1	1				1		1					58 %
Smertekir.			1									1				0 %
Endokrinkir.	1	1	1						1	1	1					10 %
Anestesi																
Ø-hjelp	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1			
Sum team dagtid	9	9	8	8	8				7	7	8	7	6			
Fordeling Operasjonsstuer Ullevål 2010								Fordeling Operasjonsstuer Ullevål 2011								
(Sentral operasjonsenhet)								(Sentral operasjonsenhet etter overføring til RH og DNR)								
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	
Ortopedi	4	3	3	4	3				4	3	3	4	3			
Thoraxkir.	2	3	3	2	1				2	3	3	2	1			
Plastikkir.	1	1	1	1	0,5											
Gastrokir.	2	2	2	1	1				2	2	2	1	1			
Mammaekir.	0	0	0	1	0				0	0	0	1	0			
Barnekir.	0	1	0	1	0,5											
Ø-hjelp	1	0	1	0	1				1	0	1	0	1			
Traumekir.	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1			
Sum team dagtid	11	11	11	11	8				10	9	10	9	7			
Samlet operasjonsstuebehov Ullevål								Samlet operasjonsstuebehov Ullevål								
(Sentral operasjonsenhet etter overføring fra Aker)								(Sentral operasjonsenhet etter overføring fra Aker)								
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	
Urologi	3	3	3	4	4	4			3	3	4	4	4			Inkl. DNR
Gastrokir.	3	3	3	2	2				3	3	3	2	2			
Ortopedi	4	3	3	3	4	5			4	3	3	4	5			Inkl. egen ø-hjelp
Thoraxkir.	2	3	3	2	1				2	3	3	2	1			
Obesitaskir.	1	1							1	1						
Smertekir.					1							1				
Mammaekir.						1							1			
Ø-hjelp	2	2	2	2	2				2	2	2	2	2			gastro/uro
Traumekir.	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1			
Sum team dagtid	16	16	16	16	16				16	16	16	16	16			

Figur 2 Behov for operasjonsstuer ved sentral operasjonsenhet etter overføring fra Aker

3.4 Postoperativ funksjon

Ved Ullevål er det i dag en kapasitet på 14 senger i sentral postoperativ enhet(PO), fordelt på 3 rom, inkludert 3 dedikerte senger for intensivpasienter. Dessuten er det 6 senger i ortopedisk PO, som ligger i ortopedisk sengepost.

På Aker i dag benyttes det 16 senger til postoperativ behandling. Etter overføring av aktivitet til Ahus vil den resterende virksomheten som skal overføres til Ullevål innbære et behov for tilleggskapasitet i postoperativ enhet estimert til:

- 6 senger i flersengsrom
- 1-2 enerom
- 1-2 kontaktsmitteisolat

I tillegg er det i dag en stor underdekning på lagre og øvrige støtterom som bør ivaretas i den fremtidige løsningen.

3.5 Intensiv funksjon

Ved Ullevål i dag er det en kapasitet på 10 senger i intensivheten i 2. etasje Bygning 4 (Sentralblokk). Den sentrale PO enheten har i dag 3 senger for pasienter med behov for

respirator (intensivpasienter). Ansvar for disse pasientene er som tidligere nevnt besluttet overført til intensivheten.

På Aker i dag benyttes det 6-7 senger til intensiv behandling. Ved overføring av virksomheten til Ullevål anslås tilleggsbehovet der å utgjøre 10 senger som følger:

- Overføring av intensivsenger fra Aker 4
- Overføring av intensivsenger fra PO 3
- Bufferkapasitet 3
- TOTALT 10

Overføring av aktivitet fra Ullevål til Rikshospitalet vil kunne redusere presset på intensivfunksjonen. Effekten av dette vurderes imidlertid å være liten og påvirker ikke tilleggsbehovet signifikant.

3.6 Sammenstilling av behov

Tabellen nedenfor viser en sammenstilling av rom-/sengebehov som er lagt til grunn i denne idéfaseutredningen. Siden en omlegging av dagens virksomhet vil måtte inngå i løsningsutformingen for å ivareta behovsøkningen i akuttmottaket, er det for denne funksjonen angitt et totalbehov etter overføring av virksomhet fra Aker. For de øvrige funksjonene er det angitt hvilket tilleggsbehov overføringen vil medføre.

Funksjon	Rom-/sengebehov
<i>Akuttmottak</i>	<u>Totalt behov</u> Spesialrom for kritisk syke 6 senger i 4 rom (akuttstue med 3 plasser, 3 resusciteringsrom) Undersøkelserom 17 senger i enerom (hvorav fire tilpasset pasienter med mulig MRSA) Poliklinikkrom 2 senger i enerom Triagerom 2 senger i enerom Retriagestue 14 senger i 1 rom Avklaringsenhet 8 senger i 1 rom
<i>Operasjon</i>	<u>Tilleggsbehov</u> Operasjonsstuer Beregnet behov uten fluktasjoner og fremtidig utvikling 4 Planlagt bygget 6
<i>Postoperativ funksjon</i>	<u>Tilleggsbehov</u> Senger i flersengsrom 6 Kontaktsmitteisolat 1-2 Enerom 1-2
<i>Intensiv funksjon</i>	<u>Tilleggsbehov:</u> Intensivsenger 3 Bufferkapasitet 4 Overføring av intensivsenger fra PO 3

3.7 Overføring av virksomhet

3.7.1 Fra Diakonhjemmet og Lovisenberg til Ullevål

Akuttkirurgi

Akuttkirurgi ved Diakonhjemmet skal iht. styrevedtak i Helse Sør-Øst overføres til Ullevål. Jf. vedtak i styresak 108/2008: "Akutfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under én ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde". For gastrokirurgi utgjør dette ca 1000 innleggelser per år, som vil gi gjennomsnittlig ca. 3 innleggelser per døgn. Dette tilsvarer et behov for i overkant av 1 operasjonsstue.

Dersom all akutt ortopedi også skal overføres, forventes dette å gi et behov for i overkant av 1 operasjonsstue. Dessuten blir det en tilleggsbelastning i akuttmottak og postoperativ enhet, som ikke er vurdert.

Indremedisin

Avtalen med Lovisenberg om ivaretagelse av indremedisinske pasienter i Sagene bydel opphører 1. mars 2012. Fra det tidspunktet vil disse pasientene overføres til Ullevål. Antall døgnopphold per år for disse pasientene ved Lovisenberg er i underkant av 2000. Med en 85 % andel øyeblikkelig hjelp, vil dette tilsvare i gjennomsnitt ca 4 ankomster pr. dag i akuttmottaket. Etter overføringen fra Aker forventes antall akutte pasientankomster i mottaket å bli ca 33 000 per år. Overføringen av pasienter fra Sagene vil derved utgjøre en økning på 6 %.

3.7.2 Multitraume fra Ullevål til Rikshospitalet

Vedtaket i styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst angir følgende:

Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen.

og videre:

Det legges til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles.

"Rapport område Sentrum" datert 12. november 2008 oppsummerer vurderinger av en rekke problemstillinger relatert til arbeidet med hovedstadsprosessen. Der heter det:

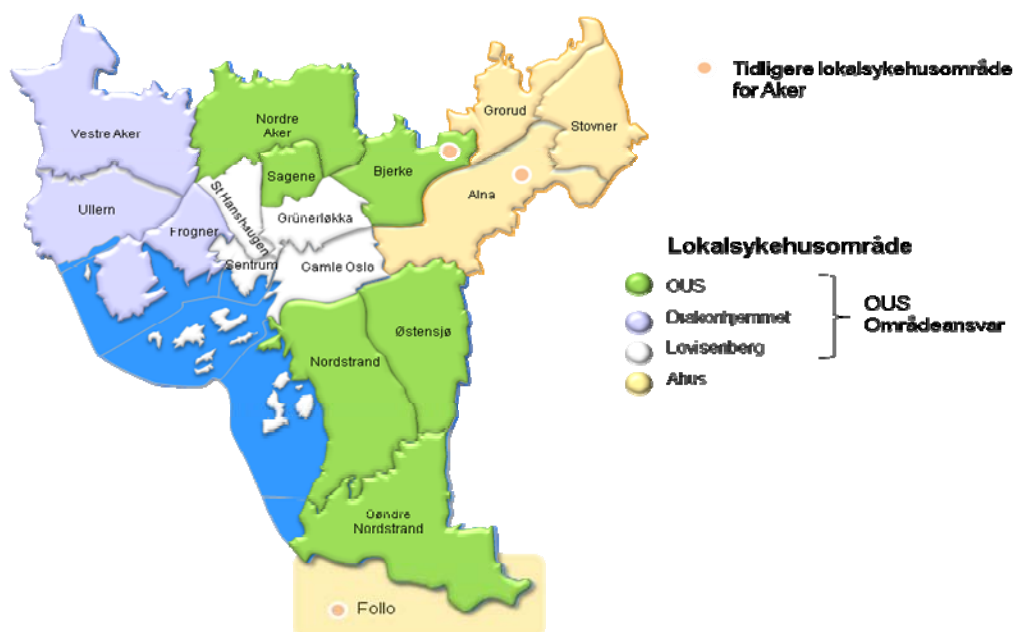
For å sikre faglige og økonomiske gevinster tidlig, samt retning og fremdrift i integrasjon mellom Ullevål og Rikshospitalet, bør det så tidlig som mulig søkes å samle og samlokalisere multitraume og tilhørende regionfunksjoner fra Ullevål med tilsvarende funksjoner på Rikshospitalet. I denne prosessen må multitraumefunksjonen ivaretas på minst samme nivå som i dag.

Ovenstående intensjon om å overføre multitraumefunksjonen fra Ullevål til Rikshospitalet vil tidligst kunne realiseres når et nybygg er oppført på Gaustad (Dag 5). Denne funksjonen må derfor i mange år fortsatt ivaretas ved Ullevål. I denne idéfaseutredningen er det forutsatt at det skal være en fullverdig multitraumefunksjon også etter overføringen av pasienter fra Aker.

Ullevål mottar ca. 1500 multitraumer per år, hvorav ca. 550 med alvorlig skader. (I tillegg utføres det ved Ullevål ca. 40 000 akuttoperasjoner.) Omfanget av pasienter med multitraume vil altså utgjøre mindre enn 5 % av totalt antall pasientankomster i akuttmottaket.

3.8 Behovsutvikling

Etter at OUS fra og med 2011 har overført Follokommunene og Alna bydel som opptaksområde til Ahus, utgjør lokalsykehusområdet 220 000 innbyggere og sykehusområdet ca 480 000 innbyggere. Figuren nedenfor viser fordelingen av bydeler i Oslo mht. lokalsykehusansvar mellom OUS, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt områdeansvar for OUS.



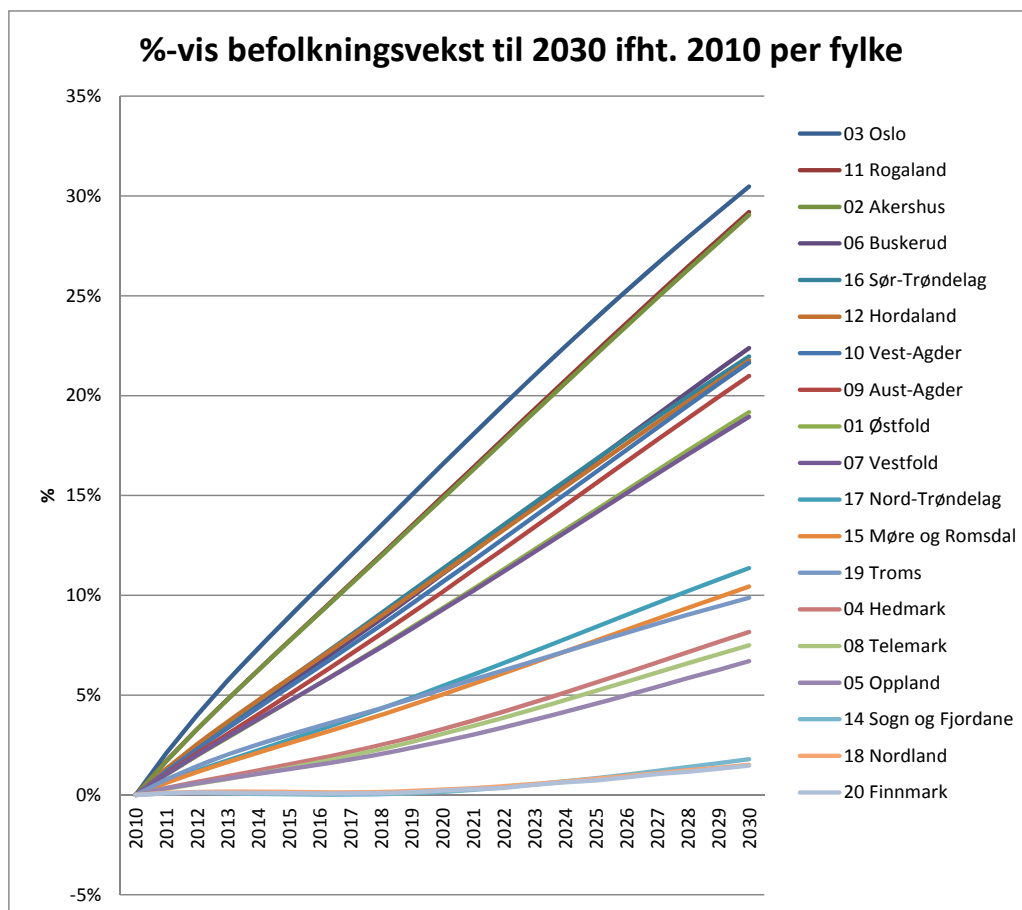
Oslo kommune har i løpet av de siste årene hatt en sterkere vekst i befolkningstallet enn tidligere forventet. I 2004 var estimert årlig vekst ca. 1 %. I 2008 var imidlertid faktisk vekst 2,6 %, og en middels forventet årlig vekst fram mot 2020 har nå et gjennomsnitt på nesten 2 %. Veksten er imidlertid svært ujevnt fordelt mellom bydelene. Vestkantbydelene har en relativt lav vekst (Diakonhjemmets sektor), mens sentrumsbydelene forventes å ha en sterk vekst (Lovisenbergs sektor). Grorudalsbydelene ser ut til å få en moderat vekst, mens bydelene i sør og nord (OUS sin sektor) vil få en betydelig vekst.

Befolkningsveksten vil også utvikle seg ujevnt når det gjelder alder. Fram mot 2020 forventes en svært sterk vekst av aldersgruppen 67 til 80 år, mens antallet over 80 år i samme periode vil gå noe ned (for dernest å stige kraftig fra ca 2020). Antall personer over 80 år i de vestlige bydelene øker imidlertid allerede de nærmeste åra. Antallet barn og unge forventes å øke omtrent likt med den gjennomsnittlige befolkningsveksten fram mot 2020, men også her er det variasjoner mellom bydelene.

Tabellen nedenfor viser forventet befolkningsvekst pr. fylke frem til 2030. (Kilde: Statistisk sentralbyrå. Forventet mellomnivå for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og nettoinnvandring) Kurven for Oslo viser en forventet vekst på ca. 17 % fram til 2020 og ca. 30 % fram til 2030. Det siste tiåret har befolkningen i Oslo økt med 16 %.

Lokalsykehus generelt vil i årene fremover stå overfor utfordringer som skyldes økning i livsstilssykdommer, kroniske lidelser og en sterk økning i den eldre befolkningen. Dessuten vil helsetjenesten i Oslo få særskilte utfordringer pga. store skiller i befolkningen sosialt og økonomisk; storbyrelaterte fenomener som samling av rusmiddelmissbrukere samt en stor andel av befolkningen med fremmedkulturell bakgrunn. OUS må være i stand til å møte alle disse utfordringene.

Den utviklingen som er beskrevet ovenfor vil selv uten overføring av virksomhet fra Aker fremtvinge bygningsmessige tilpasninger på kort sikt ved Ullevål. Behovet for å realisere de tiltakene som beskrives i denne idéfaserapporten må ses i denne sammenheng.



4 Alternativer

I vurderingen av muligheter for etablering av storbysykehuset på Ullevål, er det definert alternativer i to dimensjoner; en "behovsdimensjon" og en "arealdimensjon". Behovsalternativene definerer behov som skal ivaretas. Jf. avsnitt 4.2. Arealalternativene definerer mulige bygningsmessige løsninger for å ivareta behovene. Ved å vurdere arealalternativene opp mot behovsalternativene med et sett av utvelgelseskriterier, får man et grunnlag for å kunne beslutte hvilken bygningsmessig løsning som bør velges for videre planlegging i en konsept-/forprosjektfase.

Kriteriene som er benyttet i vurderingen av arealalternativene er beskrevet i avsnitt 4.4.

4.1 Hovedforutsetninger

I denne idéfaseutredningen er følgende hovedforutsetninger lagt til grunn:

- Storbysykehuset med alle lokalsykehusfunksjoner etableres på Ullevål.
- All somatisk døgnvirksomhet ved Aker opphører ved Dag 4.
- Alle akuttfunksjoner innen Oslo sykehusområde samles på Ullevål.
- Multitraumevirksomheten videreføres ved Ullevål inntil Dag 5.
- Akuttkirurgi ved Diakonhjemmet overføres til Ullevål. Jf. vedtak i styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst; "Akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde".
- Indremedisinske pasienter i Sagene bydel overføres fra Lovisenberg til Ullevål. Avtalen med Lovisenberg om ivaretagelse av indremedisinske pasienter i denne bydelen opphører 1. januar 2012.

4.2 Behovsalternativer

De dimensjonerende behovene ved etablering av storbysykehuset på Ullevål er beskrevet i kapittel 3. Disse omfatter primært kapasitetsutvidelser men også noen utbedringstiltak. Det er nedenfor beskrevet ulike behovsalternativer som i ulik grad dekker de dimensjonerende behovene som er identifisert. Disse behovsalternativene er så søkt

ivaretatt gjennom ulike bygningsmessige tiltak ("arealtiltak"), både i eksisterende bygningsmasse og i nybygg. Det 4 vurdert fire alternative arealtiltak.

Følgende behovsalternativer er lagt til grunn i idéfaseutredningen:

- A** Innplassering av døgnvirksomheten fra Aker uten utbedring av mangler i dagens driftssituasjon ved Ullevål
 - Udekkede behov for støttearealer og ineffektive driftsløsninger i dagens virksomhet utbedres ikke
 - Fremtidig behov for kapasitetsutvidelse ivaretas ikke
- B** Innplassering av døgnvirksomheten fra Aker og en viss utbedring av mangler i dagens driftssituasjon ved Ullevål
 - Der det ved mindre tiltak er mulig, ivaretas udekkede behov for støttearealer og tilrettelegging for bedre driftsløsninger
 - Fremtidig behov for kapasitetsutvidelse ivaretas ikke
- C** Som alternativ B og effektivisering av drift og behandlingsprosesser
 - Udekkede behov for støttearealer ivaretas
 - Mer effektive drifts- og behandlingsløsninger etableres (For eksempel triage, bedret pasientlogistikk, CT og traumeoperasjon/angiologab i akuttmottaket)
- D** Innplassering av akuttkirurgi fra Diakonhjemmet og indremedisinske pasienter fra Sagene bydel i tillegg til døgnvirksomheten fra Aker
- E** Som alternativ D og mulighet for fremtidig utvidelse pga. befolkningsutvikling

4.3 Arealalternativer

Det er i denne idéfaseutredningen vurdert fire alternative arealløsninger for å ivareta behovsalternativer. Arealalternativene, som er beskrevet i avsnittene 4.3.2 til 4.3.5, tilfredsstiller i ulik grad behovene. Dette er drøftet i avsnitt 4.4.1. Arealtiltakene er videre drøftet i avsnittene 4.4.2 til 4.4.9 med hensyn til ivaretagelse av en rekke øvrige kriterier.



Figur 3 Bygninger som berøres av prosjektet.

4.3.1 Tidligere utredninger

Påbygg på sentralblokka

For å kunne ivareta et fremtidig behov for økt operasjonskapasitet på Ullevål, ble det i 2005 gjennomført en utredning og fremlagt en idéskisse om påbygg med to etasjer på Bygning 4 (sentralblokka), og ytterligere en teknisk etasje over den nordre del av bygningen. "Påbygg av Sentralblokken Ullevål universitetssykehus - Idéskisse til løsning med kostnadsoverslag". Denne idéskissen inngikk som ett av alternativene i en idéfase-utredning i 2006 "Påbygging av Sentralblokken Ullevål Universitetssykehus HF". Gjennom påbygget og enkelte forslag til ombygging i eksisterende bygning, var planen følgende:

- En ny etasje hvor intensivvirksomheten kunne samles
- En ny etasje for et dagkirurgisk senter med 11 operasjonsstuer
- Innpassing av et karinvasivt senter i frigjorte lokaler etter flytting av dagens intensiv
- Bedrede forhold for håndtering av kirurgiske øyeblikkelig hjelp pasienter, og bedrede forhold for nevrokirurgi/kjevekirurgi

I 2007 ble det gjort en utredning med tittel "UUS Sentralblokka. Konsekvenser for sykehus i drift ved en eventuell påbygging". Utredningen konkluderte med at gjennomføringen av et påbygg vil gi utfordringer for driften i etasjene under. Montasjen av elementer vil stå for de største rystelsene i form av piggearbeider, støt fra dekkemontasje, montering av trappe- og heissjakter etc. Under selve monteringen bør det ikke oppholde seg mennesker i etasjen rett under montasjestedet. For å kunne utføre arbeidene på en trygg og sikker måte anbefales det i rapporten en rekke tiltak.

I konklusjonen i rapporten skrives det:

Forutsatt at sentralblokkas fundamenter og eksisterende bæresystem har tilstrekkelig kapasitet, er det gjennomførbart å bygge på to stk etasjer samt nytt teknisk rom på tak, mens bygget er i drift under. Øvre etasje i eksisterende hus (operasjon og intensivavdeling) påvirkes i størst grad av utbyggingen. Stans og omrokninger i kortere perioder må påregnes og må planlegges i detalj med de berørte avdelingene. Bygningsteknisk gir størst konsekvenser for sykehus i drift. Tekniske systemer så som ventilasjon, varme og elkraft kan løses ved at eksisterende system beholdes inntatt gjennom byggeperioden og kobles om/opp mot det nye huset når dette står ferdig. Kontrollerte utkoblinger vil forekomme i kortere perioder.

For å trygge eksisterende hus anbefales det å iverksette en del tiltak. Ekstra "ulempetiltak" estimeres til ca. 20-30 mill. kroner.

De nevnte tidligere vurderinger tilsier at det foreligger en rekke uheldige konsekvenser og en betydelig risiko for både forsinkelser og driftsforstyrrelser ved etablering av ny bygningsmasse på taket av sentralblokka. Akuttmottaket arealbehov vil dessuten ikke løses ved en slik påbygging. Det er derfor i denne idéfaseutredningen søkt å finne andre, og bedre egnede, alternativer for å ivareta det behovet for tilleggsarealer som nå er definert. Alternativ 3 og 4, beskrevet nedenfor, har opplagte fordeler fremfor å bygge nye etasjer på taket av sentralblokka, både med hensyn til ivaretagelse av behovene som er definert, driftsforstyrrelser i sentralblokkas 2. etasje under bygging (primært operasjonsenheten) og risiko for forsinkelser.

Ombygging av 3. etasje i Bygning 7 (kirurgisk bygning)

I 2007 ble det gjennomført en idéfasestudie om utvidet intensivkapasitet ved Ullevål. Det ble da anbefalt et påbygg på sentralblokka, eventuelt gjennomføring av et 0-alternativ med ombygging av intensivheten i 3. etasje Bygning 7, for å øke kapasiteten med 10-12 senger.

Sykehusets ledelse vurderte det som ikke økonomisk mulig å gå videre med planen om et påbygg på sentralblokka, og 0-alternativet ble utredet videre i en konseptfase. Her fremkom at det kan etableres 8 nye plasser i et område på ca. 300 kvm til dette formålet.

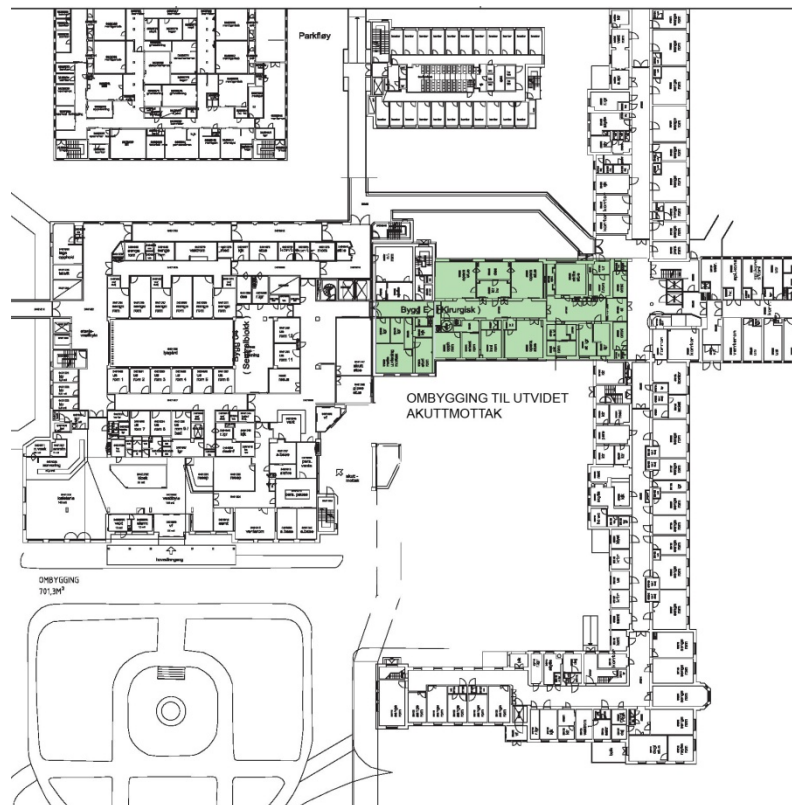
I perioden oktober – desember 2008 ble det gjennomført en forenklet forprosjektutredning (planfase). Saken ble forelagt helseforetakets styre 16.12.2008 i sak 2008-095 "Forprosjekt utvidet intensivkapasitet ved UUS", med følgende forslag til vedtak:

Styret anbefaler overfor HSØ RHF at det framlagte forprosjektet for utvidelse av intensivkapasiteten med 8 senger danner grunnlag for iverksetting av ombyggingsarbeidet. Den økonomiske rammen utgjør 54,6 mill. kr for bygg og 11,3 mill. kr for utstyr.

Denne løsningsmuligheten inngår som en del av alternativ 2 i denne idéfaseutredningen.

4.3.2 Alternativ 1

Alternativ 1 er basert på ombygging av eksisterende bygningsmasse. For å øke arealet til akuttmottaket i 1. etasje i sentralblokka flyttes operasjonsstuene i 1. etasje i Bygning 7 ut. Det frigjorte arealet ombygges til mottaks- og observasjonsrom.



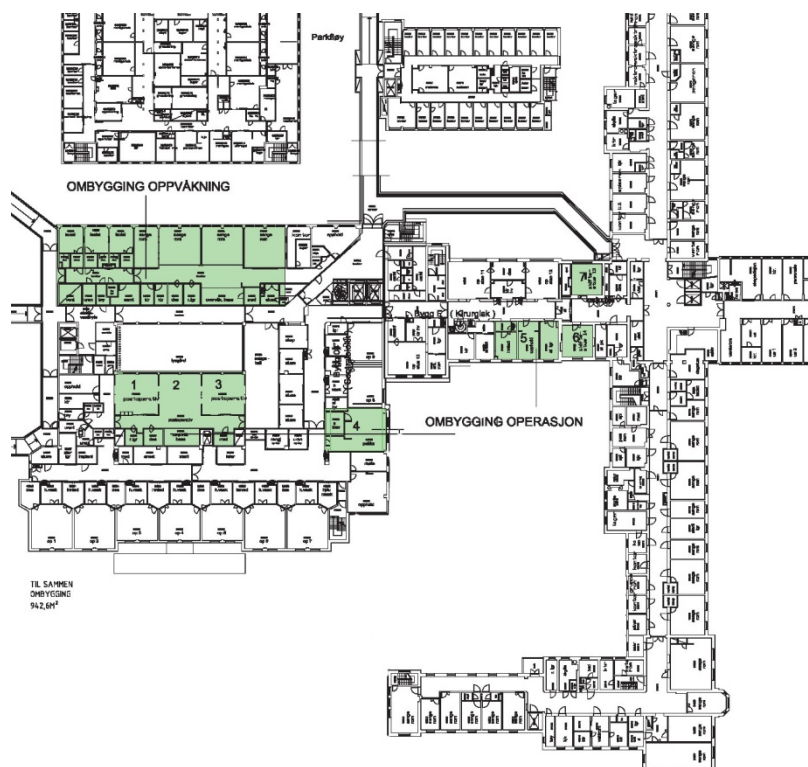
Figur 4 Ombygging 1. etasje Bygning 7

For å erstatte de 3 operasjonsstuene og skiftestuen som flyttes ut av 1. etasje i Bygning 7, ombygges 2. etasje i Bygning 4 og 7, slik at det til sammen etableres 6 nye operasjonsstuer og 1 skiftestue i denne etasjen.

De nye stuen får følgende plassering:

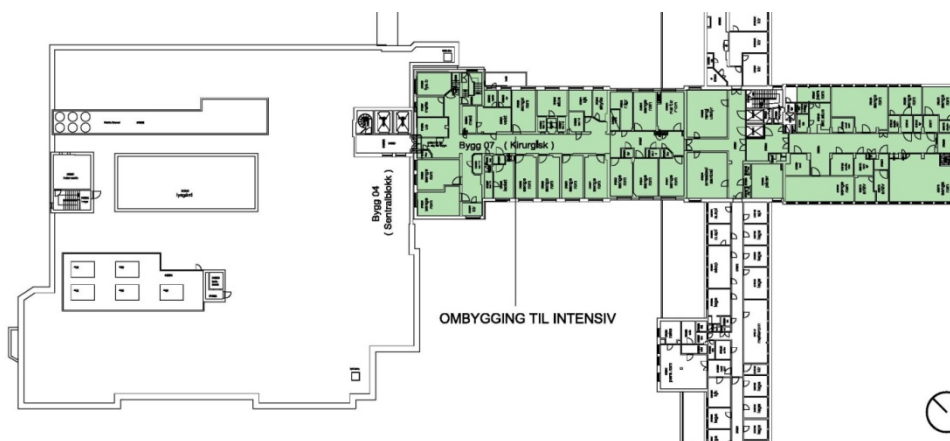
- 3 operasjonsstuer legges til arealene for dagens oppvåkning i Bygning 4
- 1 operasjonsstue legges i dagens steril-/pakkerom i Bygning 4
- 2 operasjonsstuer og 1 skiftestue legges til ombygd 2. etasje i Bygning 7

Oppvåkning overtar intensivens arealer.



Figur 5 Ombygging 2. etasje Bygning 4 og Bygning 7

For å gjennomføre ombyggingen beskrevet ovenfor, flyttes intensivheten fra 2. etasje i Bygning 4 til 3. etasje i Bygning 7 og samlokaliseres med nevrokirurgisk intensiv som ombygges for å få plass til flere senger.



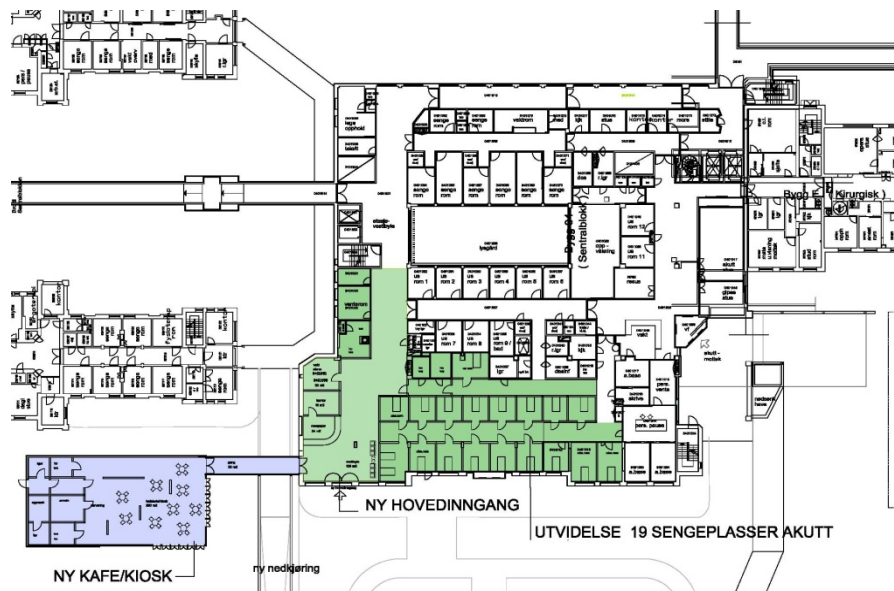
Figur 6 Ombygging 3. etasje Bygning 7

Nevrokirurgisk sengepost som ligger i arealene som ombygges til intensivavdeling må flyttes til en annen bygning. Løsning for dette er ikke utredet.

4.3.3 Alternativ 2

Alternativ 2 er basert på at økt arealbehov løses gjennom ombygging av eksisterende bygningsmasse, samt tilbygg til Bygning 8 kvinnesenteret. For å frigjøre plass til utvidelse av akuttmottaket i Bygning 4, bygges en paviljongbygning i gårdsrommet mot medisinsk bygning. I paviljongbygningen plasseres kantine/kiosk som flyttes ut av Bygning 4.

Hovedinngangen i Bygning 4 forskyves og resepsjon/vestibyle flyttes. Frigjorte arealer ombygges til nye arealer for akuttmottaket.



Figur 7 Nybygd paviljong for kantine/kiosk og ombygging av frigjorte arealer i Bygning 4

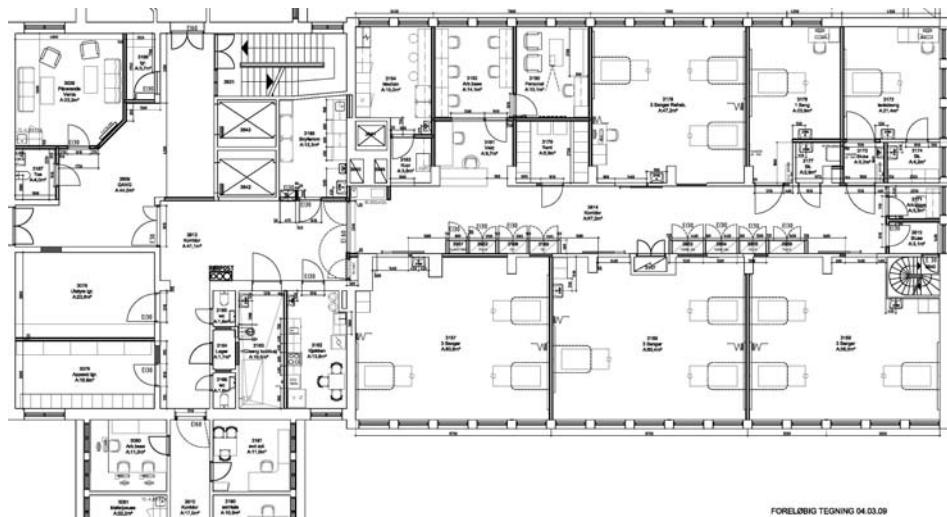
I 2. etasje i Bygning 4 ombygges eksisterende steril-/pakkerom til 1 ny operasjonsstue.

For å løse behovet for ytterligere 5 nye operasjonsstuer med tilhørende oppvåkingsplasser, påbygges det nylig oppførte nybygget i utvidelsen av Bygning 8 kvinnesenteret. Nybygget er fundamentert for å kunne påbygges opp til totalt 8 etasjer. Tekniske rom legges på toppen av tilbygget.



Figur 8 Påbygg på nybygg ved kvinnesenteret

For å øke antall intensivsenger ombygges og utvides nevrokirurgisk intensiv i 3. etasje Bygning 7.

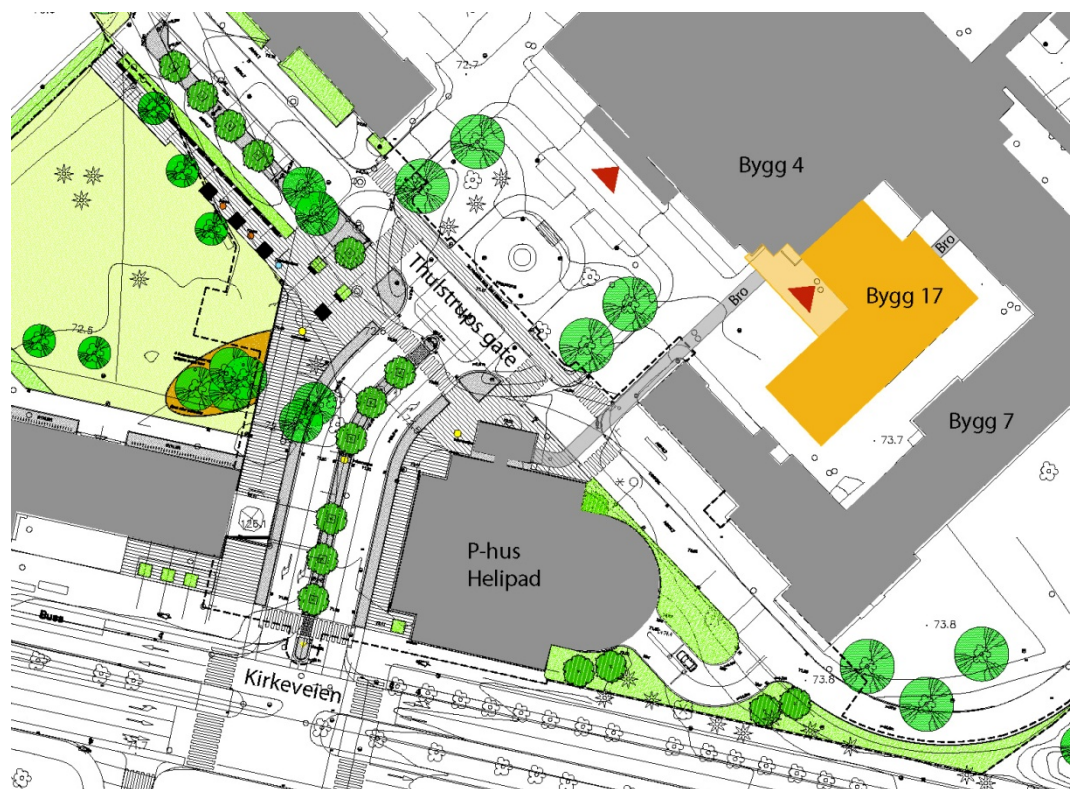


Figur 9 Illustrasjon: Ombygging av nevrokirurgisk intensiv i 3. etasje Bygning 7

4.3.4 Alternativ 3

Alternativ 3 er basert på et nybygg i to etasjer for utvidet akuttmottak og nye operasjonsstuer, samt ombygging i Bygning 4 for utvidelse av postoperativ- og intensivfunksjonene.

Utvidelse av akuttmottaket areal løses som illustrert nedenfor ved et nybygg (Bygg 17) i gårdsrommet mellom Bygning 4 og Bygning 7, knyttet i 1. etasje til eksisterende bygning med en ny ambulanseinngang som bedrer arealforhold og kapasitet i akuttinngangen.



Figur 10 Lokalisering av nybygg

Mulig rominndeling i nybyggets 1. etasje og ombygging i eksisterende akuttmottak er illustrert nedenfor.



Figur 12 Nybygg og ombygging i 2. etasje Bygning 4

For å øke intensiviteten med 3 senger flyttes kontor og oppholdsrom til motsatt side av korridoren i Bygning 4, til deler av det arealet som i dag er sengehall/ pasientsluse. For å skaffe ytterligere noen intensivsenger ombygges og utvides deler av nevrokirurgisk intensiv i 3. etasje Bygning 7.

Økning av oppvåkningen med 5 plasser løses ved at resterende del av sengehall/pasientsluse ombygges til dette formål.

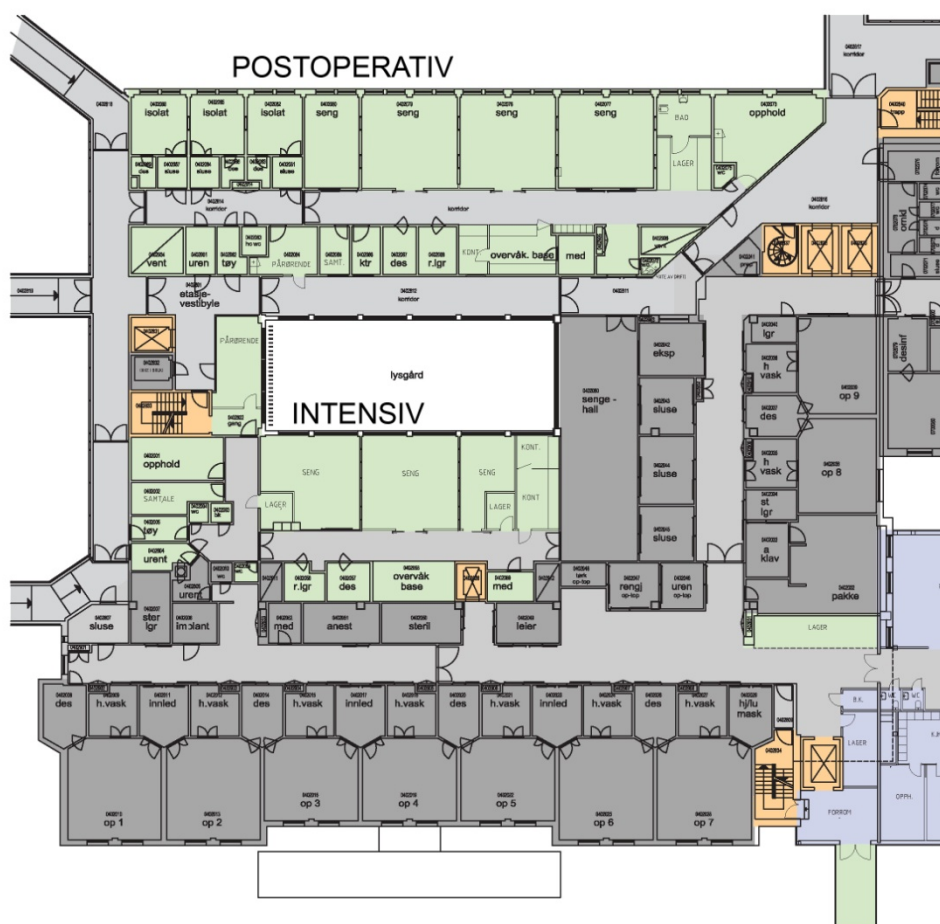
Løsningen forutsetter, som illustrasjonen ovenfor viser, en ombygging av eksisterende arealer i Bygning 4 for å utvide arealene for intensiv- og postoperativfunksjonen.

Antallet operasjonsstuer i 2. etasje i Bygning 4 reduseres som følge av ombyggingen, og det vil være behov for å etablere 2 nye operasjonsstuer i ombygd 2. etasje i Bygning 7, tilsvarende som i Alternativ 1.

4.3.5 Alternativ 4

Alternativ 4 er basert på et nybygg i tre etasjer for utvidet akuttinntak, nye operasjonsstuer og intensivfunksjon. Postoperativfunksjonen flyttes til dagens intensivarealer, og dagens postoperativarealer ombygges til en "lettpost" for intensivfunksjonen.

For akuttinntakets og operasjonseenhetens utvidelse i nybygg er alternativ 4 lik alternativ 3. I alternativ 4 er imidlertid det økte arealbehovet for intensiv- og postoperativfunksjonen løst ved at det bygges et nytt intensivavsnitt i nybyggets 3. etasje. Det nye intensivavsnittet bygges med i alt 12 intensivplasser hvorav 2 plasser bygges som luftsmitteisolater.



Figur 14 Postoperativenhet og Intensivenhet i 2. etasje Bygning 4

4.4 Vurdering av arealalternativene

Det er i dette avsnittet foretatt en vurdering av arealalternativene med hensyn til ivaretagelse av nedenstående kriterier. Kriteriene samsvarer med de kriteriene i Helse- og omsorgsdepartementets veileder for tidligfaseplanlegging av sykehus som anses å være relevante i dette delprosjektet. I tillegg er det inkludert kriterier som anses som viktige for dette spesifikke delprosjektet. Gjennomføringstid og risiko for forsinkelse, samt investeringskostnad og risiko for kostnadsoverskridelse er videre angitt for hvert av alternativene.

Kriteriene for vurdering av arealalternativene er:

1. Ivaretagelse av behovsalternativene (Jf avsnitt 4.2)
2. Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet
3. Driftseffektivitet
4. Tilpasningsmulighet/varighet
5. Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling
6. Konsekvenser for annen virksomhet

4.4.1 Ivaretagelse av behovsalternativene

Alternativ 1

Alternativet ivaretar behovsalternativ A og B, innplassering av virksomheten med utbedring av visse mangler i dagens driftssituasjon. Det vil ikke ivareta behovsalternativ C mht. å forbedre behandlingstilbudet i akuttmottaket for de mest kritisk syke og skadde. (Jf avsnitt 3.2.) Det vil ikke kunne ivareta øvrige behovsalternativ pga. mangel på areal.

Alternativ 2

Alternativet ivaretar behovsalternativ A og B. Det vil ikke ivareta behovsalternativ C mht. å forbedre behandlingstilbudet i akuttmottaket for de mest kritisk syke og skadde. (Jf avsnitt 3.2.) Det vil ikke kunne ivareta øvrige behovsalternativene pga. mangel på areal.

Alternativ 3

Alternativet ivaretar behovsalternativ A og B. Det vil også ivareta behovsalternativ C ved en mer effektiv drifts- og behandlingstilbud i akuttmottaket og operasjon, samt forbedre behandlingstilbudet i akuttmottaket for de mest kritisk syke og skadde. Det vil imidlertid ha lite arealer for å kunne ivareta det økte behovet i behovsalternativene D og E, særlig for intensivenheten.

Alternativ 4

Alternativet ivaretar behovsalternativene A, B og C. Overføring av akuttkirurgi og indre medisinske pasienter fra Diakonhjemmet og Lovisenberg (behovsalternativ D) forventes også å kunne innpasses i dette alternativet, selv om disse pasientgruppene ikke har inngått i dimensjoneringsgrunnlaget. Jf. avsnitt 3.6. Den fremtidige befolkningsutvikling (behovsalternativ E) er klart best ivare tatt i dette alternativet. Se også avsnitt 4.4.4 om tilpasningsmulighet/varighet. Det må imidlertid påpekes at med en befolkningsvekst som forventet på 17 % de neste 10 årene vil også kapasiteten i dette alternativet bli knapp, uten at det gjennomføres ytterligere utvidelser/tilpasninger.

4.4.2 Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet

Alternativ 1

Akuttmottaket får økt kapasitet, men løsningen reduserer kvaliteten på behandlingstilbudet og pasientsikkerheten på grunn av en dårligere logistikk og manglende oversikt i avdelingen. De utvidede arealene vil bli liggende i Bygning 7 med liten eller ingen visuell kontakt med øvrige arealer i mottaket. Akuttmottaket vil mangle et klart skille i forløpet mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene.

Operasjonsenheten får økt kapasitet. Kvaliteten på behandlingstilbud og pasientsikkerhet vil være uendret eller noe redusert på grunn av manglende støttearealer. Dette knytter seg i all hovedsak til manglende lagerrom og arealer for preoperativ forberedelse.

Oppvåkningen får en vesentlig bedring i behandlingstilbudet og kvalitet på dette. Dagens oppvåkning er svært trang og mangler isolater. Ved en flytting til dagens intensivavsnitt får oppvåkningen 3 isolater, større areal pr. seng og flere støtterom.

Intensivenheten får økt kapasitet i ombygde arealer. Kvaliteten på behandlingstilbud og pasientsikkerhet vil være uendret sammenlignet med dagens situasjon, avdelingen vil fortsatt mangle støttearealer og godkjente isolater med tilstrekkelig størrelse.

Alternativ 2

Akuttmottaket får økt kapasitet, men løsningen reduserer kvaliteten på behandlingstilbud og pasientsikkerhet på grunn av en dårligere logistikk og manglende oversikt i avdelingen. Små mottaksrom uten daglys reduserer kvaliteten på behandlingstilbudet. Akuttmottaket vil mangle et klart skille i forløpet mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene.

Operasjonsenheten får økt kapasitet. Kvaliteten på behandlingstilbud og pasientsikkerhet vil være uendret eller noe redusert på grunn av at aktiviteten spres på flere steder.

Oppvåkningen får økt kapasitet. Behandlingstilbudets kvalitet og pasientsikkerheten vil bli noe redusert da pasientene må transporteres i heis fra operasjonsstue til oppvåkning.

Intensivenheten får økt kapasitet. Kvaliteten på behandlingstilbud og pasientsikkerhet vil være relativt uendret sammenlignet med dagens situasjon. Utvidet intensivkapasitet legges til ombygde arealer i bygning 7. Tilgjengelig areal tilsier at avdelingen fortsatt vil mangle støttearealer og godkjente isolater med tilstrekkelig størrelse.

Alternativ 3

Akuttmottaket får en vesentlig forbedring av behandlingstilbudet og kvaliteten på dette, samtidig som kapasiteten økes. Mottaket får bedre egnede lokaler med et klart skille i forløpet mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene. Etableringen av et triage-område og venterom med felles personellbase vil øke pasientsikkerheten.

Operasjonsenheter vil få gode og fleksible operasjonsstuer med økte støttearealer som vil understøtte kvaliteten på pasientbehandlingen.

Oppvåkningen har i dagens situasjon trange lokaler med mangel på støttearealer og isolater. Dette vil ikke bedres vesentlig i dette alternativet, da økningen i sengetall vil forsterke behovet for isolater og støtterom.

Intensivheten vil i dette alternativet få et dårligere behandlingstilbud. Dagens avdeling har et vesentlig mindre areal per seng enn det som er nedfelt i foreliggende arealnormer, og utvidelsen i antall senger vil redusere arealet per seng. Løsningen innebærer flytting av personalrom til motsatt side av korridoren. Denne avstanden vil ha negativt utslag på pasientsikkerhet og behandlingstilbud.

Alternativ 4

Akuttmottaket får en vesentlig forbedring av behandlingstilbudet og kvaliteten på dette, samtidig som kapasiteten økes. Mottaket får bedre egnede lokaler med et klart skille i forløpet mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene. Etablering av et triage-område og venterom med felles personellbase vil øke pasientsikkerheten.

Operasjonsenheter vil få gode og fleksible operasjonsstuer med økte støttearealer som vil understøtte kvaliteten på pasientbehandlingen.

Oppvåkningen får en bedring i behandlingstilbudet og kvaliteten på dette. Dagens oppvåkning er svært trang og mangler isolater. Ved den beskrevne flyttingen til dagens intensivavsnitt får oppvåkningen 3 isolater, større areal per seng og flere støtterom.

Intensivheten får en bedring i behandlingstilbudet og kvaliteten på dette. Avdelingen får to velfungerende isolater, vesentlig større areal per seng og en reduksjon i antall senger per rom.

4.4.3 Driftseffektivitet

Alternativ 1

Akuttmottaket vil i alternativ 1 få økt areal, men ambulansmottaket med tilhørende støttearealer vil bli en flaskehals når pasientstrømmen øker vesentlig. Store avstander med manglende visuell kontakt antas vil medføre behov for økt bemanning.

Operasjonsenheter får en løsning hvor operasjonsstuen ligger samlet i 2. etasje Bygning 4 og 7. Løsningen gir ikke rom for økning av støttearealer for de nye operasjonsstuen, noe som vil redusere driftseffektiviteten. De nye operasjonsstuen i Bygning 7 blir små og lite fleksible, noe som vil kunne redusere utnyttelsen av disse stuen.

Oppvåkningen vil få en god og driftseffektiv løsning med god kapasitet på sengeplasser, isolater og støttearealer, samtidig som nærheten til operasjonsstuen beholdes.

Intensivheten vil gjennom samlokalisering med nevrokirurgisk intensiv kunne få en driftseffektiv løsning, men mangel på støttearealer kan gi logistikkproblemer.

Alternativ 2

Akuttmottaket vil få en lite driftseffektiv løsning på grunn av manglende oversikt og små romstørrelser. Ambulansmottak med tilhørende støttearealer vil bli en flaskehals når pasientstrømmen øker vesentlig. Store avstander med manglende visuell kontakt antas vil medføre behov for økt bemanning.

Operasjonsenheter vil få en svært lite driftseffektiv løsning, med operasjonsstuen spredt i flere bygninger og etasjer. Dette reduserer muligheten for en fleksibel utnyttelse av stuen og bemanningen knyttet til disse.

Oppvåkningen vil få en svært lite driftseffektiv løsning, ved at det må etableres et eget oppvåkingsavsnitt tilknyttet de nye operasjonsstuen i tilbygget til Bygning 8. Effektiviteten reduseres ytterligere ved at oppvåkningen blir liggende på et annet etasjeplan enn operasjonsstuen den betjener.

Intensivenheten vil få en akseptabel driftseffektivitet, ved at økningen i sengeplasser legges til eksisterende nevrokirurgisk intensiv. Mangel på støttearealer kan gi logistikkproblemer og derigjennom redusere driftseffektiviteten noe.

Alternativ 3

Ambulansmottaket får bedre plassforhold og en forbedret logistikk. Dette kombinert med etablering av et triage-område og venterom med felles personellbase vil øke driftseffektiviteten betraktelig.

Operasjonsenheten får en god og driftseffektiv løsning med standardiserte operasjonsstuer med god størrelse for alle typer operasjoner.

Oppvåkningen får en lite driftseffektiv løsning, da avdelingen vil mangle støtterom og isolater. Mangelen på isolater kan gi en vesentlig kapasitetsreduksjon i forbindelse med operasjon av smittepasienter.

Intensivavdelingen får i en lite driftseffektiv løsning, da avdelingen vil mangle støtterom, og personalrommet blir liggende utenfor avdelingen. Plassering av personalrommet vil kunne medføre et økt bemanningsbehov.

Alternativ 4

Ambulansmottaket får bedre plassforhold og en forbedret logistikk. Dette kombinert med etablering av et triage-område og venterom med felles personellbase, vil øke driftseffektiviteten betraktelig.

Operasjonsenheten får en god og driftseffektiv løsning med standardiserte operasjonsstuer med god størrelse for alle typer operasjoner.

Oppvåkningen vil få en god og driftseffektiv løsning med god kapasitet på sengeplasser, isolater og støttearealer, samtidig som nærheten til operasjonsstuene beholdes.

Intensivenheten får i en god og driftseffektiv løsning med god kapasitet på sengeplasser, isolater og støttearealer.

4.4.4 Tilpasningsmulighet/varighet

Med tilpasningsmulighet menes løsningens egnethet mht. å kunne tilpasses endrede behov og driftsformer, og derigjennom ha en robusthet mht. utvikling over tid.

Alternativ 1

I akuttmottaket reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 og Bygning 7 vil få økt belastning. Logistikken i ambulansmottaket vil på grunn av økt pasientstrøm bli dårligere sammenlignet med dagens situasjon.

I operasjonsenheten reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 og Bygning 7 vil få økt belastning og tilsvarende redusert tilpasningsmulighet/varighet. En økning i antall operasjonsstuer uten tilsvarende økning i støttearealer reduserer driftsfleksibiliteten.

Oppvåkningen får på grunn av økningen i støttearealer og isolater en vesentlig bedre driftsfleksibilitet sammenlignet med dagens situasjon.

I intensivenheten reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 7 vil få økt belastning. Små romstørrelser og manglende støttearealer reduserer driftsfleksibiliteten.

Alternativ 2

I akuttmottaket reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 vil få økt belastning og tilsvarende redusert tilpasningsmulighet/varighet.

I operasjonsenheten vil driftsfleksibiliteten være redusert sammenlignet med dagens situasjon ved at operasjonsaktiviteten vil bli spredt på flere steder og med stor avstand.

Oppvåkningen får en noe bedre driftsfleksibilitet sammenlignet med dagens situasjon. De nye arealene i utvidelsen av bygg 8 vil kunne utformes med bedre og større støttearealer.

I intensivenheten vil tilpasningsmuligheten være tilnærmet uendret sammenlignet med dagens situasjon. Romstørrelser og støttearealer vil ikke bedres vesentlig, og pasientene vil fortsatt være plassert i flersengsrom.

Alternativ 3

I akuttmottaket bedres tilpasningsmuligheten vesentlig i forhold til dagens situasjon. Bygging av nybygg med separat teknisk forsyning gir en vesentlig forbedring av teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet. Driftsfleksibiliteten bedres også på grunn av forbedret logistikk.

I operasjonsenheten bedres tilpasningsmuligheten vesentlig i forhold til dagens situasjon. Bygging av nybygg med separat teknisk forsyning gir en vesentlig forbedring av teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet. Driftsfleksibiliteten bedres også på grunn av forbedret logistikk.

I intensivavdelingen reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 vil få økt belastning. Små romstørrelser og manglende støttearealer reduserer driftsfleksibiliteten.

I oppvåkningen reduseres tilpasningsmuligheten sammenlignet med dagens situasjon. Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 vil få økt belastning. Små romstørrelser og manglende støttearealer reduserer driftsfleksibiliteten.

Alternativ 4

I akuttmottaket bedres tilpasningsmuligheten vesentlig i forhold til dagens situasjon. Bygging av nybygg med separat teknisk forsyning gir en vesentlig forbedring av teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet. Driftsfleksibiliteten bedres også på grunn av forbedret logistikk.

I operasjonsavdelingen bedres tilpasningsmuligheten vesentlig i forhold til dagens situasjon. Bygging av nybygg med separat teknisk forsyning gir en vesentlig forbedring av teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet. Driftsfleksibiliteten bedres også på grunn av forbedret logistikk.

Oppvåkningen får en bedre driftsfleksibilitet sammenlignet med dagens situasjon.

I intensivavdelingen bedres tilpasningsmuligheten vesentlig i forhold til dagens situasjon. Et nybygg med separat teknisk forsyning gir en vesentlig forbedring av teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet. Driftsfleksibiliteten bedres også på grunn av forbedret logistikk.

Ved å fundamentere nybygget for en eventuell fremtidig påbygging av en eller to etasjer oppnås en betydelig tilpasningsmulighet og sikkerhet for å kunne ivareta fremtidige endringer eller økte behov.

4.4.5 Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling

Alternativ 1

Gjennomføringen av byggeprosjektet vil gi store driftsforstyrrelser i byggetiden, særlig for avdelinger i Bygning 7.

Alternativ 2

Gjennomføringen av byggeprosjektet vil gi store driftsforstyrrelser i byggetiden, særlig for avdelinger i Bygning 7. Sykehusets hovedinngang vil i perioder være stengt på grunn av byggearbeider, og provisorisk inngang må etableres.

Alternativ 3

Gjennomføringen av byggeprosjektet vil gi driftsforstyrrelser i byggetiden, særlig for operasjonsenheten i Bygning 4 og for intensivenheten i Bygning 7. Sykehusets hoved-

inngang vil i perioder være stengt på grunn av byggearbeider, og provisorisk inngang må etableres.

Alternativ 4

Gjennomføringen av byggeprosjektet vil i mindre grad gi driftsforstyrrelser i byggetiden. Adkomsten fra helikopterlandingsplassen vil i en periode være stengt, og det må etableres et midlertidig ambulansemottak. Driften av øvrige avdelinger vil bli tilnærmet upåvirket, men operasjonsenheten vil i byggetiden ha behov for et provisorisk personalrom.

4.4.6 Konsekvenser for annen virksomhet

Alternativ 1

Nevrologisk sengepost vil måtte flyttes til annet sted. Løsningsmuligheter for dette er ikke utredet. Den "dominoeffekten" som oppstår ved dette alternativet gir således også i en økt usikkerhet mht. gjennomføringstid.

Alternativ 2

Sykehusets hovedinngang med resepsjon vil bli trang. Kvinneklinikken i Bygning 8 vil få økt gjennomgangstrafikk på grunn av plassering av nye operasjonsstuer og oppvåkning.

Alternativ 3

Alternativet gir lite konsekvenser for annen virksomhet da byggearbeidene er konsentrert til et nybygg med egen teknisk forsyning. Ombyggingsarbeid vil foregå i bygninger som i sin helhet er disponert av virksomheten.

Alternativ 4

Alternativet gir lite konsekvenser for annen virksomhet da byggearbeidene er konsentrert til et nybygg med egen teknisk forsyning.

4.4.7 Sammenstilling av vurderinger

Ovenstående vurdering av det første kriteriet, behovsivaretagelse, er sammenstilt i tabellen under, der "X" indikerer hvilke arealalternativ som ivaretar hvilke behovsalternativ.

Tabell 1 Illustrasjon av arealalternativenes ivaretagelse av behov

Behovsalternativ	Arealalternativ			
	1	2	3	4
A	X	X	X	X
B	X	X	X	X
C	0	0	X	X
D	0	0	0	X
E	0	0	0	X

Som det fremgår av tabellen vil alternativ 1 og 2 kun ivareta en overføring av virksomheten fra Aker og mindre tiltak for å ivareta udekkede behov for støttearealer og tilrettelegging for bedre driftsløsninger. Alternativ 3 vil også kunne ivareta effektivisering av driften og behandlingsprosessene. Ingen av disse alternativene vil ha tilpasningsmulighet for å ivareta en fremtidig behovsøkning, verken for overføring av akuttfunksjoner fra Diakonhjemmet, indremedisinske pasienter fra Sagene bydel eller fremtidig befolkningsutvikling.

For å anskueliggjøre alternativenes tilfredsstillelse av de øvrige kriteriene, er det i tabellen nedenfor angitt et tall 0, 1 eller 2.

- 0 - Alternativet oppfyller ikke kriteriet
- 1 - Alternativet oppfyller kriteriet delvis
- 2 - Alternativet oppfyller kriteriet

Tallene gir ikke et dekkende bilde av alternativenes "kvalitet" slik dette er beskrevet i avsnittene 4.4.2 til 4.4.6 ovenfor, men er kun ment å indikere deres styrker og svakheter i forhold til hverandre.

Tabell 2 Sammenstilling av vurdering av arealalternativene

Kriterier	Alt 1	Alt 2	Alt 3	Alt 4
Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet	1	1	1	2
Driftseffektivitet	1	1	1	2
Tilpasningsmulighet/varighet	0	0	1	2
Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling	0	0	1	2
Konsekvenser for annen virksomhet	0	1	2	2

I tillegg til ovenstående kriterier bemerkes det at alternativ 4 gir de beste mulighetene for et godt arbeidsmiljø og ivaretagelse av øvrige HMS-aspekter. For alle de andre alternativene vil det være mer utfordrende å ivareta dette. Særlig gjelder dette alternativ 1, da plassforholdene i oppvåknings- og intensivhetene blir dårlige.

4.4.8 Gjennomføringstid og risiko for forsinkelse

Anslått gjennomføringstid for hvert av arealalternativene er vist nedenfor. Anslagene er beheftet med usikkerhet. Særlig er usikkerheten stor for de alternativene som omfatter store ombygginger i eksisterende bygningsmasse. Med de manglene som finnes i infrastrukturen i de berørte bygningene er risikoen stor for at ombyggingen kan bli mer omfattende enn antatt.

Andre årsaker til risiko for forsinkelser er hensynet til eksisterende drift i avdelinger som berøres av ombygginger. Manglende tilslutning i brukergruppen vil også kunne medføre forsinkelser.

I tidsangivelsene nedenfor er det kun angitt antatt varighet på aktiviteter på tidskritisk linje, og som derved bestemmer den totale gjennomføringstiden. Øvrige aktiviteter vil kunne gjennomføres innenfor de angitte tidsperiodene.

Alternativ 1

Byggearbeidene for alternativ 1 starter med etablering av erstatningsarealer for neurologisk sengepost. Deretter ombygges de fraflyttede lokalene til intensivavdeling. Så snart denne er ferdig, flyttes intensivsengene fra Bygning 4 til Bygning 7. Frigjorte intensivlokaler i Bygning 4 omdisponeres til oppvåkning og de fraflyttede oppvåkningsarealene kan deretter ombygges til nye operasjonsstuer.

Alternativ 1 har følgende anslått gjennomføringstid, basert på tidskritiske aktiviteter:

- Planlegging/ kontrahering/ mobilisering 9 mnd
- Etablering av erstatningsarealer for neurologisk sengepost 12 mnd
- Ombygging av 3. etasje Bygning 7 til intensivavdeling 12 mnd
- Omdisponering av dagens intensiv til oppvåkning 3 mnd
- Ombygging av 2. etasje Bygning 4 6 mnd
- Total gjennomføringstid **39 mnd**

Alternativ 2

Arbeidene med alternativ 2 starter parallelt to steder: utvidelse av Bygning 8 til operasjon/ oppvåkning og nybygg for kiosk/ kantine i tilknytning til Bygning 4. Så snart nybygg for kiosk/ kantine er ferdigstilt kan frigjorte arealer ombygges til utvidet akuttinntak. Etter ferdigstillelse av utvidelse Bygning 8, kan intensivsengene som ligger i 3. etasje Bygning

7 flyttes midlertidig over i den nybygde oppvåkningen, og 3. etasje i Bygning 7 bygges om til utvidet intensivkapasitet.

Alternativ 2 har følgende anslått gjennomføringstid, basert på tidskritiske aktiviteter:

• Planlegging/ kontrahering/ mobilisering	9 mnd
• Bygging av tilbygg Bygning 8	15 mnd
• Ombygging av 3. etasje Bygning 7 til Intensiv	<u>8 mnd</u>
• Total gjennomføringstid	32 mnd

Alternativ 3

Arbeidene med alternativ 3 starter med bygging av tilbygg til Bygning 4. Så snart tilbygget er ferdig kan operasjonsstuer i Bygning 4 flyttes over i nybygget og frigjort areal ombygges til ny sengehall. Etter overflytting av sengehallen kan fraflyttet areal ombygges til utvidet oppvåkning og kontor/personalrom for intensiv. Etter ferdigstillelse av disse arbeidene kan fraflyttet areal i intensiv ombygges til utvidet intensiv. Etter dette kan intensivsenger som ligger i 3. etasje Bygning 7 flyttes midlertidig over i ombygde og utvidede arealer i oppvåkning/intensiv, og 3. etasje Bygning 7 bygges om til utvidet intensivkapasitet.

Alternativ 3 har følgende anslått gjennomføringstid, basert på tidskritiske aktiviteter:

• Planlegging/ kontrahering/ mobilisering	6 mnd
• Bygging av tilbygg til Bygning 4	18 mnd
• Ombygging av 2. etasje Bygning 4 til ny sengehall	6 mnd
• Ombygging av tidligere sengehall til oppvåkning/ kontorer	6 mnd
• Ombygging av 2. etasje Bygning 4 for intensivavdelingen	3 mnd
• Ombygging av 3. etasje Bygning 7 for intensivavdelingen	<u>8 mnd</u>
• Total gjennomføringstid	47 mnd

Alternativ 4

Arbeidene med alternativ 4 starter med bygging av tilbygg til Bygning 4. Så snart tilbygget er ferdig kan arealene i eksisterende akuttmottak i 1. etasje Bygning 4 ombygges. Parallelt med dette omdisponeres arealene for intensiv og oppvåkning i 2. etasje Bygning 4.

Alternativ 4 har følgende anslått gjennomføringstid, basert på tidskritiske aktiviteter:

• Planlegging/ kontrahering/ mobilisering	6 mnd
• Bygging av tilbygg til Bygning 4	18 mnd
• Ombygging av 1. etasje Bygning 4 for bedre logistikk i mottak	<u>6 mnd</u>
• Total gjennomføringstid	30 mnd

Usikkerhet i gjennomføringstid

Risikoen for forsinkelse anses som stor ved større ombygginger av den gamle bygningsmassen i Bygning 7. Alle tidsmessige konsekvenser som dette kan få er det ikke mulig å anslå i nåværende fase av planleggingen, og ovenstående tidsangivelser kan derfor være for optimistiske. Dette gjelder spesielt alternativ 1, men også alternativ 2 og 3. For alternativ 4 er risikoen for forsinkelse mindre, siden ombyggingen omfatter mindre teknisk krevende arealer i Bygning 4.

Det presiseres at også tidsplanen for alternativ 4 er svært stram. Det er ikke lagt inn noen sikkerhetsmargin i planen. Forutsetningen for å kunne gjennomføre delprosjektet innen den angitte perioden er at godkjenning av prosjektet blir gitt i tide for å kunne igangsette detaljprosjektering og bygging i henhold til foreliggende tidsplan. Jf. vedlegg.

4.4.9 Investeringsbehov og risiko for kostnadsoverskridelse

Byggekostnader

Som grunnlag for anslåtte investeringskostnader er det benyttet følgende enhetspriser inkludert MVA:

- Nybygg: 41.000 kr/m²
- Ombygging 1. etasje Bygning 4: 26.000 kr/m² (Lettere funksjoner)
- Ombygging 2. etasje Bygning 4: 33.000 kr/m² (Operasjon/intensiv)
- Ombygging Bygning 7: 45.000 kr/m²

Kostnadene er "prosjektkostnad", og kostnadene for utstyr som ikke er byggetstyr kommer i tillegg. Kostnadene inneholder ikke påslag for usikkerhet.

Kostnadene for ombygging i 1. etasje Bygning 4 er basert på erfaringstall fra tilsvarende prosjekter, og er ca 2/3 av nybyggpris.

Kostnadene for ombygging i 2. etasje Bygning 4 er basert på erfaringstall fra tilsvarende prosjekter, og er ca 3/4 av nybyggpris. Differansen mellom 1. etasje og 2. etasje Bygning 4 skyldes primært at 2. etasje har funksjoner med svært høye krav til tekniske anlegg.

Kostnadene for ombygging i Bygning 7 er satt høyere enn nybyggpris, da ombygginger i denne bygningen forutsetter omfattende investeringer i teknisk infrastruktur både i ombygde og tilstøtende arealer.

Nedenstående kostnadsanslag er beheftet med usikkerhet. Særlig er usikkerheten stor for alternativ 1 og 2, som omfatter store ombygginger i gammel bygningsmasse. Risikoen for kostnadsoverskridelse anses som høy, da ombygginger i Bygning 7 medfører en stor usikkerhet mht. kapasitet og tilstand på teknisk infrastruktur, samt mulighet for fremføring og plassering av nye tekniske anlegg.

Alternativ 1

Alternativ 1 innebærer følgende prosjektkostnad:

- Ombygging 1.etasje Bygning 7: 845 m² x 45.000 kr/m² = kr 38.025.000
- Ombygging 2.etasje Bygning 7: 2 operasjonsstuer = kr 10.000.000
- Ombygging 3.etasje Bygning 7: 1.550 m² x 45.000 kr/m² = kr 69.750.000
- Ombygging 2.etasje Bygning 4: 1.084 m² x 33.000 kr/m² = kr 35.772.000
- Nye hovedfremføringer/infrastruktur = kr 30.000.000
- Sum prosjektkostnad eks. utstyr **kr 183.547.000**

Ut over dette kommer kostnader for erstatningsarealer for nevrologisk sengepost i 3. etasje Bygning 7.

Alternativ 2

Alternativ 2 innebærer følgende prosjektkostnad:

- Tilbygg Bygning 8: 1200 m² x 41.000 kr/m² = kr 49.200.000
- Tilbygg Bygning 4: 335 m² x 41.000 kr/m² = kr 13.735.000
- Ombygging 1.etasje Bygning 4: 1.100 m² x 33.000 kr/m² = kr 36.300.000
- Ombygging 2.etasje Bygning 4: 1 operasjonsstue = kr 5.000.000
- Ombygging 3.etasje Bygning 7: 825 m² x 45.000 kr/m² = kr 37.125.000
- Nye hovedfremføringer/infrastruktur = kr 30.000.000
- Sum prosjektkostnad eks. utstyr **kr 171.360.000**

Alternativ 3

Alternativ 3 innebærer følgende prosjektkostnad:

- Tilbygg til Bygning 4 2 et + kjeller: 2.859 m² x 41.000 kr/m² = kr 117.219.000
- Ombygging kjeller Bygning 4: 180 m² x 26.000 kr/m² = kr 4.680.000
- Ombygging 1.etasje Bygning 4: 678 m² x 26.000 kr/m² = kr 17.620.000
- Ombygging 2.etasje Bygning 4: 761 m² x 33.000 kr/m² = kr 25.113.000
- Ombygging 3.etasje Bygning 7: 400 m² x 45.000 kr/m² = kr 18.000.000
- Ombygging 2.etasje Bygning 7: 2 operasjonsstuer = kr 10.000.000
- Ombygging broforbindelse/heis = kr 3.000.000
- Nye hovedfremføringer/ infrastruktur = kr 15.000.000
- Sum prosjektkostnad eks. utstyr **kr 210.632.000**

Ut over dette kommer eventuelle kostnader for erstatningsarealer for kontorer til anestesilegene som i dag er lokalisert i en kontorbrakke på tomte der nybygget er planlagt.

Alternativ 4

Alternativ 4 innebærer følgende prosjektkostnad:

• Tilbygg til Bygning 4 3 etg + kjeller: 3.669 m ² x 41.000 kr/m ² =	kr 150.429.000
• Ombygging kjeller Bygning 4: 180 m ² x 26.000 kr/m ² =	kr 4.680.000
• Ombygging 1.etasje Bygning 4: 678 m ² x 26.000 kr/m ² =	kr 17.620.000
• Ombygging 2.etasje Bygning 4: 90 m ² x 26.000 kr/m ² =	kr 2.340.000
• Ombygging broforbindelse/heis:	= kr 3.000.000
• Nye hovedfremføringer/ infrastruktur	= <u>kr 15.000.000</u>
• Sum prosjektkostnad eks. utstyr	kr 193.069.000

Ut over dette kommer kostnader for erstatningsarealer for nevrologisk sengepost i 3. etasje Bygning 7.

Utstyrskostnader

Det er foretatt en vurdering av utstyrsbehovet ved etablering av den beskrevne tilleggs-kapasiteten ved Ullevål. For arealalternativene 3 og 4 er det anslått en anskaffelses-kostnad for utstyr på 110 mill. kroner inkludert MVA. For alternativ 1 og 2 er utstyrs-kostnadene anslått å være ca. 20 mill. kroner lavere. Dette skyldes at det da ikke vil være mulig å innplassere arealer for traumeoperasjon/angiolog, CT og enkelte andre funksjoner.

Det forventes at noe utstyr kan overføres fra Aker, men omfanget av dette er ikke ferdig vurdert. Reduserte kostnader pga. gjenbruk er ikke reflektert i anslagene, og er foreløpig antatt å kunne kompensere for noe av usikkerheten i anslagene. Verdien av gjenbruk anses å ikke ha nevneverdig effekt på sammenligning av alternativene og vil først ha betydning i neste fase når forslag til kostnadsramme skal utredes.

Usikkerhet i kostnadsanslagene

Det er gjort en vurdering av usikkerheten i anslagene for investeringsbehov. Det er ikke gjennomført en systematisk usikkerhetsanalyse i denne fasen av planleggingen. Dette vil måtte gjøres i forbindelse med fastsettelse av endelig kostnadsramme på grunnlag av forprosjektering.

Risikoen for uforutsette kostnader anses som stor ved større ombygginger, særlig av den gamle bygningsmassen i Bygning 7. (Jf. beskrivelsen av bygningsmassens tekniske tilstand i avsnitt 1.3.1.) Det vil bli påkrevet med ny infrastruktur i ombygde arealer. Særlig gjelder dette innen elektro og ventilasjon. Dette berører spesielt alternativ 1, som omfatter store ombygginger i Bygning 7, men også i betydelig grad alternativ 2 og 3. Risikoen for kostnadsoverskridelser er totalt sett vesentlig mindre i alternativ 4 enn i øvrige alternativer, da hovedtyngden av arealbehovet løses ved nybygg. Ombyggingsarbeidene i dette alternativet omfatter lettere sykehusfunksjoner med mindre risiko for følge-kostnader på teknisk infrastruktur. Løsningen har tilslutning fra brukergruppen, noe som også reduserer usikkerheten.

For å illustrere usikkerheten i kostnadsanslagene er det i tabellen nedenfor vist et intervall i byggekostnader, der det er lagt til 10 - 20 % på ovenstående kostnadsanslag avhengig av hvor stor usikkerheten er vurdert å være.

For utstyr er det som nevnt ovenfor vurdert at muligheten for gjenbruk av utstyr representerer en viss kompensasjon for usikkerhet i anslagene. Det er derfor nedenfor ikke angitt noe intervall for utstyrskostnadene. Forskjellen i utstyrskostnader mellom alternativene skyldes hovedsakelig at det i alternativ 1 og 2 ikke vil være arealer for å innplassere tilleggsutstyr for behandling av de mest kritisk syke og skadde. Jf. avsnitt 3.2.

I vurderingen av usikkerhet i kostnadsanslagene, kan det stilles spørsmål ved om de enhetsprisene som er lagt til grunn er for høyt anslått. Særlig gjelder det priser på ombyggingsarbeid. Det er av den grunn gjort en følsomhetsberegning med lavere enhets-

priser, ned mot erfaringstall fra de rimeligste ut- og ombyggingsprosjektene som er kjent. I denne beregningen er følgende enhetspriser lagt til grunn:

- Nybygg: 40.000 kr/m²
- Ombygging 1. etasje Bygning 4: 20.000 kr/m² (Lettere funksjoner)
- Ombygging 2. etasje Bygning 4: 30.000 kr/m² (Operasjon/intensiv)
- Ombygging Bygning 7: 42.000 kr/m²

Dette gir følgende resultat for prosjektkostnad ekskl. utstyr:

- Alternativ 1 173 MNOK
- Alternativ 2 164 MNOK
- Alternativ 3 199 MNOK
- Alternativ 4 184 MNOK

Som det fremgår, gir ikke lavere enhetspriser vesentlige utslag i den relative kostnadsforskjellen mellom alternativene, og dette har således ikke nevneverdig betydning for valg av alternativ.

Sammenstilling av investeringsbehov

Tabellen nedenfor viser en sammenstilling av investeringsbehov. Tallene er avrundet.

Tabell 3 Sammenstilling av investeringsbehov

Alternativ	Bygg	Utstyr	Totalt
1	185 - 225	90	275 – 315
2	170 - 200	90	260 – 290
3	210 - 240	110	320 – 350
4	195 - 215	110	305 – 325

4.5 Samlet vurdering og anbefaling

Som det fremgår av sammenstillingen i avsnitt 4.4.7, er det kun arealalternativ 4 som tilfredsstillende alle utvelgelseskriteriene. De øvrige alternativene har til dels betydelige mangler med hensyn til å kunne gi en akseptabel løsning og fremtidsrettet driftssituasjon for akuttfunksjonene totalt sett. Alternativ 4 har også den korteste gjennomføringstiden og minst risiko for forsinkelse. Anslåtte investeringskostnader er derimot noe høyere ved dette alternativet enn ved det rimeligste alternativet. Usikkerheten i kostnadsanslagene er imidlertid stor på dette stadiet av planleggingen. De anslåtte forskjellene i kostnader må derfor ikke tillegges for stor betydning i sammenligningen. Differansen i investeringsbehov må også ses i relasjon til besparelsene i driftskostnader ved en kortest mulig gjennomføringstid. Besparelsen i driftskostnader skyldes både reduksjon i bemanning og bortfall av arealer ved Aker som krever teknisk drift.

Alternativ 2 har en anslått gjennomføringstid tilnærmet hva alternativ 4 har, og anslåtte kostnader er det laveste av alle alternativene. Det er derfor naturlig å gjøre en sammenligning mellom kun disse to alternativene. Siden alternativ 4 i all hovedsak ivaretar alle utvelgelseskriteriene, vil sammenligningen nødvendigvis fremstå som en opplisting av svakheter ved alternativ 2.

Kriterium/faktor	Alternativ 2	Alternativ 4
Ivaretagelse av behovsalternativene	Ivaretar ikke fremtidig økning i behov Ivaretar ikke behovet for å forbedre behandlingstilbudet i akutt-mottaket for de mest kritisk syke og skadde	Ivaretar til dels fremtidig økning i behov
Behandlingstilbud, kvalitet, pasientsikkerhet	Gir dårlig logistikk og manglende oversikt i akutt-mottaket	Gir god logistikk i akutt-mottaket Gir et klart skille i forløpet

	<p>Akuttmottaket vil mangle et klart skille i forløpet mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene</p> <p>Pasientene må transporteres i heis fra operasjonsstuen til oppvåkningen</p>	<p>mellom de mest kritisk syke/skadde pasientene og de mer avklarte pasientene</p> <p>Etableringen av et triage-område og venterom med felles personellbase vil øke pasientsikkerheten</p> <p>Oppvåkningen får 3 isolater, større areal pr seng og flere støtterom</p> <p>Intensivenheten får større areal pr seng og en reduksjon i antall senger pr rom</p>
Driftseffektivitet	<p>Akuttmottaket får en lite drifts-effektiv løsning på grunn av manglende oversikt og små romstørrelser</p> <p>Store avstander med manglende visuell kontakt vil medføre behov for økt bemanning</p> <p>Operasjonsstuene blir spredt i flere bygninger og etasjer</p> <p>Lite driftseffektiv løsning ved etablering av et eget oppvåkningsavsnitt tilknyttet de nye operasjonsstuene i tilbygget til Bygning 8</p> <p>Oppvåkningen blir liggende på et annet etasjeplan enn operasjonsstuene den betjener</p>	<p>Ambulansemottaket får et triage-område og venterom med felles personellbase</p> <p>Gode og fleksible operasjonsstuer i et samlet område</p> <p>Oppvåkning og intensiv får god kapasitet på senge-plasser, isolater og støtte-arealer</p>
Tilpasningsmulighet/varighet	<p>Tekniske anlegg og føringsveier i Bygning 4 vil få økt belastning og derved redusert tilpasningsmulighet/varighet</p>	<p>Et nybygg med separat teknisk forsyning gir en god teknisk og bygningsmessig tilpasningsmulighet</p> <p>Ved å fundamentere nybygget for mulig påbygging av en eller to etasjer oppnås en betydelig tilpasningsmulighet og sikkerhet for å kunne ivareta fremtidige endrede og/eller økte behov</p>
Påvirkning på eksisterende drift/pasientbehandling	<p>Store driftsforstyrrelser i byggetiden, særlig for avdelinger i Bygning 7</p> <p>Sykehusets hovedinngang vil i perioder være stengt på grunn av byggearbeider, og provisorisk inngang må etableres</p>	<p>Kun mindre driftsforstyrrelser i byggetiden</p> <p>Adkomsten fra helikopter-landingsplassen vil i en periode være stengt, og det må etableres et midlertidig ambulanse-mottak</p>
Konsekvenser for annen virksomhet	<p>Erstatningsbygg for kantine må etableres</p> <p>Kort avstand fra operasjonsstuer i Bygning 8 og planlagt sengepost for urologien i Bygning 9</p>	<p>Lite konsekvenser for annen virksomhet da byggearbeidene er konsentrert til et nybygg med egen teknisk forsyning</p>

Som det fremgår av ovenstående sammenligning har alternativ 2 vesentlige mangler mht. flere av kriteriene sammenlignet med alternativ 4. Alternativ 4 tilfredsstillende de fleste kriteriene på en god måte. Sammenligningen viser tydelig at alternativ 4 er det beste.

Selv om anslått gjennomføringstid og investeringsbehov ikke er vesentlig forskjellige, vurderes risikoen for forsinkelse og kostnadsøkning å være størst ved alternativ 2. Dette trekker også i favør av alternativ 4.

Det bør videre påpekes at en realisering av alternativ 4 hovedsakelig vil være en investering i ny bygningsmasse med lang levetid, mens alternativ 2 vil medføre ombygging av en gammel bygningsmasse med betydelig mer begrenset levetid. Alternativ 4 vil kunne være et steg i den langsiktige utviklingen av sykehuset, mens investeringer i en gammel bygningsmasse, som ventelig ikke vil inngå i den fremtidige utviklingen av sykehuset, må betraktes som uheldig sett i et investeringsperspektiv.

Basert på ovenstående betraktninger, anbefales det at arealalternativ 4 legges til grunn for videre planlegging i en konsept-/forprosjektfase.

5 Plan for gjennomføring av delprosjektet

I nedenstående beskrivelse og vedlagte tidsplan er det forutsatt at alternativ 4 velges for gjennomføring.

5.1 Gjennomføringsstrategi

Planleggingen i delprosjektet følger Helsedirektoratets veileder "Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter". Selv om veilederen primært er rettet mot bygging av nye sykehus, legges det opp til å følge de retningslinjene som er relevante. Neste fase i delprosjektets utvikling etter idéfasen er i henhold til veilederen en konseptfase. Detaljeringen av løsningsalternativene i denne idéfaseutredningen er mer omfattende og konkretisert enn hva veilederen krever, og siden det forligger et anbefalt løsningsalternativ, så er det naturlig å slå sammen konsept- og forprosjektfasen og utarbeide et forprosjekt som underlag for neste beslutningspunkt.

Prosjektledelsen anbefaler ut fra dette, og for å nå de tidsmål som er satt for prosjektet, at idéfasen straks videreføres i en forprosjektfase og at neste beslutningspunkt blir behandling av forprosjektrapport. I den vil inngå forslag til konkrete løsninger, forslag til kostnadsramme, hovedtidsplan, netto utstysbehov etter fradrag av gjenbruk osv.

I gjennomgangen av forslag til idéfaserapport for OUS sin ledelse har det fremkommet enkelte kommentarer. Disse vil bli tatt hensyn til i den videre planleggingen. Det vil også bli arbeidet videre med alle lov- og forskriftskrav samt øvrige kvalitetskrav som skal ivaretas, som for eksempel krav til hygiene, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet, universell utforming, energi osv. Forholdet til verne spørsmål blir også endelig avklart.

Delprosjektet blir internt i OUS organisert med en delprosjektleder som ansvarlig for gjennomføringen. I ledelsen av delprosjektet vil det også inngå innleide byggeledere med kompetanse innenfor bygg, elektro og VVS.

Selv om det i idéfasen har vært en omfattende brukermedvirkning, vil denne måtte videreføres i neste planleggingsfase for å detaljere romutforming og utstysbehov. Lederne av de respektive brukergruppene vil ha et nært samarbeid med delprosjektleder og sikre at valgte løsninger gis en forankring både i brukerenheter og klinikkledelse.

Medisinskteknisk virksomhetsområde (MTV) vil bistå delprosjektet med planlegging og anskaffelse av utstyr, herunder vurdering av gjenbruksverdier. Dedikerte personer i MTV vil delta i dette under delprosjektleders ledelse.

Alternativ 4 omfatter i hovedsak etablering av et nytt bygg og i begrenset grad ombygging av eksisterende, gammel bygningsmasse. Dette forenkler i betydelig grad grensesnittet mellom gammel og ny teknisk infrastruktur og behovet for oppgraderinger i eksisterende bygningsmasse. Delprosjektet vil uansett fortsette et tett samarbeid med driftsorganisasjonen for eiendom, både for å ivareta de tekniske grensesnittene som finnes, og

for å sikre at det i prosjekteringen gjøres løsningsvalg i tråd med helhetlige standarder ved sykehuset.

Delprosjektets omfang krever at delprosjektet må undergis en formell behandling både i OUS sitt styre og i Helse Sør-Øst. For å kunne realisere prosjektet innen den tiden som er angitt i avsnitt 4.4.8, må planleggingsfasene gjennomføres fortløpende og før formell godkjenning av leveransen fra foregående fase foreligger. Det må derfor gis aksept for å starte arbeidet med etterfølgende fase mens behandling av avsluttet fase pågår.

5.2 Kontraksstrategi

Å realisere delprosjektet på kortest mulig tid har vært en viktig føring i utforming av strategien for gjennomføringen. For byggearbeidene er det valgt en entreprisemodell med en totalentreprise for det samlede byggearbeidet.

Totalentreprenøren vil få tiltransportert den prosjekteringsgruppen som nå er engasjert av OUS. Dette gjøres for å sikre at viktige løsningsvalg som tas i en tidlig fase faktisk blir gjennomført og at man ikke taper tid ved skifte av prosjekteringsmiljø.

Det tas sikte på å etablere en "samspillmodell med åpen bok" for å skape en arena der byggherre, prosjekteringsgruppe og entreprenør i fellesskap drøfter løsningsvalg. Dette er en arbeidsform som bør sikre kontroll med at det etableres gode driftsmessige løsninger innenfor en fastlagt kostnadsramme og til avtalt tid.

Vedlegg: Overordnet tidsplan for gjennomføring av anbefalt alternativ

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Rapport fra Helse Sør-Øst RHF "Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF – Evaluering og videreutvikling – Rapport basert på prosjektgruppens møter – Våren 2011" (Utrykt vedlegg)
2. Uttalelse fra Oslo universitetssykehus HF (til overnevnte rapport) – Ettersendes elektronisk

**SAK 25/2011: BESLUTNINGSSAK
 INNTEKTSMODELL FOR HELSE
 SØR-ØST RHF**

Forslag til vedtak:

Styret ser med bekymring på de negative konsekvensene de foreslåtte endringene i inntektsfordelingen mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst RHF vil kunne få for Oslo universitetssykehus HF både på kort og på lengre sikt og gir sin tilslutning til den fremlagte høringsuttalelsen om inntektsmodell som ble sendt Helse Sør-Øst RHF 28. mars.

Styret henviser til sak 30 økonomi- og aktivitetsrapport for februar samt de redegjørelser om det samlede økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus HF i de nærmeste årene som er gitt i dette og tidligere styremøter. Med utgangspunkt i dette samt forslag til ny inntektsmodell vil styret anmode om et snarlig møte med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF i forkant av styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 14. april. Styret ber administrerende direktør følge opp dette.

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Helse Sør-Øst RHF vedtok ny inntektsmodell for sykehusområdene i regionen i 2009 og 2010. Helse Sør-Øst RHF har arbeidet videre med denne inntektsmodellen de siste månedene. En rapport fra dette arbeidet som inneholder nye oppdaterte beregninger for deler av denne inntektsmodellen er sendt ut fra Helse Sør-Øst RHF til uttalelse. Rapporten som er utarbeidet av prosjektleder forslår omfattende endringer i inntektsfordelingen i regionen og danner grunnlag for sak til styret i Helse Sør-Øst 14. april.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

Det ble i styremøte 23. juni 2010 i Oslo universitetssykehus HF (styresak 86/210) redegjort om innføring av en ny kriteriebasert inntektsmodell. Styret tok saken til orientering.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør er svært bekymret for konsekvensene av de store endringene i inntektsfordelingen i Helse Sør-Øst RHF som i prosjektrapporten fra professor Terje Hagen anbefales på alle virksomhetsområder.

Administrerende direktør konstaterer at det er nedlagt et omfattende arbeid fra Oslo universitetssykehus HF for å bidra inn i det prosjektorganiserte arbeidet i Helse Sør-Øst RHF med representasjon av ledere på høyt nivå uten at man har lykkes med å skape tilstrekkelig forståelse for de særskilte forhold som er spesielt viktige for foretaket og for Oslo sykehusområde. Det ble ikke gitt anledning for disse til å gi skriftlige kommentarer til prosjektleders rapport, og foretakets kommentarer og vurderinger vil derfor bli tydeliggjort i egen høringsuttalelse. Administrerende direktør baserer sine vurderinger på fremlagt rapport fra prosjektleder, det kan bli gjort justeringer bl.a. i implementeringstidspunkt før saken fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Oslo sykehusområde (som for det meste utgjøres av Oslo universitetssykehus HF) vil få en betydelig svekket økonomi i årene framover dersom rapportens forslag innføres. Dersom implementering skjer allerede fra 2012 som foreslått vil dette i tillegg falle sammen med den mest krevende fasen av omstillingene i Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus HF forventer å bli kompensert for prognostisert befolkningsutvikling, dette vil bidra til å dempe nedtrekket i en overgangsfase, men vil ikke endre realnedgangen.

Slik administrerende direktør ser det foreligger det ingen konsekvensvurdering av hvordan det fremlagte forslaget, dersom det blir vedtatt, vil påvirke tilbudet både for Oslo sykehusområde og for det land/regiontilbud som gis av Oslo universitetssykehus HF på både kort og noe lenger sikt. Det er heller ikke vurdert hvordan dette vil påvirke den mulighet Oslo universitetssykehus har til å gjennomføre oppdraget knyttet til styrevedtak 108/2008 og til å reetablere en bærekraftig økonomi i etterkant av dette. Erfaringsmessig påløper betydelige

pukkelkostnader i gjennomføringsperioden av store omstillinger som denne fusjonsprosessen er, og dette faller sammen i tid med foreslått implementering av modellen.

En varig svekket økonomisk bærekraft for foretaket vil påvirke muligheten til å understøtte den store forsknings- og undervisningsvirksomheten ved foretaket. Mens forskningsaktiviteten er håndtert i modellen i henhold til forskningsproduksjon, er det imidlertid ikke gitt særskilt kompensasjon for universitetsrettet utdanningsvirksomhet (spesielt medisinerutdanning). Dette var tidligere et eget tilskudd til universitetssykehusene som ble lagt inn i rammene til universitetssykehusene i 2006. Slik utdanningskomponenten i inntektsmodellen er foreslått, gis det bare kompensasjon for skjevfordeling av LIS kandidater og turnuskandidater, og derved ikke for hovedgrenseflaten for universitetssykehuset mot Universitetet i Oslo vedrørende utdanning.

Administrerende direktør viser til de innspill som ble gitt av Oslo universitetssykehus HF ved behandlingen i 2010 og er skuffet over at en i arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell hittil ikke har prioritert å arbeide videre med finansiering av spesialisert somatikk og enkelte andre områder som prehospitale tjenester, som er av stor betydning for Oslo universitetssykehus HF.

Det store nedtrekket som er foreslått for psykisk helsevern i Oslo sykehusområde vil bli svært krevende å håndtere dersom forslaget blir vedtatt, særlig ettersom opptrappingsplanen nå er fullført. Oslo universitetssykehus mener dette ikke er godt nok utredet, og vil i sin høringsuttalelse anbefale at både psykisk helsevern og rus (TSB) utsettes mht gjennomføring og at dette utredes videre.

Administrerende direktør tilrår at styret gir sin tilslutning til den foreliggende uttalelsen (ettersendes) som vil bli sendt til Helse Sør-Øst RHF på grunnlag av omtalen i denne styresaken. Administrerende direktør mener denne saken kombinert med det krevende økonomiske utfordringsbildet i 2011 og årene fremover er av så stor betydning for Oslo universitetssykehus HF at det anbefales å be om et møte mellom representanter for styret i Oslo universitetssykehus HF og representanter for ledelsen (og evt styret) i Helse Sør-Øst RHF i forkant av Helse Sør-Øst RHF sitt styremøte 14. april. Nærmere redegjørelse vil bli gitt i styremøtet.

4. Faktabeskrivelse

4.1 Ny inntektsfordelingsmodell i Helse Sør-Øst RHF - Historikk

Helse Sør-Øst RHF har etter etableringen i 2007 hatt som mål å lage en ny modell (nye prinsipper og regneregler) for fordeling av inntekter mellom helseforetakene (senere sykehusområdene) i regionen.

Arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell ble foreløpig sluttført og styrebehandlet i 2010 (styresak 041/2010 i styremøte 9. juni i Helse Sør-Øst RHF). Det ble da besluttet:

1. Målet med utvikling av kriteriebaserte 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. Håndtering av kostnader knyttet til tidsbegrensede omstillingsprosesser må skje utenfor den kriteriebaserte inntektsmodellen.
3. Styret slutter seg til forslaget om ny kriteriebasert modell for inntektsfordeling for psykisk helsevern.
 - a. Den økonomiske omfordelingen knyttet til ny modell for inntektsfordeling innen psykisk helsevern gjennomføres med 10 prosent i 2011. Det gjøres en fornyet vurdering av hvor mye av den resterende økonomiske omfordelingen som skal skje i de etterfølgende år i tilknytning til den ordinære budsjettbehandlingen og når alle omfordelingskonsekvenser er kjent.
 - b. Det skal gjennomføres en ytterligere vurdering av størrelsen på enkelte elementer i modellen for inntektsfordeling innen psykisk helsevern. Det må også foretas en oppdatering av relevante data gjennom innfasningsperioden.
4. Styret slutter seg til de anbefalte tilleggene og endringene i modellen for somatisk virksomhet.
5. De økonomiske virkningene av de nye elementene i modellen for somatisk virksomhet, innføres i takt med inntektsmodellen for øvrig, dvs. slik at om lag halvparten av virkningene hensyntas i inntektsfordeling for 2011.
6. Styret slutter seg til at det arbeides med å konkretisere en modell for fordeling av kapitalinntekter frem mot 1. oktober. Resultatene av arbeidet presenteres for styret 4. november 2010.
7. Styret slutter seg til anbefalingen om ikke å innføre en inntektsmodell for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) fra 2011. Styret ber administrerende direktør fortsette arbeidet med en inntektsmodell for tjenesteområdet og legge dette frem for styret i april 2011.
8. Styret ber administrerende direktør igangsette et arbeid for å inkludere alle deler av somatikken, inkludert private tjenesteytere, i den kriteriebaserte inntektsmodellen, og presentere dette for styret i april 2011.

I slutten av 2010 ble arbeidet med inntektsmodell tatt opp igjen i Helse Sør-Øst RHF. Følgende temaer ble satt på dagsorden: Psykisk helsevern, rusbehandling, spesialisert somatikk, ekstra inntekter til pensjon, kapitalinntekter og prehospitale tjenester.

Arbeidet med inntektsmodell ble organisert med en prosjektgruppe og undergrupper på spesifikke områder. Arbeidet er ledet av professor Terje P Hagen med bistand fra økonomienheten i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektgruppen bestod av medlemmer fra helseforetakene, hvorav 3 fra Oslo universitetssykehus HF. Prosjektgruppen har hatt 3 møter, det siste ble avholdt fredag 18. mars. De to foregående møtene ble avlyst pga manglende saksforberedelse. Etter behandling i enkelte av undergruppene er det laget en rapport fra prosjektleder som er sendt på høring til helseforetakene. Prosjektgruppen ble ikke invitert til å formulere sine vurderinger til prosjektrapporten skriftlig.

Rapporten ble sendt til helseforetakene mandag 21. mars med frist til uttalelse innen mandag 28. mars. Helse Sør-Øst RHF er informert om at Oslo universitetssykehus HF vil styrebehandle sin uttalelse. En foreløpig uttalelse vil bli sendt over 28. mars og ettersendt til styret.

4.2 Prosjektgruppens rapport

Forslagene fra prosjektgruppen vil ha omfattende konsekvenser for inntektene for Oslo sykehusområde (omfatter Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS). Tabellen nedenfor gir en oppsummering av konsekvensene. Tabellen viser at samlet effekt vil være et inntektsbortfall for Oslo sykehusområde på 545 mill kroner når modellen er gjennomført i sin helhet. Innføring som foreslått vil øke inntektene til andre sykehusområder, først og fremst mot Innlandet HF og mot Sørlandet sykehus HF.

Modell	Økonomisk konsekvens av innføring av ny inntektsmodell i Oslo Sykehusområde*		
	Beregninger som ble lagt til grunn for budsjett 2011	Prosjektrapport HSØ inntektsmodell per 21. mars 2011	Differanse mellom allerede innført i budsjett 2011 og prosjektrapport 21. mars**
Somatikk***	-175	-200	-110
Psykisk helsevern	-93	-166	-156
TSB	0	-44	-44
Kapital	0	-135	-110
SUM	-268	-545	-420

* inkluderer Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus

** ytterligere økonomisk konsekvens fra 2012 og ut innfasingsperioden

*** endring i effekten av innføring i 2011 budsjettet og ny beregning per 21. mars 2011 er høyere enn det som fremgår i tabellen. Det skyldes at opptaksområde Follo og Alna lå inne i tallene fra 2011 budsjettet.

Det kan ikke gis en presis forklaring på disse endringene. Inntektsfordelingen før 2010 var basert på prinsippene for inntektsfordeling i tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, og fordelingen i disse helseregionene var ikke basert på helhetlige og transparente prinsipper. Det er således den samlede helheten av forslagene som gir de utslagene som er gjengitt ovenfor.

4.3 Momenter til uttalelse fra Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF arbeider med en uttalelse til rapporten som vil bli sendt over til Helse Sør-Øst RHF mandag 28. mars. Da denne styresaken ble sluttført var ikke uttalelsen ferdig. Nedenfor gjengis de momentene som en foreløpig vurderer å inkludere i uttalelsen:

- Manglende konsekvensvurdering: Det er ingen konsekvensvurderinger i rapporten. Det er uklart om det forutsettes at de samme tjenestene skal leveres til tilsvarende lavere kostnader eller om tjenestetilbudet skal reduseres. Det er ingen vurdering av innføring av så store endringer når Oslo universitetssykehus HF er involvert i omfattende omstillinger.
- Abonnementsordning for lands- og regionfunksjoner innen somatikk (spesialiserte somatikk)
 - Rapporten tar ikke opp endringer i finansieringen av spesialisert somatikk, men Helse Sør-Øst RHF varsler at de vil arbeide videre med dette. Spesialiserte somatikk er i den foreliggende inntektsfordelingsmodellen finansiert med en abonnementsordning. Abonnements-ordningen er basert på en estimert mengde pasienter og en estimert pris på 120% per DRG – poeng (80% gjestepasientoppgjør og 40% forventede merkostnader for lands og regionsfunksjoner). Estimatenes både for pris og mengde er beheftet med stor grad av usikkerhet. Beregninger utført ved Rikshospitalet for årene 2006-2009 viser et kostnadsnivå for spesialiserte somatikk på mellom 126% og 131% per DRG - poeng. Spesialisert somatikk utgjør snart opp mot to tredeler av den somatiske pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF. Dette gjør det nødvendig med en mer robust finansiering som i større grad er basert på de faktiske pasientkostnadene. I tillegg må finansieringen baseres på det faktiske pasientgrunlaget slik det blir registrert ved Oslo universitetssykehus. Det mest nærliggende finansieringsalternativet vil være å basere inntektene på beregnet kostnad per pasient (KPP). Oslo universitetssykehus HF vil foreslå at det utvikles en slik finansieringsmodell for spesialisert somatikk.
 - Dagens abonnementsordning er uklar, estimatbasert og dermed også intransparent. Dette gir også grunnlag for en uklar styringsdialog mot eier og redusert legitimitet i klinikkene. Finansieringsmodellen gir incentiver til å innrette aktiviteten mot lokal- og områdefunksjoner samtidig som sykehuset skal fungere som regionssykehus.
 - Oslo universitetssykehus har innhentet informasjon som viser at finansieringen i Helse Sør-Øst RHF skiller seg klart ut fra hva som ligger til grunn i andre land. I andre land er det større innslag av faktisk mengde og faktiske priser. Tildelingsmetoden varierer mellom landene fra ren aktivitetsbasert finansiering til full finansiering gjennom basis, men er kjennetegnet ved at grunnlaget for finansieringen er faktiske kostnader og faktisk aktivitet.
- Særskilte regionale oppgaver: Oslo universitetssykehus HF utfører en rekke regionale oppgaver som er utilstrekkelig finansiert gjennom DRG-systemet og de kriteriebaserte modellene. Oslo universitetssykehus HF er i ferd med å gjennomgå egen virksomhet for å identifisere og beregne kostnader knyttet til denne type funksjoner. I modellarbeidet må det holdes åpent for ny gjennomgang av områder og anslag for kostnader tilknyttet disse funksjonene, i tråd med at omfanget av oppgavene endres.
- Universitetsfunksjonene: Det er ingen særskilt finansiering av universitetssykehusfunksjonene utover forskning. En vil gå igjennom dette blant annet i forhold til hvordan de regionale helseforetakene er finansiert. Det ser ut til at tidligere tilskudd til utdanningskostnader er lagt inn i rammene til de regionale helseforetakene uten at det er videreført til Oslo universitetssykehus HF. Ved

etableringen av universitetssykehusstilskuddet over kap 732 post 78 i 2004 var tilskuddet tredelt og inneholdt også et beløp til utdanning, spesifisert i tillegg til beløp til forskning og til kompetansesentre. Beløpet til utdanning skulle ”kompensere for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske virksomheten”. Fra og med 2006 ble dette lagt inn i RHF-enes basisbevilgning, jf også St.prp nr 1 (2006-2007), hvor det i resultatrapport for 2006 heter: ”Som en oppfølging av Innst. S. nr. 82 (2003-2004) ble tilskuddet til praksisundervisning av medisinerstudenter fra 2006 lagt inn i de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Målsetningen var å etablere en mer likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høyskoler, samt en enhetlig finansiering av foretakenes oppgaver knyttet til grunn- videre- og etterutdanning av helsepersonell. ..”. Det sist identifiserbare beløpet til disse funksjonene fremgår av St.prp. nr 1 (2004-2005), hvor beløpet til Helse Øst utgjør 96,2 mill kroner og beløpet til Helse Sør utgjør 96,4 mill. kroner. I overkant av 200 millioner kroner (omfattet av årlig prisjustering) kan derved sies å ligge i Helse Sør-Øst RHF basisramme som kompensasjon for å motta medisinstudenter i den kliniske virksomheten (fordeling til det regionale helseforetaket kan ha blitt påvirket etter innføring av Magnussens utvalgets inntektsmodell). Ut fra beskrivelser i tidligere stortingsproposisjoner og meldinger må dette være å forstå som en betaling for utført tjeneste for utdanningsfunksjoner utført av universitetssykehusene, og ikke som et øremerket tilskudd som (igjen) skal benyttes til undervisningsformål. Det var således heller ikke knyttet rapporteringskrav til det tidligere regnskapet, verken faglig eller regnskapsmessig.

- Private tjenesteleverandører: Modellene avregner for egne innbyggers forbruk av private tjenesteleverandører. Innen radiologi- og laboratorietjenester slår dette særskilt kraftig ut for Oslo sykehusområde. Oslo universitetssykehus HF mener det er usikkert om det store volumet av private tjenester reduserer sykehusets oppgave i tilsvarende omfang.
- Psykisk helsevern og TSB - Storbyfaktor: Det er innarbeidet en faktor i behovsmodellene som baserer seg på kvadrering av folketallet. Denne faktoren fordeler 9,5% av finansieringen innen psykisk helsevern og 6,3% innen TSB. I all hovedsak går dette til fordeling til Oslo sykehusområde. Grunlaget for denne faktoren er beheftet med usikkerhet. Oslo universitetssykehus mener det er behov for å arbeide videre med denne problemstillingen for å øke forståelsen av hva som ligger i storbykriteriet og for dermed å kunne tallfeste det på en mer presis måte.
- Prehospitale tjenester: Modellen for prehospitale tjenester vil ikke være på plass før i 2013. Med dagens finansiering er denne tjenesten betydelig underfinansiert og utsatt for en langt raskere vekst enn det vi ser innenfor pasientbehandling. Dette har særlige konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF ettersom fordeling av ansvar for denne tjenesten ikke følger sykehusområdene.
- Prisnivå i Oslo: Modellene hensyntar ikke forskjeller i kostnadsnivå mellom sykehusområdene. Forskjeller må dermed løses enten med et høyere/lavere behandlingsnivå eller redusert/økt krav til effektiv drift. Det er grunn til å anta at kostnadsnivået for å drive virksomhet i Oslo er vesentlig høyere enn for de andre sykehusområdene. Det er behov for analyser som kan belyse i hvilken grad dette slår ut på kostnadsnivået i sykehusområdene.
- Innfasing: Oslo universitetssykehus HF mener det fremdeles er betydelig usikkerhet knyttet til vesentlige deler av inntektsmodellene. Helse Sør-Øst RHF står i tillegg midt i gjennomføring av betydelig omstilling i hovedstadsområdet.

Oslo universitetssykehus HF mener derfor omfordelingen mellom sykehusområdene bør utsettes inntil modellene er mer utviklet og de prioriterte omstillinger er klarlagt og finansiert.

- Fordeling av inntekt på tjenesteområder: Modellen regner ut inntekt på tjenesteområder (rus, psykisk helsevern, lokal- og områdesomatikk, spesialiserte funksjoner). Slik forslagene kan leses legges det opp til å tildele generelle rammer basert på ikke-transparente beregninger. Dette vil stille Oslo universitetssykehus HF overfor svært krevende prioriteringer som Helse Sør-Øst RHF indirekte har tatt stilling til ved sine modellvalg. Oslo universitetssykehus HF vil foretrekke en modell hvor fordeling på tjenesteområdene (rus-psykisk helsevern-lokal/område somatikk-land/regionsomatikk) blir synliggjort.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte:	31. mars 2011
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør for økonomi og finans
Vedlegg:	Oppsummering møte 08.03.2010 mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF

**SAK 26/2011: ORIENTERINGSSAK
 BUDSJETT 2012 OG ØKONOMISK
 LANGTIDSPLAN 2012-2015**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om arbeidet med budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 til orientering.

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Denne styresaken presenterer opplegget fra Helse Sør-Øst RHF om budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 og foreslår opplegg for involvering av styret i dette arbeidet.

Oslo universitetssykehus HF skal levere inn bidrag til økonomisk langtidsplan 12. mai. I forkant av dette skal Helse Sør-Øst RHF fatte beslutninger om ny inntektsmodell som vil være av avgjørende betydning for den økonomiske bærekraften til Oslo universitetssykehus HF.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus HF står som tidligere redegjort overfor svært store økonomiske utfordringer, både for 2011 og de påfølgende årene. Administrerende direktør har tidligere presentert foreløpige anslag for omstillingskostnadene (drift og investering), senest ved leveranse høsten 2010 til Helse Sør-Øst RHF økonomisk langtidsplan for 2011-2014. I etterkant av dette har nye vurderinger basert på oppdatert kunnskap vist at de samlede omstillingskostnadene vil bli betydelig høyere enn hva de foreløpige estimatene viste.

Administrerende direktør minner om den dialog som var mellom styret i Oslo universitetssykehus HF og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF i mars 2010 der det var enighet om at omstillingsprosessen og gjennomføring av styrevedtak 108/2008 må sees på som et flerårig prosjekt som må finne sin finansieringsløsning gjennom Helse Sør-Øst RHF langtidsbudsjett. Nå er overføring av aktivitet til andre sykehusområder gjennomført som forutsatt og det er helt nødvendig å etablere nødvendig forutsigbarhet og langsiktighet for finansiering av det omfattende omstillingsprogram som følger av dette samt resterende oppdrag fra eier knyttet til vedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør har som styret er informert om igangsatt et omfattende analysearbeid rettet inn mot prosessen med økonomisk langtidsplan for å sikre et best mulig og faktabasert grunnlag.

Administrerende direktør ser med bekymring på konsekvensene av den endrede inntektsfordelingen som er foreslått i Helse Sør-Øst RHF og mulighetene for Oslo universitetssykehus HF til å etablere en bærekraftig økonomi dersom forslagene blir vedtatt. Administrerende direktør viser til omtale og forslag til vedtak i styresak 25/2011. Administrerende direktør ønsker å involvere styret tungt i det videre arbeidet med foretakets leveranse til økonomisk langtidsplan da dette er av avgjørende betydning gitt den situasjon foretaket er i samlet sett.

3. Faktabeskrivelse

3.1 Opplegg fra Helse Sør-Øst RHF om budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015

Helse Sør-Øst RHF har varslet følgende timeplan for opplegget med budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 (ØLP):

Malverk for ØLP 2012-2015	RHF	18. mars
Foreløpige aktivitetsforutsetninger for 2012-2015	RHF	25. mars
Strategiske temanotater – innspill til foretakenes prosess	RHF	4.april
Styrebehandling nye inntektsmodellelementer	RHF	14.april
Inntektsrammeforutsetninger for ØLP 2012-2015	RHF	15.april
Økonomisk langtidsplan 2012-2012	HF	12. mai kl 12.00
Styrebehandling ØLP og foreløpige inntektsrammer 2012	RHF	16.juni
Samlet tilbakemelding helseforetakene	RHF	20.-24. juni
Utsendelse av foreløpige inntektsrammer 2012	RHF	Ultimo juni

Helse Sør-Øst RHF har gitt følgende beskrivelse av opplegget:

ØLP utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategisk fokus og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser. Økonomisk langtidsplan videreutvikles basert på samme grunnlag som benyttet i 2010. Hensikten er at arbeidet skal vise utviklingen innenfor driftsmessige forhold i et 4-årig perspektiv, samt legge til rette for en helhetlig vurdering av foretakets økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv frem til 2025.

Med samlet tildeling av inntekter legger Helse Sør-Øst RHF rammene for den totale økonomiske aktiviteten i foretaket. En slik tildeling gjør at foretakene selv styrer hvor mye av ressursene som skal styres inn mot investeringer og drift. For å skaffe økt handlingsrom for investeringer og helsefaglige prioriteringer, utover dagens nivå, må det etableres resultatambisjoner i det enkelte foretak.

Når det gjelder større byggeprosjekter er det gitt følgende føringer fra Helse Sør-Øst RHF: Store byggeprosjekter skal innarbeides i tråd med omtale i sak 042-2010 Mål og budsjett 2010 og Økonomisk langtidsplan 2011-2014. Følgende langsiktige investeringer legges til grunn i perioden for økonomisk langtidsplan:

- *Prosjekt nytt Østfoldsykehus 2010-2016*
- *Samlokalisering Oslo 2010-2016*
- *Fase 2 ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand 2011-2012*
- *Samlokalisert Vestfold-klinikk 2010-2012.*

- *Det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken vurderes når foretaket har levert sine planer*
- *Øvrige større byggeprosjekter, som i Sykehuset Innlandet, må vurderes i senere planperioder.*
- *Byggeprosjekter i Telemark-Vestfold sykehusområde må vurderes etter at sykehusområdet har fullført sitt planleggingsarbeid i 2011*

Øvrige byggeprosjekter som krever regional finansiering skal ikke innarbeides i foretakenes budsjetter uten etter avtale med det regionale helseforetaket. Økonomiske konsekvenser av etablerte planer for vedlikehold og fornyelse av bygg og medisinsk teknisk utstyr (MTU) skal være innarbeidet i helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan. Som omtalt i sak 093-2009, skal foretakene selv finansiere mindre bygg, vedlikehold, MTU, IKT-investeringer som ikke kvalifiserer til regionale midler og øvrig investeringsbehov. Slike investeringer, som foretaket selv finansierer, skal innarbeides i budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015.

Det er stilt krav til at økonomisk langtidsplan behandles av foretaksstyrene, senest før 6. juni 2011. Styrebehandlingen skal omfatte både drifts- og investeringsbudsjettet, samt en samlet vurdering av foretakets bæreevne og likviditetssituasjon.

Opplegget for økonomisk langtidsplan har altså en tredelt horisont:

- budsjett 2012
- økonomisk planlegging for de nærmeste årene 2012-15 og
- planlegging fram mot 2025.

3.2 utfordringer for Oslo universitetssykehus HF i planperioden

Oslo universitetssykehus HF er stilt overfor et todelt oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i planperioden:

- Leverer helsetjenester, forskning mv i samsvar med tildelte oppgaver og ansvar. Hovedfunksjonen er å være regionsykehus for Helse Sør-Øst RHF og ivareta områdefunksjoner og enkelte lokalsykehusfunksjoner i Oslo sykehusområde. Videre er Oslo universitetssykehus HF tildelt enkelte spesifiserte landsfunksjoner.
- Utvikle helseforetaket i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Det todelte oppdraget stiller foretaket overfor ulike økonomiske utfordringer:

- Gjennomføre tildelte oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning mv, herunder å sikre tilstrekkelig med gjeninvestering i medisinsk-teknisk utstyr og vedlikeholde eksisterende bygningsmasse, overholde HMS-krav.
- Foreta funksjonsendringer mellom lokalisasjoner, samling av funksjoner og gjennomføre investeringer for å fornye utstyr og bygningsmasse i samsvar med føringene i Helse Sør-Øst RHF styrevedtak 108-2008.

Det arbeides nå med å tallfeste bidraget til økonomisk langtidsplan og arbeidet med ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet er konsentrert rundt følgende temaer:

- Innspill vedrørende finansiering av Oslo universitetssykehus HF.

- Analyser av det økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus HF fram mot 2015, herunder driftstilpasning i klinikkene, behov for omstillingskostnader, IKT-utgifter mv.
- Status for medisinsk-teknisk utstyr, bygninger mv og behov for reinvesteringer.
- Nødvendige investeringer for å gjennomføre samlokalisering fram mot Dag 4 (avvikling av døgnvirksomhet på Aker sykehus).
- Arealplan og behov knyttet til større bygningmessige investeringer.

3.3 Timeplan for styret i Oslo universitetssykehus HF i arbeidet med økonomisk langtidsplan

Det legges til grunn følgende timeplan for styrets arbeid med innspill til økonomisk langtidsplan:

Styremøte	Innhold
31. mars	Diskusjon av innholdet i leveranse fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF
28. april	Presentasjon av tallanslag til innhold i leveranse fra Oslo universitetssykehus HF
26. mai	Presentasjon av innlevering fra Oslo universitetssykehus 12. mai.
23. juni	Gjennomgang av konsekvensene for Oslo universitetssykehus HF av vedtakene i styremøtet 16. juni i Helse Sør-Øst RHF om økonomisk langtidsplan og tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF.

Behandling og vedtak 28. april og 26. mai skal ivareta kravet fra Helse Sør-Øst RHF om styrebehandling innen 6. juni 2011.

Oppsummering fra møtet mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, 08.mars 2010 vedr Oppdrag og bestilling 2010.

Følgende deltok i møtet:

Fra Oslo universitetssykehus HF;
Styreleder Steinar Marthinsen og administrerende direktør Siri B Hatlen, styrets nestleder Göran Stiernstedt, styremedlemmene Anders Utne, Bjørn Wølsted Knutsen og Arnhild Haga.
Styresekretær Jørgen Jansen

Fra Helse Sør-Øst RHF deltok administrerende direktør Bente Mikkelsen, viseadministrerende direktør Atle Brynstad, viseadministrerende direktør Bård Lilleeng, direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande.

Styret i Oslo universitetssykehus HF har i tilknytning til behandling av sak 6/2010 Oppdrag og bestilling 2010 vedtatt å be om et møte med Helse Sør-Øst RHF for å legge fram utfordringsbilde, riskovurdering og konsekvenser knyttet til gjennomføringen av oppdraget.

Styreleder i Oslo universitetssykehus HF redegjorde for styrets behandling av saken og viste til tidligere møter med Helse Sør-Øst RHF om saken. Det ble understreket at styrets vurdering var at beslutningen om å etablere Oslo universitetssykehus var en riktig og viktig beslutning men at gjennomføringen var utfordrende og krevende og må oppfattes som et flerårig prosjekt. Administrerende direktør i Oslo universitetssykehus ga en presentasjon av situasjonen hvor det ble redegjort for utfordringer knyttet til driften i 2010 og det pågående omstillingsprosjektet i forbindelse med vedtakene i hovedstadsprosessen.

Etter dialog i møtet ble det enighet om følgende:

1. Helse- og omsorgsdepartementet har i protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 30. mai 2007 blant annet uttalt:

Det ble vist til hovedintensjonene bak sammenslåingen og behov og potensiale for langt bedre samordning og ressursutnyttelse i hovedstadsområdet spesielt og i den nye regionen generelt – til beste for pasientene. Dette gjelder blant annet i forhold til bedre samordning av fag- og forskningsmiljøer, bedre utnyttelse og koordinering av personell, sykehusarealer, kostbart medisinsk utstyr, IKT, støttefunksjoner, framtidige investeringer mv.

Videre uttalte foretaksmøtet også:

Det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst RHF sin framtidige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at Helse Sør-Øst RHF's resultatkrav nås, og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Foretaksmøtet forutsatte at styret sørger for betryggende styring og tett oppfølging av helseforetakenes økonomi. Eier er inneforstått med at dette vil kunne innebære betydelige omstillinger.

2. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak 108-2008 Hovedstadsprosessen som del av en større omstillingsprosess i Helse Sør-Øst etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst

i 2007. Styrets vedtak i denne saken sammen med styresakene 040, 049, 058 og 068 i 2007 og 038, 039, 050, 067 (nr 1-7), 108 og 109 i 2008, utgjør Helse Sør-Øst RHF's svar på oppdraget. Samtlige vedtak med saksfremlegg ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte 27.11.08, jfr helseforetakslovens § 30. Foretaksmøtet uttalte følgende:

Foretaksmøtet uttrykte at Helse Sør-Øst RHF, gjennom de foreliggende vedtak, har løst oppdraget på en god måte og i tråd med eiers forutsetninger.

3. Helse Sør-Øst RHF deler den overordnede situasjonsbeskrivelsen som ble gitt av Oslo universitetssykehus HF i møtet, inkl vurderingene av risiko og utfordringer i 2010 og i de etterfølgende årene.
4. Helse Sør-Øst RHF bekreftet de oppdrag og bestillinger som er gitt til Oslo universitetssykehus HF i foretaksmøter i 2009 og 2010 og understreket viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF fortsetter det flerårige prosjektet med omstilling i tråd med de føringer styret i Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt. Helse Sør-Øst RHF bekreftet også at utfordringer knyttet til likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus i 2010 skal håndteres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
5. 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 2011-2014 for Helse Sør-Øst.
6. Helse Sør-Øst RHF skal i eget møte med Helse- og omsorgsdepartementet orientere om status, utfordringer og risiko for gjennomføringene av omstillingene i hovedstadsområdet. Oslo universitetssykehus vil bli invitert til å delta i møtet sammen med Helse Sør-Øst RHF.
7. Helse Sør-Øst RHF vil gjennomgå den samlede organiseringen og oppfølgingen av omstillingsprogrammet og vurdere om det er behov for endringer i organiseringen av dette i lys av at dette må ansees som et prosjekt som vil løpe over flere år.
8. Oslo universitetssykehus vil i styremøte 24. mars 2010 ta stilling til hvordan den videre gjennomføring av arbeidet med å utvikle Oslo universitetssykehus i tråd med vedtakene i sak 108-2010 Hovedstadsprosessen skal gjennomføres.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: HR-direktør

Vedlegg: Tiltaksplan

**SAK 27/2011: BESLUTNINGSSAK
REVISJONSRAPPORT AV LØNNSOMRÅDET
MED HANDLINGSPLAN**

Forslag til vedtak:

Styret vil understreke viktigheten av god internkontroll og styring av lønnsprosessen.

Styret tar til etterretning at det arbeides målrettet med å styrke samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner slik at kvaliteten i alle lønnsprosessene økes.

Styret slutter seg til den skisserte tiltaksplanen og ber om å få fremlagt ny status innen utgangen av 2011.

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Konsernrevisjonen fikk høsten 2010 i oppdrag av Oslo Universitetssykehus HF å foreta en revisjon av lønnsområdet og Sykehuspartners tjenesteleveranser. Revisjonsrapport av lønnsområdet ble mottatt 3. februar 2011 fra Konsernrevisjonen, Helse Sør-Øst RHF.

Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene, pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler.

Revisjonen avdekket:

- 19 forhold hvor tilstanden ble vurdert å være tilfredsstillende
- 35 forhold hvor det var rom for forbedring og hvor tiltak bør vurderes
- 1 forhold hvor tiltak var nødvendig.

De identifiserte forholdene fordeler seg mellom interne forhold i Oslo universitetssykehus HF og samhandlingsrelasjonen med Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus HF følger opp revisjonen med to overordnede tiltak:

- Igangsetting av et internt prosjekt som skal granske lønnsprosessen for å etablere en mer effektiv og kvalitetssikker lønnsprosess som skal styrke intern styring og kontroll.
- Videreutvikle samarbeidet med Sykehuspartner med fokus på tydeliggjøring av ansvar og roller i allerede eksisterende samhandlingsarenaer og service level agreement (SLA/tjenesteavtale). På bakgrunn av de funn som er gjort er det utarbeidet en detaljert tiltaksplan for å håndtere de forhold hvor revisjonen påpekte et forbedringspotensial, samt det forhold hvor det var nødvendig med tiltak.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Rapporten beskriver lønnsprosessen som en lang verdikjede mellom to organisasjoner med en relativt nyetablert samarbeidsmodell. Oslo universitetssykehus HF er fremdeles i omstilling og Sykehuspartner fullførte sin vertikale integrasjon siste kvartal i 2010. Revisjonen påpekte en rekke områder og forhold som det er grunn til å forbedre og ett av forholdene var av en slik art at tiltak er nødvendig. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide videre med de områdene Konsernrevisjonen mener har forbedringspotensial. Avvikene som ble avdekket har dannet grunnlag for en detaljert tiltaksplan for forbedring av interne prosesser og videreutvikling av samarbeidet med Sykehuspartner.

I etterkant av lønnsrevisjonen, i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet for 2010, har det vist seg at Sykehuspartners oppfølging av eldre refusjonskrav fra NAV ikke har vært tilstrekkelig. Sykehuspartner har iverksatt tiltak for opprydding og forbedring av tjenesten som vil bli tett fulgt opp av Oslo universitetssykehus HF fremover.

3. Faktabeskrivelse

Bakgrunnen for dagens organisering av HR-området i Helse Sør-Øst RHF med Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør er at Helse- og omsorgsdepartementet har stilt klare krav til det regionale helseforetaket om at sammenslåingen (av Helse Sør og Helse Øst) skal resultere i både kvalitative og økonomiske gevinster gjennom en bedre utnyttelse av de samlede ressurser som bl.a. går til administrative støttefunksjoner. Plan for strategisk utvikling 2009-2020 i Helse Sør-Øst RHF er gjort gjeldende for Oslo universitetssykehus HF i foretaksprotokoll av 5. januar 2009. Det er bl.a. lagt opp til en sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT og stab- og støttefunksjoner. Hensikten med etablering av en felles tjenesteleverandør er å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjonene ved å samle, standardisere og effektivisere prosessene.

Etter etablering av Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør foregår lønnsprosessene både i Oslo universitetssykehus HF og hos Sykehuspartner ved Bluegarden.

Datafangsten for fast og variabel lønn er overført fra en sentral enhet ut til lederne. Lederne registrerer arbeidsforhold og faste lønnsdata i Personalportalen, og variabel lønn og ferie/fravær i tre ulike forsystemer/arbeidsplansystemer. Overføring av data fra forsystemene til PAGA (lønn- og personalsystem) er ikke fullstendig automatisert. Implementering av en felles GAT løsning (forsystem/arbeidsplansystem) for Oslo universitetssykehus HF er planlagt.

Revisjonen pågikk i perioden juni 2010 til november 2010. Den ble planlagt i dialog med ledere og nøkkelpersoner fra HR området. På bakgrunn av informasjon fra Oslo universitetssykehus HF ble områder med høy risiko valgt ut for revisjon. Revisjonen bygger på dokumentstudier, intervju med ledere/medarbeidere i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner, og gjennomgang av utvalgte prosesser. For å kartlegge den interne styringen og kontrollen i lønnsprosessen ble fire prosesser valgt ut for nærmere gjennomgang; fastlønn, variabel lønn, sykepengerefusjoner og rapportering/avstemming. Det ble foretatt en systematisk gjennomgang av et utvalg sentrale faktorer som er knyttet til hvert av elementene som inngår i et helhetlig opplegg for intern styring og kontroll. Med utgangspunkt i disse faktorene er det gjort en helhetlig vurdering av systemene og prosessene i lønnsprosessene i Oslo universitetssykehus HF og tjenesteleveransen fra Sykehuspartner i lønnsprosessene.

Følgende sentrale forhold i lønnsprosessene er undersøkt:

- Datafangst - undersøkelse av om registrering, behandling, kontroll og overføring av data gir rimelig sikkerhet for korrekt lønn og sykepengerefusjoner.
- Datamottak og produksjon - undersøkelse av om mottak, behandling, kontroll og tilbakeføring av lønnsdata for utbetaling gir rimelig sikkerhet for korrekt lønn og sykepengerefusjoner.

- Utbetaling - undersøkelse av om det er etablert tilstrekkelig kontroll i forkant av utbetaling av lønn og tilstrekkelig oppfølging i forhold til sykepengerefusjoner.

Faktisk tilstand ble vurdert opp mot kriterier basert på rammeverk for intern styring og kontroll. Observasjoner ble verifisert med avdelingsledere, HR klinikk og berørte stabsfunksjoner. Funnene fra gjennomgangen ble kommunisert til direktører ved Oslo universitetssykehus HF i desember 2010.

I gjennomgangen ble det gjort 55 observasjoner som fordelte slik:

- ▲ 19 forhold hvor tilstanden vurderes å være ok (markert grønt i tabellene)
- ▲ 35 forhold hvor det er identifisert rom for forbedringer og hvor tiltak bør vurderes (gul)
- ▲ 1 forhold hvor det er identifisert svakheter hvor tiltak er nødvendig (rød).

De ”grønne” forholdene er positive bekreftelser hvor tilstanden vurderes å være tilfredsstillende på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen. De ”gule” forholdene gjelder intern styring og kontroll som bør utvikles og forbedres for å sikre målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler. De ”røde” forholdene er etter Konsernrevisjonens vurdering nøkkelrisiko som i vesentlig grad innvirker på forutsetningen for å kunne ha effektiv drift, levere i henhold til tjenesteavtaler og kunne oppfylle sitt formål.

I etterkant av lønnsrevisjonen, i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet for 2010, har det vist seg at Sykehuspartners oppfølging av eldre refusjonskrav fra NAV ikke har vært tilstrekkelig. Det er store utestående refusjonskrav og en trend på økende utestående refusjonskrav. Som en konsekvens av dette er det foretatt avsetning for mulig tap i årsregnskapet for 2010. Sykehuspartner har iverksatt tiltak for opprydding og forbedring av tjenesten som vil bli tett fulgt opp av Oslo universitetssykehus HF fremover.

På bakgrunn av revisjonsrapporten har Oslo universitetssykehus HF startet et arbeid med å lukke avvikene som ble avdekket i rapporten.

Lønnsprosessen er lang med mange berørte parter. Det er utfordrende å sikre kompetanse for korrekt registrering inkludert korrekt datafangst. Problemstillingen vil bli gjenstand for nærmere vurdering av et internt prosjekt. Revisjonen avdekket at arbeidsoppgaver knyttet til registrering og kontroll av lønn er delegert til sekretærer og lederassistenter. Omfang kartlegges av den planlagte interne kvalitetsrevisjonen.

Beskrivelse av de ulike prosessene og eierskapet til disse er beskrevet i SLA/tjenesteavtale og vil bli videreutviklet.

Det vil løpende gjennomføres grunndata kontroll for å undersøke om tiltakene har ønsket effekt.

Tiltaksplan

Steg i lønnsprosessen	Observasjoner	Tiltak
Input/grunnlag	<p>Fastlønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Grunnlaget for registrering foreligger i form av kontrakt. ▲ Kontrakter utarbeides av Personalforvaltning i OSS, på grunnlag av ansettelsesvedtak. ▲ Kontrakt er ikke signert og forhold i kontrakt er ikke alltid endelig avklart før registrering. <p>Variabel lønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Grunnlag foreligger i form av vaktplan/timeliste (variabel lønn) eller registrering i "Min GAT". ▲ Timeliser leveres ikke innen frist for registrering i gjeldende periode. <p>Sykepengerefusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Sykemelding foreligger som grunnlag for registrering. ▲ Sykemeldingene er feil utfyllt. ▲ Sykehuspartner mottar ofte sykemeldingene sent i forhold til frist for fremsetting av refusjonskrav til NAV som er tre måneder. 	<p>Implementeres i opplæringstilbudet til lederne. Dette tiltaket er startet opp.</p> <p>Presisere rutinen for ledere vil bli gjennomført systematisk og er startet opp.</p> <p>Implementeres i opplæringstilbudet til lederne. Dette tiltaket er startet opp.</p> <p>Be om utfyllende statistikk fra SP vedr innsendte og utestående krav. Frist: Mai 2011</p> <p>Returnere sykemelding til leder med skriftlig veiledning (SP) Implementeres i opplæringstilbudet til lederne. Er startet opp.</p>
Registrering	<p>Fastlønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Feilregistrering av grunnlagsdata. <p>Sykepengerefusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Sykehuspartner har etablert rutiner for registrering av krav. ▲ OUS endrer kontaktpersoner uten å informere Sykehuspartner. 	<p>Implementeres i opplæringstilbudet til lederne. Tiltaket er startet opp.</p> <p>Etablere fast rutine om kontroll av lønnsdata/grunndata. Frist: Mai 2011</p> <p>Følges opp med internt prosjekt for å undersøke om lønnsprosessen er optimal. Frist: April 2011.</p>
Output/overføring	<p>Fastlønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Skjemaflyt i Personalportalen sikrer arbeidsdeling og kontroll. <p>Variabel lønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Kontroller som gjøres i forbindelse med overføring dokumenteres ikke. <p>Sykepengerefusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Sykemeldinger sendes Sykehuspartner. Fravær overføres fra forsystemene 	<p>Prosedyre er etablert og implementeres i opplæringsløpet. Tiltaket er startet opp.</p>

Tabell 1: Observasjoner og vurderinger - Datafangst

Steg i lønnsprosessen	Observasjoner	Tiltak
Mottak	<p>Fastlønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Import av skjemaene gjøres av Sykehuspartner etter etablerte rutiner og definert skjemaflyt <p>Variabel lønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Det er etablert kontroller som sikrer at alle data som er overført fra forsystemene er mottatt <p>Sykepengerefusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Sykehuspartner mottar sykemelding fra OUS og registrerer krav i PAGA. Sykehuspartner registrerer også sykemeldingen dersom dette ikke er gjort av OUS og frist for fremsetting av krav er kort. 	
Behandling	<p>Fastlønn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Kontroller som sikrer at data er korrekte før overføring til lønssystemet <p>Sykepengerefusjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ OUS og Sykehuspartner har ikke tydeliggjort hva Sykehuspartner kan avskrive og hvordan OUS skal orienteres om dette. <p>Lønnskjøring:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Ansvar og oppgaver knyttet til lønnskjøring er ikke tydelig definert i tjenesteavtalen. ▲ Dobbelkontroller pga at OUS og Sykehuspartner har ikke foretatt en helhetlig kartlegging av lønnsprosesser og kontrollstruktur. 	<p>Etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra regnskapsavdelingen OUS HF og Sykehuspartner som skal utarbeide en prosedyre (OUS HF/SP). Frist: Mai 2011</p> <p>Tydeliggjøres i ny tjenesteavtale (OUS HF/SP)</p> <p>Etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra regnskapsavdelingen OUS HF og Sykehuspartner som skal utarbeide en prosedyre (OUS HF/SP). Frist: Mai 2011</p>
Overføring	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Overføring av rapporter er beskrevet i tjenesteavtalen. 	

Tabell 2: Observasjoner og vurderinger – Datamottak og produksjon

Steg i lønnsprosessen	Observasjoner	Tiltak
Utbetaling	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Kontroll av utbetalingsfil ▲ Autorisering av betalingsoppdrag 	
Rapportering/avstemming	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Rutiner for utbetaling og avstemming er ikke oppdatert i henhold til ny organisasjon. ▲ OUS føler ikke de har oversikt over avskrivning av sykepengerefusjoner. 	Etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra regnskapsavdelingen OUS HF og Sykehuspartner som skal utarbeide en prosedyre (OUS HF/SP). Frist: Mai 2011

Tabell 3: Observasjoner og vurderinger - Utbetaling

IK-faktor	Observasjoner	Tiltak
-----------	---------------	--------

Verdier og holdninger knyttet til styring og kontroll	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Krav til god intern styring og kontroll er beskrevet i styrende dokumenter, instruksjoner mv. ▲ Misnøye med Sykehuspartner som leverandør av fellestjenester på HR-området. 	
Oppgave-, ansvars- og myndighetsfordeling	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Internt brukerforum for lønn er opprettet. ▲ Roller, ansvar og oppgaver for ledere/HR-enheter, HR-stab og OSS er ikke godt nok beskrevet og kommunisert. ▲ Innholdet i Bestillerrollen og Systemeirollen på lønns- og personalområdet er ikke tydelig beskrevet og forankret. 	<p>Utarbeidet og bekjentgjøres i uke 8</p> <p>Til nå er det Sykehuspartner / HSØ som er premissleverandør, de innehar både bestiller- og systemeirollen. Dette punktet er tatt opp i forbindelse med årets SLA.</p>
Kompetanse og opplæring	<ul style="list-style-type: none"> ▲ HR-stab har høsten 2010 startet opplæring på lønnsområdet i klinikkene. ▲ En utfordring for ledere og HR-enheter i klinikkene å ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta ansvar og oppgaver innenfor lønnsområdet (må kjenne til regelverk, avtaler, arbeidsprosesser, IKT-systemer, rutiner, kontroller mv). ▲ Krav til kompetanse er ikke tydelig nok definert. ▲ Det har hittil ikke vært en systematisk opplæring innenfor lønnsområdet. 	<p>Etablere en arbeidsgruppe som utarbeider krav til administrativ kompetanse samt en tiltaksplan for å sikre kompetanseheving og vedlikehold av denne kompetansen. Frist: Juni 2011</p> <p>Systematisk opplæringsløp er etablert og iverksatt</p>

Tabell 9: Observasjoner og vurderinger knyttet til styrings- og kontrollmiljø

IK-faktor	Observasjoner	Tiltak
Etablering av målsettinger og risikovurderinger	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for HR-stab som synliggjør drifts- og utviklingsaktiviteter og hva som skal prioriteres på lønnsområdet. ▲ Det er ikke gjennomført kartlegging og risikovurdering av lønnsprosessen, internt i OUS og med Sykehuspartner som grunnlag for å fastsette og kommunisere riktig kontrollnivå i prosessene. 	<p>Risikovurdert og konkludert med for lang verdikjede med mange berørte parter. Utfordrende å sikre kompetanse for korrekt registrering inkludert korrekt datafangst.</p> <p>Følges opp med internt prosjekt for å undersøke om lønnsprosessen er optimal. Frist: April 2011</p>

Tabell 10: Observasjoner og vurderinger knyttet til internkontrollelementet etablering av målsettinger og risikovurderinger

IK-faktor	Observasjoner	Tiltak
Tjenesteavtale med underliggende bilag	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Ledere og HR-enhetene kjenner ikke til innholdet i tjenesteavtalen. ▲ Tilgjengeligheten til tjenesteavtalen er ikke god nok. 	<p>SLA publiseres på intranett i sin helhet og i en kortversjon. Kortversjonen vil i tillegg bli distribuert til klinikkene.</p>
Fullmakter/tilganger	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Lederne har ofte delegert oppgaver (registrering, godkjenning og overføring) av lønnsdata til sekretær/assisterende leder. Det betyr også ofte at de har fått fullmakter tilsvarende ledernes fullmaktsgrenser. ▲ Teknisk mulig for leder å godkjenne egen variabel lønn i GAT/IRS. Etablert 	<p>Følges opp med intern prosjekt for å undersøke om lønnsprosessen er optimal. Frist: April 2011</p> <p>Meldt inn i RAPS prosjektet med krav om</p>

	<p>rutine for at leder over skal kontrollere, men usikkert om denne følges.</p> <p>▲ Delegerede rettigheter i IT-systemene varierte i tidsbegrensning, noen hadde for flere år, mens det for andre ikke var angitt tidsbegrensning.</p>	<p>løsning på denne utfordringen/systemsvakhet.</p> <p>Langsiktig løsning: Rollestyrt tilgang Kortsiktig løsning: Regelmessig bestandskontroll og forankring av ny prosedyre</p>
Avtaleverk/overenskomster	<p>▲ Det store omfanget av overenskomster/avtaler øker risiko for feil ved registrering av faste lønnsdata og gir et betydelig merarbeid ved gjennomføring av lønnsoppgjør.</p>	<p>Avtalefestet, men totalt er antall overenskomster redusert i løpet av 2011.</p>
Prosess- og rutinebeskrivelser	<p>▲ Leders ansvar/oppgaver for kontroll av lønn er beskrevet i eget dokument utarbeidet av HR-stab.</p> <p>▲ HR-stab har opprettet eget område på intranettet.</p> <p>▲ Prosesser er ikke dokumentert.</p> <p>▲ Felles rutiner og personalhåndbok er under utvikling.</p>	<p>Felles rutiner og personalhåndbok er under utarbeidelse. Frist: Juni 2011</p>
Felles koderegistre	<p>▲ Uklart eierskap til TT-koderegister.</p> <p>▲ Mulighet for å overstyre TT-koder.</p>	<p>Ivaretas av RAPS prosjektet/regnskap. Oversikt over kobling TT-koder lønnstype og lønnstype (fast og variabel) legges på nettet og gjøres tilgjengelig for ledere ved OUS HF. Frist: Mai 2011</p>
Informasjon, kommunikasjon og samhandling	<p>▲ Det savnes en intern arena for å diskutere en samlet/helhetlig drift og utvikling av lønnsområdet i OUS (HR-lederne).</p> <p>▲ HR i klinikkene og lederne får ikke tilstrekkelig informasjon om nye rutiner, innhold/endringer i tjenesteavtale og lignende.</p> <p>▲ Samhandling og kommunikasjon med Sykehuspartner er ikke optimal. <ul style="list-style-type: none"> ○ Kundesenteret ○ Faste kundemøter </p>	<p>Etablere en arbeidsgruppe som utarbeider krav til administrativ kompetanse samt en tiltaksplan for å sikre kompetanseheving og vedlikehold av denne kompetansen.</p> <p>Det er etablert flere samarbeidsarenaer:</p>

Tabell 11: Observasjoner og vurderinger knyttet til tiltak for å ha styring og kontroll

IK-faktor	Observasjoner	Tiltak
Pålitelige styringsdata	<p>▲ Brukervennlighet/forståelse av rapporter. Leder/regnskap forstår ikke standardrapporter for oppfølging.</p>	<p>Forespurt Sykehuspartner om ny og brukervennlig design på lønnsrapport for ledere</p>
Rutiner for varsling og oppfølging av feil og avvik	<p>▲ Det er ingen systematisk rapportering av feil/feilutbetalinger i lønnsprosessene internt.</p> <p>▲ OUS har selv ingen samlet/helhetlig oversikt over feil som oppstår, men får oversikt over henvendelser fra Sykehuspartners kundesenter.</p>	<p>Etablere en arbeidsgruppe som utarbeider krav til administrativ kompetanse samt en tiltaksplan for å sikre kompetanseheving og vedlikehold av denne kompetansen.</p> <p>Systematisering av feil ved å benytte sykehusets eget avvikssystem. Frist: Juni 2011</p>
Feil og avvik vurderes med sikte på korreksjon og læring	<p>▲ Innmeldte feil/feilutbetalinger/henvendelser har hittil ikke vært brukt med tanke på forbedring og læring internt.</p>	<p>Feil/feilutbetalinger blir fortløpende brukt med tanke på forbedring og læring. Nytt tiltak: Systematisering av feil ved å benytte sykehusets eget avvikssystem.</p>

--	--	--

Tabell 12: Observasjoner og vurderinger knyttet til oppfølging

Ytterligere tiltak:

- Det vil løpende gjennomføres grunddata kontroll for å undersøke om tiltakene har ønsket effekt.
- Beskrivelse av de ulike prosessene og eierskapet til disse er beskrevet i SLA.
- Rapporten avdekker et massivt behov for planlagt, standardisert og obligatorisk opplæring (evt sertifisering før ansatte/ledere får tilgang til systemene). Utrekes og besluttes i forbindelse med utarbeiding av ny HR strategi.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Stabsdirektør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Revisjonsplan Oslo universitetssykehus 2011

**SAK 28/2011: ORIENTERINGSSAK
REVISJONSPLAN OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS 2011**

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 24. mars 2011

Siri Hatlen

Administrerende direktørs anbefalinger/ konklusjon

Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med intern revisjon, aktiv risikostyring og god intern kontroll bidrar til god virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus HF. Den oppsatte revisjonsplanen er risikobasert med prioritering av målområder innenfor pasientbehandling, mobilisering av medarbeidere og ledere og organisering og utvikling av fellestjenester. Administrerende direktør vurderer at organisasjonen er i god fremdrift med å etablere system og rutiner i overvåking av sykehusets internkontroll prosesser og at det er foretatt en rimelig prioritering av områdene for interne revisjoner i 2011.

Internrevisjonen Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF har etablert en funksjon for intern revisjon i stab til direktør for Kvalitet. Internrevisjonen, Oslo universitetssykehus HF skal i sitt arbeid ivareta ansvar for etablering og gjennomføring av en tilfredstillende internkontroll.

Samhandling med konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF

Internrevisjonen, Oslo universitetssykehus HF, har formalisert samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF om felles planprosess og øvrige oppgaver. Jevnlige møter mellom partene og med administrerende direktør, Oslo universitetssykehus HF har satt fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå mål for virksomheten. Den jevnlig kontakten har bidratt til planlagte, løpende og proaktive tiltak. I samarbeid vurderes hvor felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter kan være hensiktsmessige.

Hensikten er god koordinering og en best mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket som bidrar til ivaretagelse av administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll.

Utarbeidelse av revisjonsplan 2011

På bakgrunn av informasjon fra styringssystemet og risikobilde for 3.tertial 2010, er det, i samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet forslag til revisjonsplanen 2011.

Risikovurdering og prioritering

Risikoområder er identifisert, basert på risiko- og sårbarhetsanalyser, og planer for risikoreducerende tiltak er gjennomgått.

I planleggingen av revisjoner har det vært hensiktsmessig å inndele mulige revisjoner som følger:

- Foretaksinterne revisjoner som behandles internt i Oslo universitetssykehus HF (kontrolltiltak eller revisjoner som følge av lov- og regelverk)
- Revisjoner som skal styrebehandles.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF foretar følgende revisjoner ved Oslo universitetssykehus HF i 2011

1. Behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus HF (pågår).
2. System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring).
3. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system og melde- og avvikssystem (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling).
4. Medisinsk kodepraksis i helseforetakene (nasjonal revisjon utgått fra Helsedirektoratet - utføres av konsernrevisjonen, Helse Sør-Øst RHF).
5. Oppfølging av revisjoner innenfor innkjøpsområdet (utført på tidligere Ullevål- og Aker universitetssykehus)

Med utgangspunkt i målområder for 2011 i Sør-Øst og satsingsområdene for Oslo universitetssykehus HF, er det utarbeidet forslag til prioriterte revisjonsområder. Prioriteringen er gjort etter en samlet vurdering hvor også ressurser til gjennomføring er vurdert.

Forslag til prioriterte oppdrag; revisjonsplan ved Oslo universitetssykehus HF i 2011

1. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system og melde- og avvikssystem (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling)
2. Arbeidsmiljø/HMS området
3. Legemiddelbehandling
4. Brannvern

Ad. 1 Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system og melde- og avvikssystem (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling)

Revisjonen utføres i samarbeid med konsernrevisjonen. Konsernrevisjonen ser på systemer og prosesser med fokus på om pasientene kommer til ”riktig sted til riktig tid”, mens det ved et samarbeid med internrevisjonen kan foretas revisjon ved flere deler av foretaket og i større omfang. Tema vil dekke et bredt område hvor tema som fristbrudd, ventetider, pasientavvik, klinisk arbeidsflate fokuseres.

Ad. 2 Arbeidsmiljø/omstilling

Revisjonen vil være vinklet fra flere sider og det vil bli koblinger mot Arbeidstilsynets ”God Vakt” rapport.

Ad. 3 Legemiddelbehandling

Med bruk av farmasøyter fra Sykehusapotekene som fagrevisorer, vil revisjonen fokusere på intern styring og kontroll innen legemiddelbehandling. Revisjonene sees også i sammenheng med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen hvor ett av innsatsområdene er riktig legemiddelbruk.

Ad. 4 Brannvern

Oslo universitetssykehus HF har årlig flere tilsyn som påpeker avvik på området. I avvikene har det også inngått korridorproblematikk. Revisjonen vil fokusere på overholdelse av vedtatte interne krav.

Områder som ikke er tatt med i planenMedisinsk teknisk utstyr

Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) hadde 2010 et tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF hvor det ble gitt flere avvik innen temaet. Det er satt i gang et omfattende arbeid med korrigerende og forebyggende tiltak. De igangsatte tiltakene på området vurderes som akseptabel risikoreduksjon.

IKT- integrasjon

Det er bestilt en ekstern ROS analyse knyttet til tilgjengelighetsaspektet for IKT-tjenester. Oslo universitetssykehus HF skal risikovurdere virksomhets- og forretningsprosesser med fokus på tilgjengelighet av kritiske IKT-tjenester og beredskapsevne som følge av dette. Dette omfatter også Sykehuspartner og andre leverandører som er ansvarlige for hele eller deler av tjenestene som inngår i prosessene som skal analyseres.

For å identifisere de aktuelle sårbarheter med tilhørende trussel scenarioer, vil det være nødvendig å gjennomgå både kliniske, driftsmessige, organisasjonsmessige og tekniske aspekter. Videre skal det foreslås risikoreduserende tiltak. Når resultatet av ROS analyse foreligger, vil det være aktuelt å vurdere om risikoområder skal ha ytterligere revisjonsmessig fokus.

Økonomiområdet

Konsernrevisjonen gjennomførte høsten 2010 revisjon av område lønn.

Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene for Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartners tjenesteleveranser i lønnsprosessene.

Hensikten var å bekrefte om det er etablert tilfredsstillende styrings- og kontrolltiltak i lønnsprosessene som sikrer korrekt registrering, beregning, bokføring, utbetaling og rapportering av lønn til ansatte i Oslo universitetssykehus HF. Oppfølging - og forbedringsarbeidet etter revisjonen har startet og det er satt i gang flere forbedringstiltak.

Konsernrevisjonen vil i 2011 også sette fokus på oppfølging av tidligere revisjoner innenfor innkjøpsområdet (utført på tidligere Ullevål og Aker universitetssykehus) – dette gjøres ved oppfølging av funn fra revisjonene som tidligere er utført, og hvor formålet vil være å følge opp om tiltakene, som er satt i verk i tråd med vedtak fattet av de respektive styrever, har gitt forventede effekter.

Konsernrevisjonen har for øvrig dialog med ekstern revisor for Oslo universitetssykehus HF i arbeidet med å identifisere risikoområder innenfor økonomiområdet.

Gjennomføring

Prioritering av avdelinger og klinikker

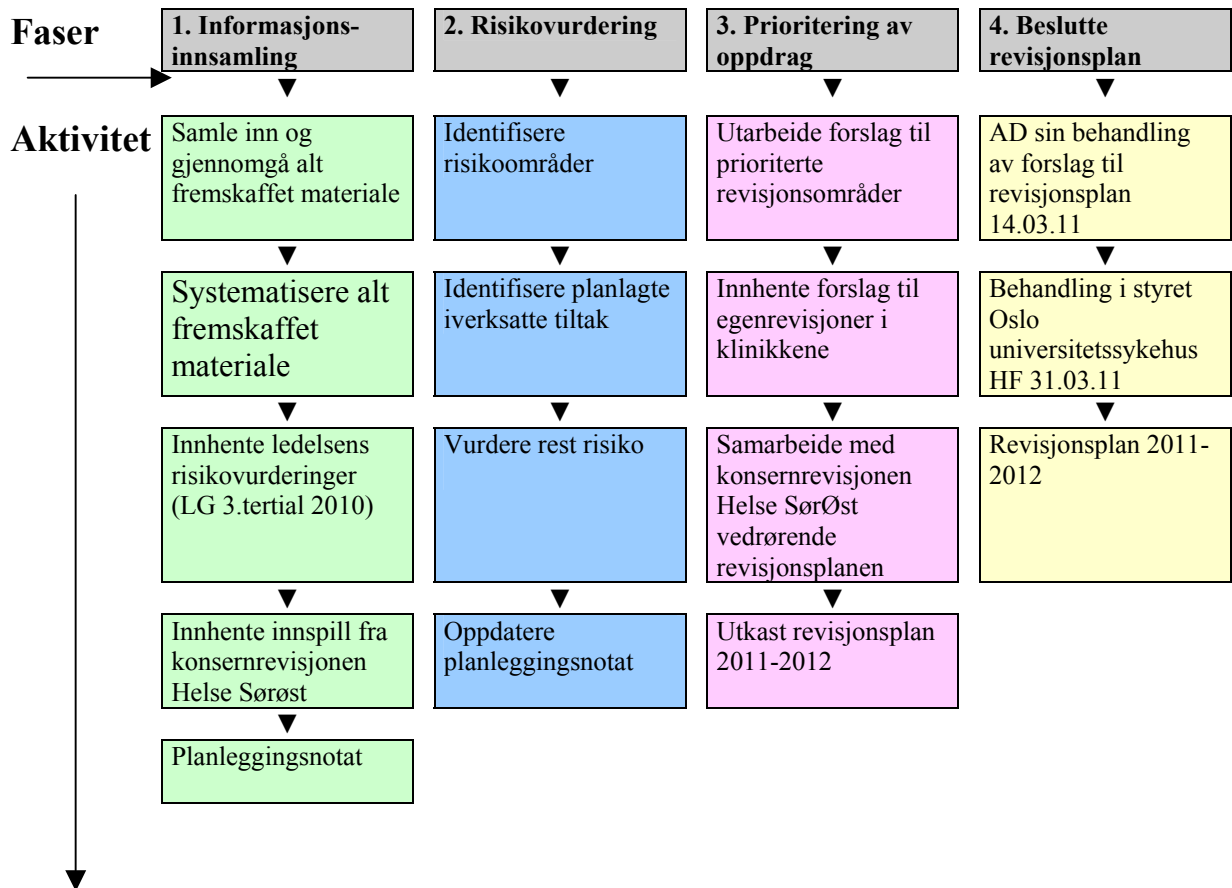
Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet etter godkjent revisjonsplan. Avdelinger prioriteres etter en risikobasert tilnærming hvor pasientbehandling, volum, kompleksitet, infrastruktur og kompetansesammensetning kan være vurderingskriterier.

Ressurser

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser. Det er gjennom året bygget opp et lite nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag etter gjennomført grunnkurs i revisjonsmetodikk. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at de ikke reviderer egne avdelinger. Revisorene bidrar til kompetanseheving ute i klinikkene. Oslo universitetssykehus HF vil videreutvikle dette samarbeidet og organiseringen av et større revisjons nettverk har startet.

Vedlagt skisse over revisjonsplanprosessen

Oversikt hovedprosess - Revisjonsplanprosess



Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Saksfremstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: HR direktør

**SAK 29/2011: ORIENTERINGSSAK
BRUDD PÅ ARBEIDSTIDS-
BESTEMMELSENE**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret konstaterer at det er avdekket en rekke brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved Oslo universitetssykehus HF og at foretaket har igangsatt et omfattende arbeid med å kartlegge og følge opp dette.*
- 2. Styret tar til orientering at det er iverksatt en handlingsplan som skal sikre bedre informasjon og kontroll av at arbeidstidsbestemmelsene blir fulgt og legger til grunn at administrasjonen vil ha en tett oppfølging av tiltakene.*
- 3. Styret ønsker en rapportering på status i dette arbeidet etter 1. tertial.*

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF avdekket i januar 2011, gjennom blant annet stikkprøver, et uakseptabelt omfang av overtid for enkelte medarbeidere. Det ble igangsatt et omfattende arbeid med å kartlegge og følge opp brudd på arbeidstidsbestemmelsene både for egne ansatte og innleide vikarer. Det er iverksatt en rekke tiltak som skal sikre bedre ledelsesinformasjon og kontroll av at arbeidstidsbestemmelsene følges.

Alle de regionale helseforetakene har gjennom en nasjonal anskaffelsesprosess inngått rammeavtaler for kjøp av vikartjenester for helsepersonell. Avtalene omfatter levering av legespesialisttjenester, sykepleier/spesialsykepleiertjenester og andre helsepersonelltjenester. Rammeavtalene er inngått på vegne av Helse Sør-Øst RHF og det innebærer at en vurdering av videreføring av avtalene ikke kan gjøres av Oslo universitetssykehus HF alene. Det er foreløpig ikke etablert et tilstrekkelig faktisk grunnlag til å konkludere endelig mht hvorvidt det foreligger avtalebrudd, og hvilke konsekvenser dette eventuelt skal få.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er avdekket en rekke brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF skal drive i samsvar med gjeldende lovgivning og avtaler og det arbeides med å etablere en total oversikt over bruddene, samt implementering av en rekke tiltak som skal sikre bedre informasjon og kontroll av at arbeidstidsbestemmelsene følges. De fleste døgnbruddene skjer i forbindelse med ferieavvikling, helger og svært ofte i tilfelle der det oppstår akutt fravær av personell på grunn av sykdom etc. Det må i slike tilfelle settes inn en erstatting for å sikre forsvarlig drift og behandling av pasientene. Det er iverksatt flere tiltak som skal sikre bedre ledelsesinformasjon og gi grunnlag for en intensivert ledelseskontroll slik at arbeidstidsbestemmelsene følges og at alternative bemanningsløsninger er innenfor lov og avtaleverk. Det er etablert nye rutiner for både registrering og oppfølging av arbeidstid og utviklingen vil bli fulgt tett både av sentral HR stab og i ledelsens oppfølging av klinikkene.

3. Faktabeskrivelse

3.1 Nasjonale rammeavtaler med leverandører for kjøp av vikartjenester for helsepersonell

Alle de regionale helseforetakene har gjennom en nasjonal anskaffelsesprosess, ledet av HINAS i 2009, inngått 15 rammeavtaler for kjøp av vikartjenester for helsepersonell. Avtalene omfatter levering av legespesialisttjenester, sykepleier /spesialsykepleiertjenester og andre helsepersonelltjenester. En vurdering av videreføring av avtalene kan således ikke gjøres av Oslo universitetssykehus HF alene fordi rammeavtalene er inngått av Helse Sør Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF vil i vurderinger av avtalene legge til grunn de føringer som fremkommer på regionalt nivå. Det er foreløpig ikke etablert et tilstrekkelig faktisk grunnlag til å konkludere endelig mht hvorvidt det foreligger avtalebrudd, og hvilke konsekvenser dette eventuelt skal få. Oslo

universitetssykehus HF må derfor nytte de felles rammeavtalene inntil annen beskjed fra Helse Sør Øst RHF gis.

HINAS har hatt en gjennomgang av prosessen for anskaffelsen, avtalebetingelsene og oppfølgingstiltakene av leverandører som har rammeavtale med de fire regionale helseforetak. HINAS har siden avtaleinngåelsen for 1 ½ år siden avholdt fem heldags oppfølgingsmøter med samtlige leverandører. På alle oppfølgingsmøter har kvalitet hos leverandører og deres leveranse vært tema. Konklusjonen fra HINAS gjennomgang var at tiltak måtte igangsettes for å sikre kvalitet og etterprøvbarehet i alle prosesser, samt etterlevelse av avtalens omfattende, men tydelige krav.

3.2 Oslo universitetssykehus HF kjøp av tjenester fra private vikarbyråer

Med basis i 15 inngåtte rammeavtaler med tjenesteleverandører har Oslo universitetssykehus HF kjøpt tjenester fra 7 leverandører til en samlet sum av om lag 92,5 mill kroner. Fordelingen av tjenestekjøpene var som følger:

Leverandør	Sum
Adecco Helse AS	13 006 274
Nurse Partner Norge AS	21 231 879
Xtra Personell Care AS	18 224 208
Dedicare AB	17 206 811
Vacant Helse AS	2 713 756
Agito AS	20 084 806
Totalt inkl. mva	92 467 734

Tabell 1: Oslo Universitetssykehus HF kjøp av vikartjenester

I tillegg kommer kjøp av tjenester fra Manpower for ca 0,5 mill kroner. Oslo universitetssykehus HF kjøper også tjenester fra andre byråer i de tilfeller helseforetaket ikke får dekket tjenestebehovet gjennom rammeavtalene. Det innebærer at Oslo universitetssykehus HF kjøp av vikartjenester er høyere enn 93 mill kroner.

3.3 Kontroll og oppfølging av avtalene sentralt

Avtaleforvalter har gjennomført følgende tiltak i oppfølging av leverandørene:

1. Leverandørene har signert en *erklæring på* at de er "innforstått med at nasjonale rammeavtaler for kjøp av vikartjenester for helsepersonell forutsetter overholdelse av norske lover og forskrifter, herunder forskrift om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter."
2. Leverandørene har signert en kvalitetserklæring hvor de bekrefter at de har gjennomført og kan dokumentere at deres vikarer er kvalitetsjekkete i forbindelse med autorisasjon, referanser etc.
3. Det er utført en revisjon (august 2010) hos seks avtaleleverandører hvor følgende områder ble gjennomgått: kvalitet på innleid personell, kvalitet på behandling av ordrebekreftelse og fakturering samt øvrige kontraktfestede forpliktelser.
4. Fokus på refleksjonskultur og konsekvenser av brudd på avtalene i møter med leverandørene.
5. Konkrete endringer i avtalene som for eksempel bruk av flere vikarer til å dekke et bestilt oppdrag.

6. Opprettelse av avviksmeldingssystem.

Avtaleforvalter har planlagt å gjennomføre nye revisjoner hvor etterlevelse av Arbeidsmiljøloven og forskriften om lønns-og arbeidsvilkår vil bli kontrollert. HINAS arbeider med å kartlegge omfanget av eventuelle avtalebrudd fra alle leverandører med rammeavtale. Det er foreløpig ikke etablert et tilstrekkelig faktisk grunnlag til å konkludere endelig mht hvorvidt det foreligger avtalebrudd, og hvilke konsekvenser dette eventuelt skal få.

3.4 Kontroll og oppfølging av avtalene i Oslo universitetssykehus HF

Når det gjelder foretakets kontroll av etterlevelse av lov og avtaler har Oslo universitetssykehus HF fastsatt en overordnet retningslinje for *innleie* av eksterne vikarer hvor det beskrives i hvilke situasjoner innleide vikarer skal benyttes, hvilke vurderinger som skal gjøres og hvem som har ansvar for hva. Det er pekt på at "*Det er bestemmelser om innleie i arbeidsmiljøloven, overenskomstene og hovedavtalen som skal overholdes*". Det er ledere på nivå 3 som har ansvar for at fastsatte bestemmelser følges. Ledere på nivå 2 kan gjøre unntak fra retningslinjene, men slike unntak skal dokumenteres. Bruk av vikarbyråer er også omtalt i retningslinjen for ferieavvikling og her beskrives det at det er klinikkledere som har ansvar for kontakten med vikarbyrå for innleie av vikarer ved sommerferieavvikling. Det er også etablert rutiner for ledelsesdialog slik at evt. avvik rapporteres i linje.

Oslo universitetssykehus HF har igangsatt et arbeid med leveransefrist 30. april, for å utrede om og hvordan den eksisterende interne personalformidling kan utvides til å omfatte hele helseforetaket. En større operativ enhet med spesialkompetanse innen rekruttering og bemanning vil være et supplement og en avlastning for driftsansvarlige i avdelingene som bruker mye tid til å skaffe ekstravakter og vikarer. I tillegg til selve formidlingen skal en slik enhet også bidra til økt kontroll over bruk av overtid, innleie fra eksterne vikarbyråer samt redusere uønsket deltid og bidra til å sikre at sentrale avtaler overholdes.

Oslo universitetssykehus HF har ikke hatt rutine for å legge inn innleide vikarer med navn i de ansattes elektroniske arbeidsplansystem. Det har derfor ikke vært mulig å hente ut rapporter på historiske tall av eventuelle brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dette skal endres, og det er igangsatt et arbeid for å få på plass rutiner for registrering av arbeidstid for innleide vikarer fra vikarbyrå innenfor rammene av GAT. De nye retningslinjene om registrering av innleide vikarers arbeidstid skal implementeres så snart som det er systemmessig mulig. Et av de sentrale tiltakene er at byråene sjekkes for hva de faktisk gjør ved å gå inn i deres registre og utbetalinger til sine vikarer.

3.5 Brudd på arbeidsmiljøloven

Det er en rekke regler som må følges opp i forhold til arbeidstid. Oslo universitetssykehus HF har særlig fokus på oppfølging av overtidsbestemmelsene. Etter bestemmelsene i arbeidsmiljøloven (aml) må overtidsarbeid blant annet ikke overstige

- 10 timer i løpet av 1 uke
- 25 timer i løpet av 4 sammenhengende uker
- 200 timer innenfor kalenderåret.

Leder kan i hht. aml. § 10-6, 5. ledd inngå skriftlig avtale med arbeidstakers tillitsvalgt vedrørende utvidet overtid utover ovennevnte grenser, dersom arbeidstaker i det enkelte tilfelle har sagt seg villig til det. Overtiden kan uansett ikke overstige inntil

- 15 timer i løpet av 1 uke
- 40 timer i 4 sammenhengende uker
- 300 timer innenfor kalenderåret.

Den ansattes eventuelle ønske om å arbeide utover bestemmelsene vil ikke frata leder ansvaret som beskrevet ovenfor.

3.6 Oversikt over Oslo universitetssykehus brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Det ble gjennomført en stikkprøvekontroll i januar 2011 som viste at det var en stor grad av overtidsbruk ved Oslo universitetssykehus HF som oversteg grensene av det som følger av arbeidsmiljølovens bestemmelser. Tiltak for å sikre kontroll og oppfølging ble umiddelbart iverksatt.

Rapportering av brudd på overtidsbestemmelsene i 2010

Antall brudd på årsregel (200 timer) og dagregel (13 timer)

Oslo universitetssykehus HF har tre forskjellige ressursstyringssystem GAT Aker, GAT Ullevål og IRS Rikshospitalet. Dette har gjort det spesielt krevende å ta ut rapporter på overordnet nivå. Det er knyttet en del usikkerhet til tallene.

Aker og Ullevål har GAT, et ressursstyringssystem, hvor bruddrapporter kan tas ut på overordnet nivå etter omfattende bearbeiding. Rikshospitalet har IRS som ressursstyringssystem, et system som skal fases ut og det er ikke mulig å ta ut rapporter på overordnet nivå. Det foreligger derfor ikke rapport for Rikshospitalet.

Som en del av Helse Sør-Øst RHF HR-strategi skal GAT implementeres i alle helseforetak, slik at alle helseforetakene får et felles ressursstyringssystem. For Oslo universitetssykehus HF er dette arbeidet planlagt å starte høsten 2011, og GAT skal etter planen være ferdig implementert i hele Oslo universitetssykehus HF innen utgangen av 2013 og må da også forutsettes å fungere slik at arbeidsgiver sentralt kan kjøre ut rapporter på alle relevante arbeidstidsspørsmål. Tabellen nedenfor (tabell 2) viser antall brudd på "årsregelen" og "dagregelen" etter arbeidsmiljøloven §10-6 slik som det er mulig å kjøre ut fra det gjeldende GAT system og omfatter bare Aker og Ullevål. Dette er "bruttotall" basert på at hver gang det registreres en time over en grense så er det ett brudd. Det betyr for eksempel at dersom det er arbeides 201, 202, 203 timer over årsgrensen så registreres det som tre brudd.

Bruddtyper og sted	Totalt antall brudd
Årsregel (200-timer)	
Aker	856
Ullevål	4906
Totalt	5762

Dagregel (13 timer)	
Aker	3596
Ullevål	16274
Totalt	19870

Tabell2: Brudd på overtidbestemmelsene. Aker og Ullevål. Kilde: GAT

Antall brudd på overtidbestemmelsene per klinikk

I tabellen nedenfor (tabell 3) er antall brudd i 2010 sortert på klinikk og etter type brudd. Tallene er også her hentet fra GAT og gjelder bare virksomhet på Aker og Ullevål.

Klinikk/ Type brudd	PHA	MED	KKN	KVB	KRK	HLK	SMK	AKU	KDI	OSS ¹	STA
Dag	3 502	3 337	1 349	1 647	602	1 316	172	8 358	546	6 349	50
Uke	2 055	2 143	1 307	1 053	652	1 427	80	5 181	543	4 810	56
4-uker	1 802	2 090	1 375	799	621	1 273	85	5 924	447	5 027	46
År ²	465	830	506	212	133	538	16	2 978	85	2 279	0

Tabell 3: Antall brudd på overtidbestemmelsene etter type brudd, per klinikk. Aker og Ullevål. Kilde: GAT

Det er ikke mulig å ta ut rapporter for hvor mange ansatte som har generert disse bruddene. Rapporter for underliggende nivå finnes ikke i GAT. Ved iverksetting av rapporteringsrutiner i 2011 (jf 3.7) vil det etableres manuelle rutiner for, så langt som mulig, å sikre korrekt rapportering på underliggende nivåer.

Det er grunn til å tro at det høye antallet brudd på overtidbestemmelsene er fordelt på relativt få personer, avhengig av klinikk. Tabell 4 viser antall ansatte som har fått utbetalt overtid over grensen på 200 timer per år. Det er i 2010 ikke foretatt systematisk registrering i ressursplanleggingsystemene av tilfeller hvor det er gitt dispensasjon og avtale om utvidet overtid slik at de som har slik avtale også er med i dette grunnlaget.

Klinikk	PHA	MED	KKN	KVB	KRK	HJK	SMK	AKU	KDI	OSS	STA
Aker	9	7	1	-	1	-	-	12	2	5	-
Ullevål	3	7	6	5	3	9	1	66	4	29	-
Rikshospitalet	-	-	13	8	5	21	8	25	4	8	1
Totalt	12	14	20	13	9	30	9	103	10	42	1

Tabell 4 : Antall personer med utbetalt overtid over 300 timer overtidkompensasjon per klinikk, totalt og fordelt på Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Kilde: PAGA³

3.7 Oppfølgingstiltak som er iverksatt

Retningslinjene for oppfølging av overtid er presisert og endret. Det er understreket at endring i kontering av overtid (fra 50 % til 100 % kompensasjon) i ressursstyringssystemene (GAT/IRS) ikke skal forekomme, og muligheten for å sperre i kontering utredes. Det er innført nye rutiner for rapportering på brudd på arbeidsmiljøbestemmelsene.

¹ En vesentlig andel av bruddene som er registrert på Oslo sykehusservice (OSS) er relatert til ekstravakter som har utført arbeid i andre klinikker.

² I denne tabellen vil totalt antall brudd være noe høyere enn i tabell 2 over fordi ansatte med vakter i flere klinikker blir talt med i hver klinikk.

³ PAGA er betegnelsen på lønns- og personalsystemet. Det er ikke mulig å hente ut brudd på de enkelte arbeidsbestemmelser fra lønns- og personalsystemet.

- Rapportering av overtidbruk skal skje per tertial til klinikk AMU, sentralt AMU og ved ledelsens gjennomgang med klinikkene
- Rapportene for overtid skal inneholde:
 1. Antall brudd på overtidsbestemmelsene etter arbeidsmiljøloven og dag, uke-, 4-ukers- og årsregelen
 2. Antall ansatte bruddene er fordelt på
 3. Beskrivelse av tiltak for å redusere overtidbruk.

Følgende prosess og ansvarsdeling for oppfølging og rapportering er vedtatt:

Ansvarsfordeling		Frist 1. tertial 2011
LEDER ↓	- Ansvar for kontroll på overtidbruk i egen enhet ved månedlige rapporter - Løpende oppfølgings- og forbedringstiltak i egen enhet - Avdelingsvise rapporter til klinikkledelsen per tertial	Månedlig oppfølging
HR-LEDER/ KLINIKKLEDER ↓	- Ansvar for klinikkens tertialrapport (sammenstilt overtidbruk i klinikk) til klinikk AMU	Avgjøres i den enkelte klinikk
KLINIKK AMU ↓	- Rapport med forslag til tiltaksplan som gjelder klinikkens totale overtidbruk oversendes HR-direktør	Ihht møteplan for klinikk AMU
HR-DIREKTØR ↓	- HR- direktør ved Personalseksjonen sammenstiller overtidrapport til sentralt AMU og ledelsens gjennomgang	Innen 2. mai
LEDELSENS GJENNOMGANG ↓	- Klinikkvise rapporter behandles tertialvis	Gjennomføres 5.-13. mai
LEDERMØTET ↓	- Behandler oppsummering fra ledelsens gjennomgang	Ihht møteplan for ledermøtet
SENTRALT AMU	- HR-indikatorer rapporteres tertialvis	Frist for innlevering rapport: 9. juni Møtedato: 16. juni

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans/Stabsdirektør kvalitet

Vedlegg:

1. Tabellvedlegg med hovedtall aktivitet, økonomi og bemanning

**SAK 30/2011: BESLUTNINGSSAK
 RAPPORTERING PER FEBRUAR 2011**

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen per februar til orientering.

Styret ser alvorlig på det økonomiske resultatet etter februar og ber administrerende direktør gjennomføre tett oppfølging av driftsenhetene i helseforetaket.

Styret ber om at det legges særlig vekt på å tilpasse bemanningen i takt med reduksjonen i aktivitet ved overføringen av oppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Styret understreker viktigheten av at man samtidig ivaretar hensynet til pasientsikkerhet og god drift samt å unngå fristbrudd ihht prioritert mål fra Helse Sør-Øst RHF.

Oslo den 24. mars 2011

Siri Hatlen

1. SAMMENDRAG

Resultatrapporteringen etter februar viser følgende:

- Den somatiske aktiviteten er noe lavere enn budsjettet.
- Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne og innenfor rusområdet viser store avvik fra måltallene som i stor grad skyldes feil i måltallene (feil i aktivitetstall for overførte enheter). Korrigert for dette er aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien fortsatt forholdsvis lav, mens aktiviteten innenfor rusområdet og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har utviklet seg som forutsatt.
- Regnskapet viser et negativt budsjettavvik på 148 mill kroner, hvorav 42 mill kroner skyldes endrede forutsetninger for pensjonskostnadene. Det meste av avviket skyldes høyere kostnader enn budsjett.
- Bemanningstallene viser en nedgang i brutto årsverk på 1.092 i snitt for januar og februar i forhold til ett år tidligere. Av dette skyldes om lag 650-700 årsverk virksomhetsoverdragelse til Akershus universitetssykehus HF.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Aktivitetsutviklingen hittil i år er på enkelte områder noe svakere enn planlagt, men det er fortsatt stor usikkerhet, og dette blir fulgt opp mot de aktuelle enheter. Som tidligere varslet forventer administrerende direktør å ha vesentlig bedre kunnskap om hvordan aktivitetsnivået etter overføringene stabiliserer seg etter 1. tertial.

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.

Utviklingen i det økonomiske resultatet er svært bekymringsfull. Det negative resultatavviket reflekterer at en ikke lykkes med å ta ned kostnadene i takt med forventet aktivitetsnedgang og samtidig gjennomføre den ytterligere effektivisering som budsjettkravene for 2011 forutsetter. Administrerende direktør har siden høsten 2010 flere ganger varslet styret og eier om at den økonomiske risikoen for 2011 har økt betydelig siden innmelding til økonomisk langtidsplan i 2010 grunnet ulike forhold som er redegjort for tidligere.

Status for resultat etter februar er gjennomgått i bilaterale møter med alle klinikker. Gjennomgangen har primært fokusert på aktivitet og årsverk, samt status for arbeidet med å redusere fristbrudd. Alle klinikkene er stilt overfor svært store omstillingsutfordringer i 2011.

Gjennomgangen viser at klinikkene har god oversikt over egen virksomhet og planer. Alle klinikker opplever det som vanskelig å kunne redusere bemanningen så raskt og så mye som redusert aktivitet og budsjett krever uten å komme i situasjoner som gir risiko for svekket kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen eller som fører til for høy bruk av overtid, innleie mv. I tillegg må det sikres helhetlige vaktplaner og turnuser hvilket er krevende spesielt for klinikker som har drift på Aker, eller der nedgang i aktivitet er spredt på mange ulike områder. Dette gir mange små "ubalanser" som det vil kreve mer omfattende prosesser å finne kompensierende tiltak for, og noe vil være avhengig av flytting fra Aker på dag 4.

Sykehusledelsen følger driften tett og vurderer løpende hva som kan gjøres for å bidra til å redusere den økonomiske risikoen. Ledere på alle nivåer og organisasjonen generelt er veldig slitne etter omfattende prosesser i 2010 knyttet til overføringsprosjektet som ihht oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF ble gitt høyeste prioritet. Det vil ta tid å gjennomføre de prosesser som kreves for å tilpasse driften kostnadmessig til et varig lavere nivå. Store problemer med IKT leveranser og stabilitet i drift av IKT systemer skaper i tillegg mye frustrasjon, merarbeid og ineffektivitet i daglig drift.

Styret vil bli gitt en oppdatert vurdering med kommentar til den enkelte klinikk på styremøtet.

3. PASIENTBEHANDLING OG AKTIVITETSDATA

Somatikk:

Antall DRG-poeng hittil i år er underkant av 36.000, og om lag 1.000 DRG-poeng (tilsvarende 2,9 pst) lavere enn budsjett hittil i år. Avviket er økt fra 183 poeng (1,0 pst) i januar. Antall DRG-poeng var 2.453 (6,4 pst) lavere hittil i 2011 enn i 2010. Det antas fortsatt å være et noe større etterslep enn normalt i aktivitetsrapporteringen, som følge av at mange har arbeidet med ferdigstilling av rapporteringen for 2010 i store deler av februar. De akkumulerte tallene hittil i år er likevel noe lave gitt at endringer i grupperingslogikken for 2011 var forventet isolert sett å bidra til en til en økning i antall poeng i 2011. Sett i forhold til budsjett er det hittil i år færre dag- og døgnopphold, mens det er mange flere polikliniske konsultasjoner.

Somatisk aktivitet i overføringsområdene

Antall DRG-poeng for pasienter i overføringsområdet (7.392) er redusert med 1.599 fra 2010 til 2011, dvs om lag 22 pst. Foreløpig vurdering tilsier at mottak av øyeblikkelig hjelp-pasienter ved Aker sykehus er redusert som forventet, mens det er mer vanskelig å vurdere øvrig deler av virksomheten. Dette skyldes at det er usikkerhet knyttet til periodisering / avvikling av haleaktivitet. Samlet sett gir aktivitetstallene for februar grunnlag for å anta at overføringen av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF vil utvikle seg som forutsatt.

Barne- og ungdomspsykiatrien:

Aktiviteten hittil i 2011 er høyere enn måltallene.

Voksenpsykiatri:

Vurdert i forhold til måltallene for 2011 viser aktiviteten hittil år store negative avvik. Dette skyldes imidlertid først og fremst at aktiviteten i den delen av virksomheten som ble overdratt til Akershus universitetssykehus HF ble anslått for lavt. På bakgrunn av dette er Helse Sør-Øst RHF informert om at det er behov for å vurdere måltallene for 2011 på nytt. Selv om plantallene blir justert til et mer korrekt nivå, var aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien i underkant av 1.000 polikliniske konsultasjoner lavere enn forutsatt. Som følge av at pasienter fra bydel Bjerke skal behandles på nytt DPS og ny lokalisasjon, er det registrert et vesentlig større antall avbestillinger og ikke møtt enn vanlig. Det forventes at dette forholdet vil normaliseres i løpet av relativt kort tid. Utover dette iverksettes tiltak for økt produktivitet i poliklinikkene med tett oppfølging av plantall.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

Innenfor TSB er måltall 2011 for lave da det i budsjettprosessen ble lagt til grunn at større deler av virksomheten skulle overføres til Akershus universitetssykehus HF enn det som faktisk ble gjennomført. Korrigert for nevnte forhold vurderes aktiviteten å være i samsvar med forutsetningene.

Fristbrudd

I februar var det registrert 791 fristbrudd (utenom utsettelse som følge av pasientutsatte/medisinske grunner) tilsvarende 13,9 pst av de planlagte behandlingene som hadde frist i perioden. Antallet fristbrudd er fortsatt for høyt, men utviklingen viser en positiv trend. Årsakene til fristbrudd i dag er primært feil registrering og oppfølging/ korrigeringer i datasystemet, sekundært kapasitetsmangel innen enkelte enheter. Videre utviklingsarbeid og forbedring av de enkelte pasientforløp har som viktig delmål å tilpasse kapasitet og behandling for å forhindre fristbrudd.

Korridorpasienter

Det var i februar 1,3 pst andel korridorpasienter innenfor somatikken. Normalt skal det ikke forekomme korridorpasienter. Andel korridorpasienter må ses i lys av at sykehuset har til enhver tid nesten en hel sengepost med ferdig behandlede pasienter som venter på plass på sykehjem. Det er etablert en rekke styrende, operative og kontrollerende tiltak for å redusere antall korridorpasienter. Blant annet skal en sentral koordinator ha daglig kontakt mot eksterne samarbeidspartnere for å overføre ferdigbehandlede pasienter.

Utskrivningsklare pasienter

Det var i februar registrert 1,2 pst andel utskrivningsklare pasienter. Nivået på antall utskrivningsklare pasienter er direkte avhengig av kommunens evne til å overta oppfølgingsansvaret. Økning siste periode kan ha sammenheng med influensa- og kuldeperiode. Antallet utskrivningsklare pasienter har i en periode vist tilnærmet uforandret antall, men liggetiden for den enkelte pasient har økt. Dette er bekymringsfullt og kan til dels knyttes til at kommunen har redusert kapasitet. Det er nå tatt initiativ ovenfor sykehjemsetaten i Oslo kommune for å bedre dette forholdet.

Sykehusinfeksjoner

Målet er at andel sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 pst. Siste prevalensmåling på Ullevål sykehus ble gjennomført 19. januar, og resultatet viste en andel av sykehusinfeksjoner på 4,6 pst. Dette er en klar nedgang fra tidligere undersøkelser, selv om nivået på sykehusinfeksjoner fortsatt er høyere enn målet. Årsaksforholdet er komplekst, men kan i hovedsak begrunnes i komplekse pasienter med lange intensivopphold, lange behandlingsforløp og til dels dårlig bygningsmasse.

Det er iverksatt arbeid med å lage en sentral overordnet strategi for å redusere antall sykehusinfeksjoner. Arbeidet med å øke registreringer av sykehusinfeksjoner i avvikssystemet kontinueres.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. For å kunne gi pasienten en timeavtale ved mottatt henvisning og samtidig sikre kontinuitet i behandling og oppfølging må bemanningsplanlegging forbedres. Dette arbeidet er nylig påbegynt og krever tilrettelegging både i de pasientadministrative systemene, de manuelle arbeidsprosessene og i bemanningsplanlegging.

4. ØKONOMISK RESULTAT OG RESSURSBRUK

Regnskapet til og med februar 2011 viser et negativt resultatavvik på om lag 148 mill kroner. Dette inkluderer økte pensjonskostnader utover forutsetningene i budsjett med 42 mill kroner, og korrigert for dette forholdet er det et negativt resultatavvik på 106 mill kroner. Resultatet er preget av noe usikkerhet både når det gjelder inntekter og kostnader.

For driftskostnadene er det et negativt avvik i forhold til budsjett på 86 mill kroner, hvorav 63 mill kroner er relatert til lønn. Akkumulert avvik for lønn må ses i forhold til negativt avvik for månedsværk. Sammenlignet med 2010 er lønnskostnader eksklusiv pensjon redusert med 4 pst. Kostnader til innleie er imidlertid økt i samme periode.

I januar ble pensjonskostnader bokført som budsjettert, mens pensjonskostnadene i februar er bokført ut fra nye beregninger fra pensjonskassene basert på endrede økonomiske forutsetninger. Avviket som følge av dette er synliggjort særskilt i rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF etter gitte retningslinjer. I omgrupperingsproposisjonen (Prop 32 S) heter det: ”*Dersom det skjer endringer i pensjonskostnadene etter at St.prp. nr. 1 er lagt fram, må det tas stilling til om endringene er så store at det bør gjøres endringer i bevilgningen til regionale helseforetak*”.

Resultatavviket er ikke jevnt fordelt mellom klinikkene. Fem av klinikkene (Klinikk kirurgi og nevrofag, Kreft- og kirurgiklinikken, Hjerter-, lunge- og karklinikken, Akuttklinikken og Oslo sykehusservice) har negative akkumulerte resultatavvik per februar på mer enn 10 mill kroner hver. Til sammen har disse klinikkene et negativt avvik hittil på 80 mill kroner. På grunn av utilstrekkelig oversikt over konsekvensene av ny grupperingslogikk i ISF-systemet er det foreløpig ikke fordelt endelig aktivitetsmål (DRG) på klinikkene. Det negative resultatavviket for DRG – om lag 20 mill kroner – ligger derfor foreløpig ikke inne i klinikkresultatene.

5. BEMANNING OG SYKEFRAVÆR

For februar 2011 rapporteres 17.474 månedsværk sammenlignet med 17.321 i januar. I mars reduseres antall månedsværk til 17.394. Noe av økningen fra januar til februar kan skyldes variable lønnskostnader fra jul/nyttår, som først er utbetalt i februar. Rapporterte årsværk i februar omfatter også noen ansatte som ikke fikk utbetalt lønn i januar og som dermed har fått sin etterutbetaling registrert som ett ekstra månedsværk i februar.

Sammenlignet med 2010 er det en reduksjon i antall årsværk på nærmere 1.100 i januar og februar i år, hvorav om lag 650-700 relateres til virksomhetsoverdragelser. Sammenlignet med budsjett er det per februar om lag 400 flere årsværk enn budsjettert. Det understrekes at budsjetterte årsværk er plantall basert på anslått årsværk som klinikkene budsjetttrammer gir grunnlag for og representerer ikke detaljerte bemanningsplaner avstemt mot planlagt aktivitet.

Sykefravær

Sykefraværet i desember 2010 var 7,7 pst, noe som er en økning på 0,2 pst fra januar 2010. Utvikling av sykefravær vil bli fulgt tett opp fremover.

Medarbeiderundersøkelse

Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet. Av tekniske årsaker kunne ikke foretaket gjennomføre digital undersøkelse høsten 2010. I stedet gjennomføres gruppesamtaler for å kartlegge utfordringer og utarbeide tiltak innen det psykososiale arbeidsmiljøet. Høsten 2011 planlegges gjennomføring av digital Medarbeiderundersøkelse som normalt.

6. INVESTERINGER*Investeringer i ordinær drift mv*

Oppdatert prognose for investeringer i 2011 viser per februar ingen avvik i forhold til budsjett.

Investeringer - Strategisk utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Helse Sør Øst RHF tildelte i 2010 Oslo universitetssykehus HF 100 mill kroner til omstillingsmidler knyttet til investeringer. Foretaket har i tillegg fått godkjent at likviditet fra salg av eiendom for 50 mill kroner benyttes inn mot investeringer knyttet til omstilling. Helse Sør-Øst RHF har videre varslet at ytterligere 150 mill kroner vil bli stilt til disposisjon i 2011. Forbruk for omstillingsinvesteringer er per februar lavere enn budsjettet.

7. LIKVIDITET

Likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF ved utgangen av februar 2011 var minus 2 720,6 mill kroner (dvs trekk av driftskreditt) mot anslått minus 2 859,6 mill kroner i kontantstrømbudsjettet for 2011. Det positive avviket (bedre likviditet enn budsjettet) på 139 mill kroner forklares i hovedsak ved forsinket betaling av pensjonspremie, lavere utbetalinger til investeringer enn forutsatt, samt oppgjør av fordringer og gjeld ut over det som er forutsatt i budsjettet. Det negative resultatavviket ved utgangen av februar bidro isolert sett til svekket likviditet.

Månedrappport for Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg til styresak 33/2011

Februar 2011

Om rapporten

Formål og innhold

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved OUS. Mer informasjon om andre indikatorer, på annet organisasjonsnivå og hyppigere oppdatert er tilgjengelig via Ledelsesinformasjonssystemet (LIS) <http://mittskrivebord.ous-hf.no/>. Rapporten har følgende hovedinndeling:

Del 1. OUS HF

Oppsummering

1.1. Hovedtall

1.2. Aktivitet

- DRG

- Andre aktivitetsindikatorer

1.3. Økonomi

1.4. Bemanning

Del 2. Klinikk

2.1. Aktivitet

- DRG

- Andre aktivitetsindikatorer

2.2. Økonomi

2.3. Bemanning

Rapporten er under utvikling og vil bli gjort tilgjengelig på Mitt skrivebord

http://ouslis.ad.ous-hf.no/LIS/Startside/OUSLis_Hovedmeny/index.htm

Oppsummering

Del 1. OUS HF

Aktivitet:

Antall DRG-poeng hittil er 35.973, og om lag 1.078 (tilsvarende 2,9 %) lavere enn budsjett hittil i år. Avviket er økt fra 183 poeng (1,0 %) i januar. Om lag halvparten av avviket for antall DRG-poeng kan relatertes til redusert aktivitet ved Aker i februar sammenlignet med januar. Antall poeng ved Aker er redusert med 504 (fra 1.816 til 1.312).

Ny grouper/ISF-regelverk for 2011 bidrar til en økning i antall poeng i 2011 gitt samme underliggende aktivitet som i 2010. Effekt av for 2011 er ikke ferdig analysert. Aktivitetsdata 2010 er derfor fremstilt med fjorårets grouper/ISF-regelverk. Utsatt frist for innsending av aktivitetsdata for 2010 til slutten av februar 2011 gir en større usikkerhet enn normalt knyttet til kvalitet og fullstendighet i registrerte aktivitetsdata hittil i år.

Økonomi:

Per februar 2011 er det et negativt resultatavvik på om lag 148 mnok. Dette inkluderer økte pensjonskostnader utover forutsetningene i budsjett med 42 mnok. Økte pensjonskostnader skyldes endrede økonomiske forutsetninger i NRS-beregningene. Korrigert for økte pensjonskostnader er det et negativt resultatavvik på 106 mnok. Avviket er økt fra 37 mnok i januar. Resultatet er preget av noe usikkerhet både når det gjelder inntekter og kostnader.

Bemanningsrapportering:

For februar 2011 rapporteres 17.474 månedsverk, sammenlignet med 17.321 i januar. I mars reduseres antall månedsverk til 17.394. Antall månedsverk i februar er dermed 153 høyere enn i januar. Variabel lønn (omgjort til månedsverk) rapporteres i den måneden lønn blir utbetalt, og ikke i den måneden arbeidet utføres. Noe av økningen fra januar til februar kan derfor skyldes variable lønnskostnader fra jul/nyttår, som først er utbetalt i februar.

Hovedtall

Del 1. Utvalgte nøkkeltall for OUS HF

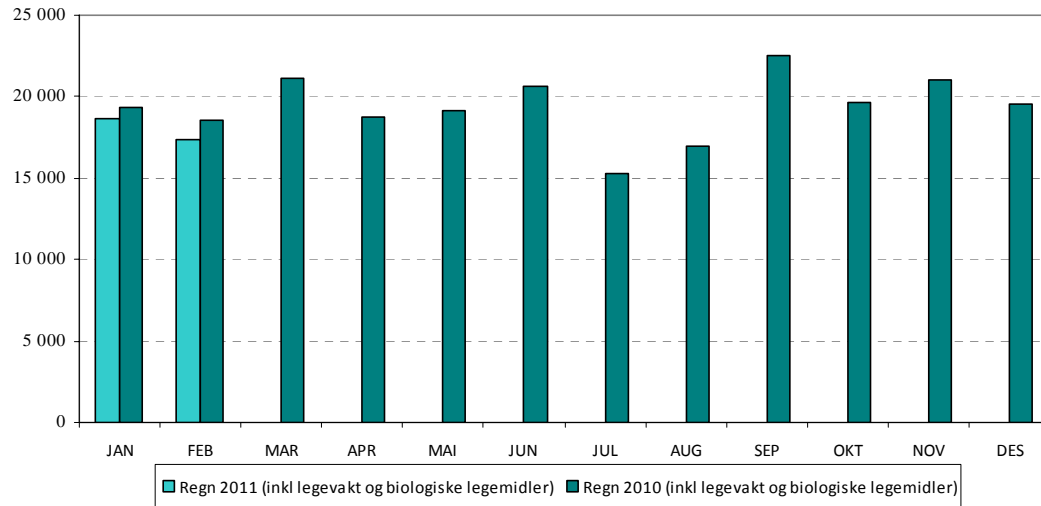
Rapportering februar 2011		Denne periode				Resultat hittil i år				Resultat hittil i fjor		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall	Endring 10-11	Endring fra 2010 i %
Pasientbehandling												
Somatikk	DRG-poeng totalt	17 493	18 387	-894	-4,9 %	35 973	37 051	-1 078	-2,9 %	37 934	-1 961	-5,2 %
	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	8 680	8 877	-197	-2,2 %	17 971	18 134	-163	-0,9 %			
	Dagopphold	6 127	6 329	-202	-3,2 %	13 065	12 818	247	1,9 %			
	Polikliniske konsultasjoner	65 303	62 713	2 590	4,1 %	134 828	126 336	8 492	6,7 %			
Voksen psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	117	185	-68	-36,8 %	239	392	-153	-39,0 %	761	-522	-68,6 %
	Liggedøgn	7 015	7 615	-600	-7,9 %	14 586	16 108	-1 522	-9,5 %	19 158	-4 572	-23,9 %
	Dagbehandling	46	286	-240	-83,9 %	176	592	-416	-70,3 %	589	-413	-70,1 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 896	6 229	-1 333	-21,4 %	10 176	12 744	-2 568	-20,1 %	18 227	-8 051	-44,2 %
Barne- og ungdoms psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	11	10	1	7,7 %	17	22	-5	-21,4 %	24	-7	-29,2 %
	Liggedøgn	586	476	110	23,1 %	1 183	1 007	176	17,5 %	1 147	36	3,1 %
	Dagbehandling	416	407	9	2,1 %	886	850	36	4,2 %	948	-62	-6,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 166	4 034	132	3,3 %	8 336	8 314	22	0,3 %	9 634	-1 298	-13,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	280	230	50	22,0 %	593	486	107	22,1 %	454	139	30,6 %
	Liggedøgn	3 265	2 659	606	22,8 %	6 712	5 674	1 038	18,3 %	6 277	435	6,9 %
	Dagbehandling	50	44	6	13,0 %	52	89	-37	-41,2 %	30	22	73,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	937	738	199	27,0 %	2 087	1 516	571	37,6 %	1 276	811	63,6 %
Organisasjon og ledelse												
Andel korridor pas.	Somatikk	1,3 %	0,0 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	-0,1 %	-0,1 %
	Psykisk helsevern	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	-0,3 %	-0,3 %
Liggedgr UK-pasienter	Somatikk	1,2 %				1,4 %				2,7 %	-1,3 %	-1,3 %
	Psykisk helsevern	0,1 %				0,1 %				4,9 %	-4,9 %	-4,9 %
Andel fristbrudd	Somatikk	13,8 %	0,0 %	13,8 %		17,2 %	0,0 %	17,2 %				
	Psykisk helsevern	15,8 %	0,0 %	15,8 %		15,5 %	0,0 %	15,5 %				
	TSB	15,4 %	0,0 %	15,4 %		20,5 %	0,0 %	20,5 %				
Økonomi og personell												
Økonomi	Resultat justert for økte pensjonskostnader	-103 504	-34 991	-68 512	-4,4 %	-179 883	-73 679	-106 204	-3,4 %	-	-	-
Personell	Årsverk totalt (brutto)	17 474	16 904	570	3,4 %	17 397	16 981	417	2,5 %	18 566	-1 092	-5,9 %
	Sykefravær (januar)	7,7 %	7,4 %	0,3 %	0,3 %	8,1 %	7,4 %	0,7 %	0,7 %	7,5 %	0,2 %	0,2 %

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

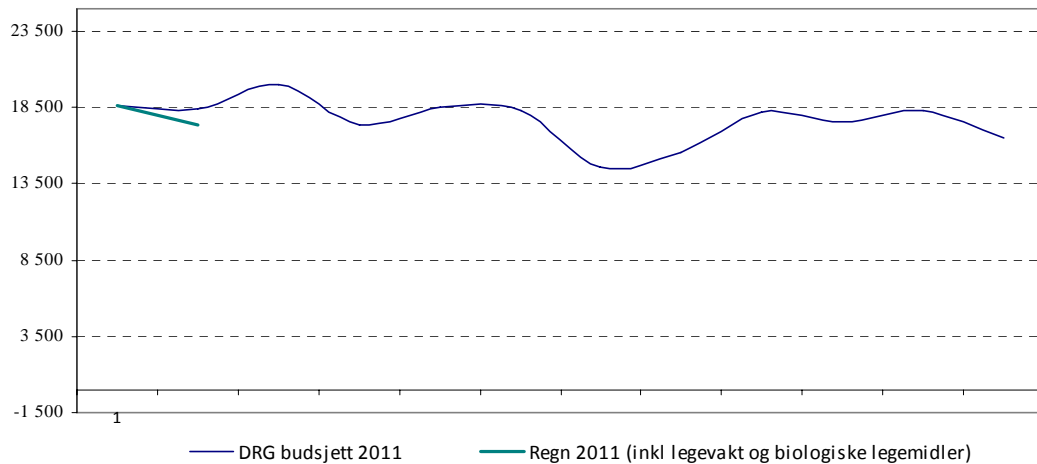
Aktivitet

Del 1. DRG aktivitet ved OUS HF

DRG AKTIVITET - 2011 vs 2010



DRG AKTIVITET - avvik fra budsjett



Kilde: LIS rapport "belegg" samt resultatrapport HSØ (budsjett)

Del 1. Resultat for OUS HF

	Jan	Feb	Resultat hittil	Budsjett hittil	Avvik
Basisramme	857 451	836 185	1 693 636	1 693 636	0
ISF egne pasienter	202 570	186 334	388 903	416 646	-27 743
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	52 702	49 744	102 446	86 482	15 964
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	3 135	3 135	6 270	6 272	-2
Gjestepasienter	59 219	14 451	73 670	88 802	-15 132
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	176 308	176 811	353 119	344 189	8 931
Polikliniske inntekter	29 902	31 130	61 031	67 204	-6 173
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	1 373	1 640	3 013	3 315	-303
Andre øremerkede tilskudd	70 284	54 070	124 354	167 484	-43 130
Andre driftsinntekter	39 093	64 342	103 435	100 524	2 911
Sum driftsinntekter	1 492 036	1 417 842	2 909 877	2 974 554	-64 677
Kjøp av offentlige helsetjenester	2 468	1 764	4 232	2 486	1 746
Kjøp av private helsetjenester	8 254	8 602	16 856	18 573	-1 717
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	194 528	160 793	355 321	351 314	4 006
Innleid arbeidskraft	11 617	12 231	23 848	11 067	12 780
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	7 263	5 369	12 632	12 993	-361
Lønn til fast ansatte	739 216	713 743	1 452 959	1 439 524	13 435
Overtid og ekstrahjelp	77 287	88 267	165 554	83 879	81 675
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	152 528	192 518	345 047	302 885	42 162
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-45 787	-59 163	-104 950	-70 289	-34 661
Annen lønn	120 367	132 686	253 053	250 128	2 926
Avskrivninger	75 448	74 398	149 846	150 938	-1 091
Nedskrivninger	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	215 715	225 538	441 253	475 852	-34 599
Sum driftskostnader	1 558 905	1 556 746	3 115 651	3 029 352	86 299
Driftsresultat	-66 869	-138 905	-205 774	-54 797	-150 977
Finansinntekter	518	2 433	2 951	2 740	211
Finanskostnader	10 028	9 194	19 222	21 622	-2 400
Finansresultat	-9 510	-6 761	-16 271	-18 882	2 611
Ordinært resultat	-76 379	-145 666	-222 045	-73 679	-148 366
Herav økte pensjonskostnader utover forutsetninger i Prop. 1 S (2010-2011)	0	-42 162	-42 162	0	-42 162
Resultat justert for økte pensjonskostnader	-76 379	-103 504	-179 883	-73 679	-106 204

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under "Rapportpakke_1102_110310_v09b.ZIP"

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



Del 1. Regnskapsutvikling OUS HF

	Resultat hiå 2011	Regnskap hiå 2010	Avvik
Basisramme	1 693 636	1 832 884	-139 248
ISF egne pasienter	388 903	411 721	-22 818
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	102 446	96 254	6 192
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	6 270	7 035	-765
Gjestepasienter	73 670	79 781	-6 111
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	353 119	289 383	63 736
Polikliniske inntekter	61 031	62 264	-1 233
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	3 013	3 246	-234
Andre øremerkede tilskudd	124 354	140 344	-15 990
Andre driftsinntekter	103 435	116 830	-13 395
Sum driftsinntekter	2 909 877	3 039 741	-129 864
Kjøp av offentlige helsetjenester	4 232	6 675	-2 443
Kjøp av private helsetjenester	16 856	17 017	-161
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	355 321	352 586	2 735
Innleid arbeidskraft	23 848	16 700	7 148
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	12 632	7 482	5 150
Lønn til fast ansatte	1 452 959	1 540 755	-87 796
Overtid og ekstrahjelp	165 554	132 044	33 510
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	345 047	328 678	16 368
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-104 950	-94 544	-10 406
Annen lønn	253 053	265 655	-12 602
Avskrivninger	149 846	147 368	2 479
Nedskrivninger	0	0	0
Andre driftskostnader	441 253	376 819	64 434
Sum driftskostnader	3 115 651	3 097 236	18 415
Driftsresultat	-205 774	-57 494	-148 280
Finansresultat	-16 271	-16 537	266
Ordinært resultat	-222 045	-74 031	-148 014
Herav økte pensjonskostnader utover forutsetninger i Prop. 1 S (2010-2011)	-42 162	0	-42 162
Resultat justert for økte pensjonskostnader	-179 883	-74 031	-105 852

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under "Rapportpakke_1102_110310_v09b.ZIP"

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

Bemanning

Del 1. Nøkkeltall OUS HF

Indikator	Faktisk 2010				Faktisk 2011				Endring fra samme periode i 2010			
	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	jan	feb	mars	Endring fra hittil i fjor
Brutto månedsverk	18 470	18 663	18 258	18 464	17 321	17 475	17 394	17 397	-1 149	-1 188	-864	-1 067
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	971	1 002	1 024	999	983	1 022	1 025	1 010	11	21	1	11
Innleie fra vikarbyrå	87	145	164	132	166	173	0	169	79	28		37
Månedsverk månedslønnede	17 398	17 353	16 994	17 248	15 897	16 044	16 051	15 997	-1 501	-1 309	-942	-1 251
Månedsverk variabelønnede	1 072	1 310	1 264	1 215	1 424	1 430	1 342	1 399	352	121	78	184
Netto månedsverk nasj. ind.	15 509	15 381	15 155	15 348	14 593	0	0	14 593	-915			-915
Sykefraværspersent	7,5	8,1	7,8	7,8	7,7	0,0	0,0	7,7	0,2			0,2

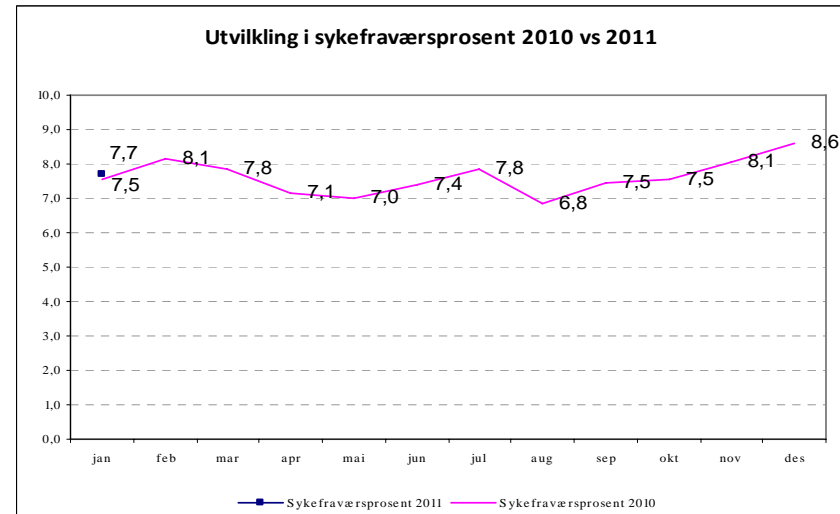
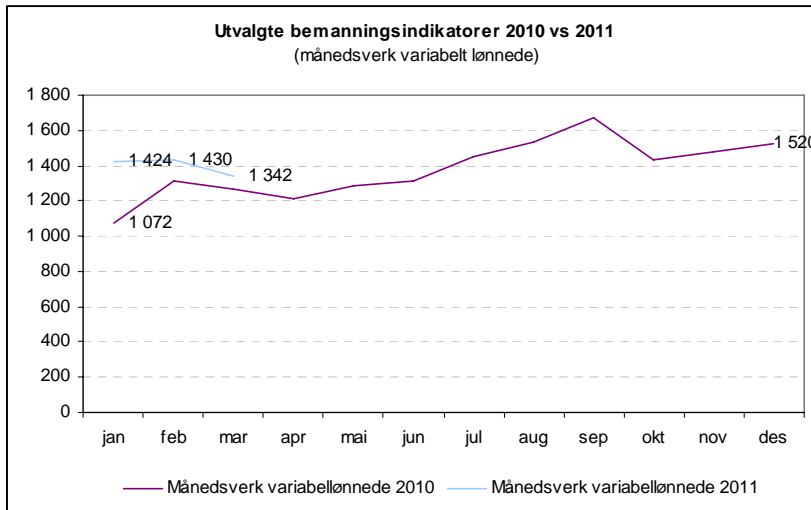
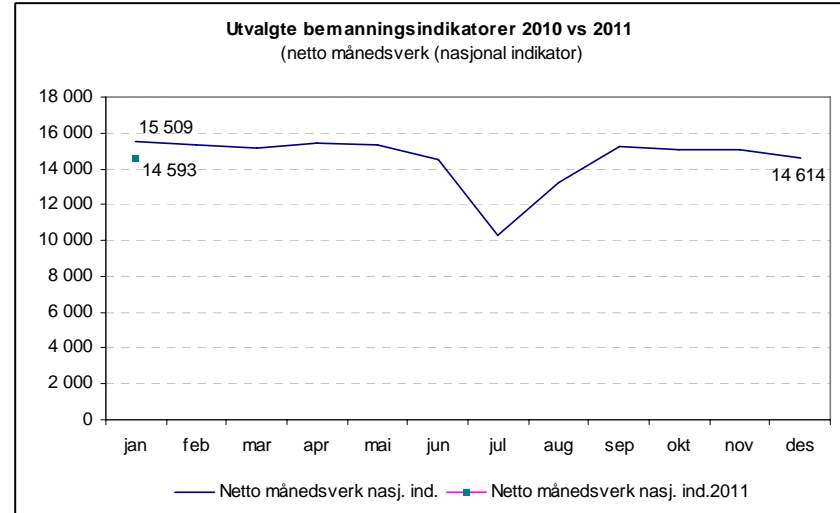
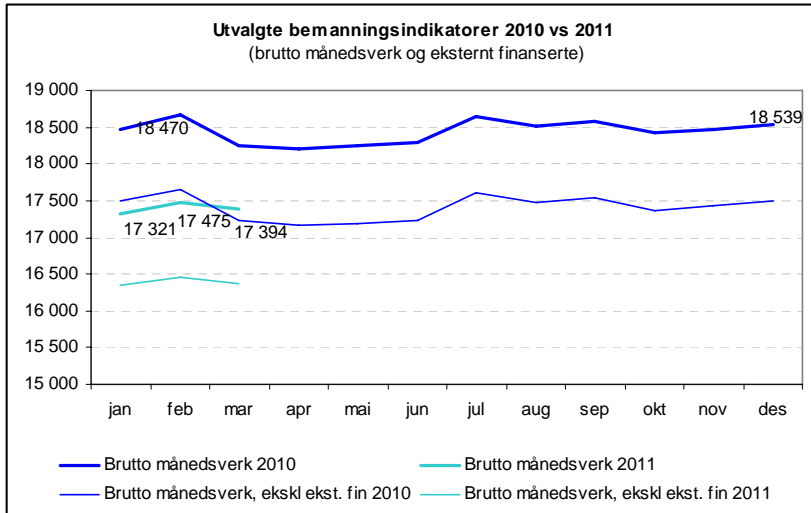
Kommentar: Det kan være endringer knyttet til bruken av TT koder som påvirker sammenlikningen mellom 2009 og 2010 spesielt i forholdet mellom månedslønnede og variabelt lønnede.

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583.

Sammenstillingen av indikatorene sendes også klinikkene

Bemanning

Del 1. Nøkkeltall OUS HF



DRG aktivitet

Del 2. Tall per klinikk

Fra RAPPORT - FAGENHET	Januar 2011	Februar 2011	Hittil i år (2011- grupper)	Hittil i fjor (2010- grupper)	Endring 2010- 2011
MED MEDISINSK KLINIKK	2 124	1 863	3 987	4 616	-629
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG ekskl. LV	4 274	4 123	8 397	8 969	-572
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	2 921	2 675	5 596	6 068	-472
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	3 698	3 316	7 014	7 402	-388
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	2 887	2 726	5 613	5 420	193
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	1 620	1 549	3 169	3 393	-224
AKU AKUTTKLINIKKEN	628	587	1 215	1 581	-366
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	102	102	204	121	83
Sum fra LIS OUS	18 254	16 941	35 195	37 570	-2 375
Biologiske legemidler	212	212	424		
Legevakten (LV) (klinikk C)	168	168	336		
Totalt antall DRG-poeng	18 634	17 321	35 955		
Budsjett			37 051		
Avvik i forhold til budsjett			-1 096		

Kilde: LIS rapport "DRG rapporter"

Faktiske tall 2010 er ikke direkte sammenliknbare med tall for 2011 pga ulike DRG grupper/regelverk for hvert av årene, innføringen av nye pasientadministrative systemer, ny felles registreringspraksis med mer. Det jobbes med å revidere de klinikkvise DRG budsjettene.

Aktivitet

Del 2. Antall fristbrudd per klinikk i februar

	Ekskludert utsettelse		
	Frist brudd	Ant med frist i perioden	Andel fristbrudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	31	204	15,1
Medisinsk klinikk	118	800	14,7
Klinikk for kirurgi og nevrofag	314	1838	17,0
Kvinne- og barneklubben	80	629	12,7
Kreft - og kirurgiklubben	141	971	14,5
Hjerte-, lunge- og karklubben	34	594	5,7
Klinikk for spesialisert medisin	68	464	14,6
Akuttklubben	2	102	1,9
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	0	85	0,0
Direktørens stab	1	1	100,0
Mangler verdi	2	19	10,5
Ukjent verdi	0	0	0,0
Totalt	791	5707	13,9 %

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.

Økonomisk resultat

Del 2. Tall per klinikk

Pr. 28.02.2011 per 02 v09b

	Årsbudsjett	Budsjettert hittil	Akkumulert avvik fra budsjett			■ Akk avvik resultat denne mnd	■ Akk avvik resultat forrige
			Inntekt	Kostnad	Resultat		
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	1 738 939	300 873	2 086	-4 830	-2 744	-2 744	-1 335
MED MEDISINSK KLINIKK	904 094	166 025	1 134	-5 620	-4 486	-4 486	-4 044
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 646 215	287 164	4 342	-19 402	-15 060	-15 060	-6 464
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 304 340	230 599	-1 108	-2 619	-3 727	-3 727	-2 068
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	1 300 498	220 597	1 890	-11 951	-10 061	-10 061	-5 043
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	885 388	152 038	-4 298	-10 978	-15 275	-15 275	-5 321
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	721 950	117 639	-3 305	-2 595	-5 900	-5 900	-3 364
AKU AKUTTKLINIKKEN	1 870 777	321 362	263	-19 302	-19 039	-19 039	-11 688
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	1 842 860	319 885	805	-3 909	-3 103	-3 103	1 642
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 764 820	325 177	-2 853	-18 043	-20 896	-20 896	-9 769
KRG KREFTREGISTERET	126 141	21 584	-1 982	1 982	0	0	0
STA STAB	1 292 986	218 742	1 855	2 644	4 499	4 499	-51
FPO FELLESPOSTER	2 179 542	366 514	-62 210	9 174	-53 037	-53 037	2 471
AS KONSERN	-12 250	34	0	464	464	464	433
RESULTAT	17 566 300	3 048 234	-63 381	-84 985	-148 366	-148 366	-44 582
Herav økte pensj.kost utover forutsatt i Prop. 1 S (2010-2011)	0	0	0	-42 162	-42 162	-42 162	-42 162
Resultat justert for økte pensjonskostnader	17 566 300	3 048 234	-63 381	-42 823	-106 204	-106 204	-106 204

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under "Rapportpakke_1102_110310_v09b.ZIP"

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

Bemanning

Del 2. Brutto månedsverk per klinikk

Brutto månedsverk	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra budsjett hittil i år
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 912	2 934	2 886	2 911	2 419	2 340	2 351	2 370	-541	
MED MEDISINSK KLINIKK	1 590	1 591	1 542	1 574	1 304	1 257	1 195	1 252	-323	
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 931	1 944	1 926	1 933	1 956	1 994	1 998	1 983	49	
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 762	1 789	1 750	1 767	1 680	1 718	1 723	1 707	-60	
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	1 760	1 786	1 756	1 768	1 726	1 735	1 736	1 732	-35	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	859	882	860	867	841	878	894	871	4	
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	838	859	837	845	812	841	835	829	-15	
AKU AKUTTKLINIKKEN	2 255	2 276	2 223	2 251	2 209	2 236	2 219	2 221	-30	
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	2 100	2 115	2 083	2 099	2 009	2 042	2 020	2 024	-75	
KRG KREFTREGISTERET	116	117	115	116	117	119	119	119	2	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 857	1 894	1 845	1 865	1 751	1 783	1 757	1 764	-102	
STA STAB	456	450	426	444	381	384	388	384	-59	
FPO FELLESPOSTER	17	11	8	12	7	8	7	7	-5	

Brutto månedsverk, eksternt finansiert	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra budsjett hittil i år
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	63	68	69	67	49	52	51	51	-16	
MED MEDISINSK KLINIKK	65	66	64	65	55	58	61	58	-7	
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	41	44	47	44	43	43	41	42	-2	
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	58	58	89	68	80	85	85	83	15	
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	298	304	296	299	289	295	299	294	-5	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	22	26	27	25	22	26	26	24	0	
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	88	92	87	89	77	84	83	82	-7	
AKU AKUTTKLINIKKEN	4	4	9	6	8	7	7	7	2	
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	205	210	206	207	203	214	211	209	2	
KRG KREFTREGISTERET	116	117	115	116	117	119	119	119	2	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1	1	1	1	0	1	1	0	-1	
STA STAB	5	6	6	6	31	31	34	32	27	

Kommentar: Bemanningsbudsjettene kvalitetssikret pt i klinikkene og fremstilles ikke her men vil inngå sammenstillingen av indikatorene som sendes klinikkene separat. Klinikkenes bes også kvalitetssikre eventuelle organisatoriske enheter som ikke aggregeres til klinikk. Dette kan gi avvik mellom sum klinikk og OUS HF nivå samt noen endringer i beskrivelsen av utviklingen mellom klinikker.

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583. Sammenstillingen av indikatorene sendes også klinikkene

Bemanning

Del 2. Månedsværk variabelt lønnede og månedsværk månedslønnede per klinikk

Månedsværk månedslønnede	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra budsjett hittil i år
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 599	2 601	2 562	2 587	2 021	2 036	2 036	2 031	-557	
MED MEDISINSK KLINIKK	1 473	1 452	1 417	1 447	1 151	1 106	1 083	1 113	-334	
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 846	1 818	1 792	1 819	1 817	1 845	1 848	1 837	18	
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 692	1 690	1 653	1 678	1 579	1 612	1 615	1 602	-76	
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	1 703	1 722	1 686	1 703	1 655	1 665	1 671	1 664	-40	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	815	822	812	816	791	818	825	811	-5	
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	818	819	804	814	787	803	802	797	-17	
AKU AKUTTKLINIKKEN	2 086	2 067	2 035	2 062	1 978	1 980	1 993	1 984	-79	
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	2 054	2 060	2 026	2 047	1 954	1 962	1 958	1 958	-89	
KRG KREFTREGISTERET	113	115	112	114	116	115	116	116	2	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 722	1 720	1 667	1 703	1 557	1 575	1 577	1 569	-133	
STA STAB	448	442	418	436	376	381	383	380	-56	
Månedsværk variabellønnede	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra budsjett hittil i år
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	313	333	324	323	398	304	316	339	16	
MED MEDISINSK KLINIKK	117	139	125	127	152	151	112	138	11	
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	85	126	133	115	139	149	150	146	31	
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	70	98	97	89	101	106	109	105	17	
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	58	64	71	64	71	70	65	69	4	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	44	61	48	51	51	60	69	60	9	
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	20	40	33	31	26	38	33	32	1	
AKU AKUTTKLINIKKEN	169	209	188	189	232	255	225	237	49	
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	46	55	57	53	55	80	62	66	13	
KRG KREFTREGISTERET	3	2	3	3	1	4	3	3	0	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	135	174	178	162	194	208	180	194	32	
STA STAB	7	7	8	7	5	3	5	4	-3	

Kommentar: Bemanningsbudsjettene kvalitetssikret pt i klinikkene og fremstilles ikke her men vil inngå sammenstillingen av indikatorene som sendes klinikkene separat. Klinikkene bes også kvalitetssikre eventuelle organisatoriske enheter som ikke aggregeres til klinikk. Dette kan gi avvik mellom sum klinikk og OUS HF nivå samt noen endringer i beskrivelsen av utviklingen mellom klinikker.

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583. Sammenstillingen av indikatorene sendes også klinikkene

Bemanning

Del 2. Netto månedsverk (nasjonal indikator) per klinikk

Netto månedsverk nasj. ind.	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 471	2 451	2 408	2 443	2 012	0	0	2 012	-432
MED MEDISINSK KLINIKK	1 355	1 329	1 290	1 324	1 128	0	0	1 128	-196
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 620	1 611	1 598	1 610	1 649	0	0	1 649	39
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 439	1 427	1 422	1 429	1 396	0	0	1 396	-33
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	1 436	1 443	1 436	1 438	1 465	0	0	1 465	27
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	725	740	715	727	715	0	0	715	-11
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	693	707	683	694	683	0	0	683	-11
AKU AKUTTKLINIKKEN	1 897	1 865	1 860	1 874	1 882	0	0	1 882	8
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	1 772	1 741	1 725	1 746	1 719	0	0	1 719	-26
KRG KREFTREGISTERET	102	101	95	100	100	0	0	100	0
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 548	1 536	1 525	1 536	1 479	0	0	1 479	-58
STA STAB	417	404	389	403	353	0	0	353	-50
FPO FELLESPOSTER	16	11	8	12	8	0	0	8	-4

Kommentar: Det budsjetteres ikke på netto årsverk. Klinikkenes bes kvalitetssikre eventuelle organisatoriske enheter som ikke aggregeres til klinikk. Dette kan gi avvik mellom sum klinikk og OUS HF nivå samt noen endringer i beskrivelsen av utviklingen mellom klinikker.

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583. Sammenstillingen av indikatorene sendes også klinikkene

Bemanning

Del 2. Innleie av helsepersonell per klinikk

Innleie fra vikarbyrå	jan	feb	mar	Hittil i fjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	3,4	9,2	3,7	5,4	7,7	15,8	0,0	11,8	6,3
MED MEDISINSK KLINIKK	10,6	12,0	23,0	15,2	15,8	15,3	0,0	15,6	0,3
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	9,7	18,4	28,8	19,0	27,7	25,2	0,0	26,5	7,5
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	8,4	17,8	19,3	15,2	20,7	27,7	0,0	24,2	9,0
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	5,0	6,9	7,4	6,4	8,5	12,4	0,0	10,4	4,0
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	16,9	22,2	20,8	20,0	25,5	14,7	0,0	20,1	0,1
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	8,1	6,4	11,9	8,8	6,1	6,0	0,0	6,1	-2,7
AKU AKUTTKLINIKKEN	23,6	51,2	43,1	39,3	49,9	47,2	0,0	48,6	9,3
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	-0,7	2,3	4,7	2,1	3,4	6,7	0,0	5,1	2,9
KRG KREFTREGISTERET	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,3
STA STAB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
SUM	86	147	163	132	166	171	0	168	37

Kilde: Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583 se definisjon av bemanningsindikatorene

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

Bemanning

Del 2. Sykefravær per klinikk

Sykefraværsprosent	jan 2010	feb 2010	mar 2010	Hittil i fjor	jan 2011
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	8,2	8,1	8,2	8,2	8,3
MED MEDISINSK KLINIKK	6,9	7,8	7,7	7,5	7,0
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	6,8	7,7	7,5	7,4	7,6
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	7,2	8,4	8,2	7,9	7,9
KRK KREFT- OG KIRURGIKLINIKKEN	7,7	7,6	6,9	7,4	6,9
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	7,2	8,0	7,9	7,7	6,0
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	7,3	7,8	7,1	7,4	7,7
AKU AKUTTKLINIKKEN	7,2	8,4	8,1	7,9	8,0
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	6,5	7,2	6,4	6,7	7,4
KRG KREFTREGISTERET	4,7	4,6	6,6	5,3	4,4
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	10,4	10,8	10,3	10,5	10,4
STA STAB	3,8	3,8	3,4	3,7	4,3

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg 4582 og 4583. Sammenstillingen av indikatorene sendes også klinikkene

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 normaltids og hva som gjøres gjennom variabelønnsinnsats (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 normaltids og hva som gjøres gjennom variabelønnsinnsats (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 konto 4582 (Pleiepersonell) og 4583 (Lege) er omregnet til månedsverk basert på timepriser (hhv. 437, 819 i 2010) pr gruppe og 154 gj.sn. timer per måned i full stilling.
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: 31. mars 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

**SAK 31/2011: ORIENTERINGSSAK
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS
ORIENTERINGER**

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 24. mars 2011

Siri Hatlen

Styremøte 31. mars 2011

Administrerende direktørs orienteringer

1. "Rikets tilstand"

Den siste tiden har det blitt jobbet med stort fokus på kvalitetssikring av rammebetingelser for Dag 4 og forankring av strategisk utviklingsplan 2025/målbilde Dag 5. Hver 14 dag er det gjennomført storledermøter, dvs utvidet ledergruppe med nestledere, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter for å sikre best mulig prosess og den 5. april blir det holdt N3-samling for å forankre prosessen ytterligere.

For å tydeliggjøre arbeidsgiverrollen og gjennomføre et ryddig lønnsoppgjør, er det Oslo universitetssykehus mål at ledere og andre medarbeidere som representerer arbeidsgiver skal få sin lønn fastsatt etter samtale med nærmeste leder, uavhengig av oppgjøret for den fagforening de måtte tilhøre. 22. mars var frist for gjennomføring av medarbeidersamtaler og fastsetting av individuelle mål for 2011 for alle ledere på nivå 2 og 3 ved Oslo universitetssykehus.

Lønnsregulering for ledere og arbeidsgiverrepresentanter gjøres innenfor en ramme fastsatt av foretakets ledelse. Rammen er i tråd med forventet lønnsutvikling i samfunnet forøvrig og for organisasjonene ved Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har gjennomført lederoppgjør for både 2010 og 2011 innenfor etablerte rammer.

2. Drift

- **Bortfall av strøm, og IKT tjenester på OUS torsdag 3. mars og oppfølgende aktiviteter**

Torsdag 3. mars ble det gjennomført en rutinemessig nødstrømtest på Rikshospitalet av nødstrøm og avbruddssikker strøm til ett av to datarom på Rikshospitalet. I løpet av testen feilet to av sikkerhetssystemene for strømforsyning til datarommet med den konsekvens at alle systemer som ble kjørt fra dette datarommet falt ut. For OUS hadde dette som konsekvens at flere kritiske systemer var utilgjengelig for lokalisasjonene Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Grønn beredskap ble etablert på sykehuset frem til mandag 7. Aker sykehus ble ikke rammet av hendelsen.

Søndag 6. mars måtte sykehusets IKT systemer kjøres kontrollert ned slik at avbruddssikker strøm kunne kobles inn igjen på datarommet. Et slikt bortfall av kritiske IKT tjenester påvirker sykehusets effektivitet, men det er ikke rapportert om at hendelsen hadde konsekvenser for pasienter liv og helse.

- **Ekstern risiko- og sårbarhetsanalyse av IKT**

Hendelsen avdekket flere kritiske avhengigheter og manglende redundans i flere IKT systemer. Som en konsekvens av dette har Oslo universitetssykehus besluttet å iverksette en ekstern risiko- og sårbarhetsanalyse med fokus på å identifisere risiko samt å etablere tiltak for å redusere risikoen for at feil kan oppstå. ROS analysen skal også sikre at sykehusets manuelle rutiner er optimale, slik

sykehuset kan drive god pasientbehandling også i slike situasjoner. Analysen skal avdekke eventuelle svakheter ved IKT-systemene - ved sykehuset og grensesnitt mot eksterne parter. Analysen skal brukes til å planlegge tiltak som reduserer risiko, omfang, varighet og betydningen av en IKT-svikt, eller som gjør sykehuset bedre forberedt hvis systemene er nede. Forespørsel er sendt ut i markedet.

- **Ekstern risiko- og sårbarhetsanalyse av bygg/eiendom/HMS**

Det er iverksatt et forberedende arbeid med utlysning av oppdrag for gjennomgang av foretakets bygningsmasse og utstyr med fokus på bl.a. HMS relaterte forhold, brann/sikkerhet og kjemikaliehåndtering.

- **Endringer i arbeidsgiveransvar mellom Inven2 og Oslo universitetssykehus**

Det vises til orientering til styret 28.10.2010 og 17.12.2010. Saken gjelder arbeidsgiveransvar for forskningspersonell som pr i dag er formelt ansatt i Inven2 og lønnet over midler i fond disponert av Oslo universitetssykehus eller Universitetet i Oslo.

En konsekvens av de vurderte endringsbehov er endret arbeidsgiveransvar, der hvor reelt arbeidsgiveransvar synes å ligge hos Oslo universitetssykehus eller Universitetet i Oslo, og ikke hos Inven2. Oslo universitetssykehus vil med en slik endring få flere ansatte, i størrelsesorden 35-40 personer i heltids- eller deltidsstillinger, hvorav noen fast ansatte og noen midlertidig ansatte. Antall vil variere over tid i likhet med øvrig eksternt finansierte forskerstillinger og tilgjengelige midler i fond, omfang av pågående kliniske studier etc. Finansiering av stillingene vil fortsatt være knyttet til midler i fond forvaltet av Inven2, så lenge det finnes tilgjengelige midler. De som får fast stilling i Oslo universitetssykehus vil sykehuset fortsatt ha arbeidsgiveransvar for når fondsfinansiering tar slutt.

Styret i Inven2 har vedtatt overgangsordninger for forlengelse av dagens midlertidige ansettelser med svært knappe tidsfrister. Oslo universitetssykehus arbeider for en snarlig avklaring, herunder nødvendige avklaringer mot universitetet. Det må sikres tilstrekkelig informasjon til ny arbeidsgiver i klinikken og den enkelte ansatte

3. Pasientsikkerhet og kvalitet

- **Beslutning om ikke å delta i PasOpp 2011**

Etter en samlet vurdering av resultater ved gjennomføring av undersøkelsen, ressursbruk og konsekvens, har Oslo universitetssykehus besluttet å ikke delta i årets PasOpp-undersøkelse 2011. Dette begrunnes hovedsakelig ut fra at undersøkelsen forutsettes å gjennomføres som om Oslo universitetssykehus fortsatt er 4 sykehus (jfr. drøftingsrunde med Kunnskapscenteret og Helsedirektoratet), samtidig som at resultatene erfaringsmessig blir publisert tidlig høst 2012. På dette tidspunkt blir det lite meningsfullt i forhold til fritt sykehusvalg å fremstille Oslo universitetssykehus 4 sykehus i stedet for ett.

Deltakelse i PasOpp-undersøkelsene er ikke formelt obligatorisk eller på annen måte forskriftsregulert. Deltakelse er dermed en beslutning som helseforetaket selv kan gjøre. Forventningene om deltakelse er likevel stor, og manglende deltakelse må forventes å bli bemerket.

I løpet av 2011 vil det bli etablert interne brukerundersøkelser i Oslo universitetssykehus.

- **Administrerende direktørs utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet**

Første møte ble avholdt onsdag 16. mars. Utvalget består av totalt 15 medlemmer med god

spredning mellom klinikker, lokalisasjoner og nivåer i organisasjonen. Medlemmene er oppnevnt etter forslag fra klinikkene og gjennom en sykehusintern utlysning til alle ansatte.

I tillegg er brukerrådets leder og eksternt representant fra Institutt for energiteknikk med forskningstilhørighet innen "mennesker, teknologi og organisasjon" oppnevnt som medlemmer til utvalget.

Første møte ble i hovedsak brukt til å dele erfaringer, kompetanse og interesse for å sitte i utvalget. Det ble videre orientert om sykehusets deltagelse i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen samt noen av de verktøy som er aktuelle å benytte i den sammenheng. Utvalgets første anbefaling er at sykehuset skal tilstrebe åpenhet også eksternt i forhold til de uønskede hendelsene som blir registrert og utredet i sykehuset, ref praksis ved store sykehus i nordiske land.

Det skal avholdes månedlige møter og informasjon fra møtene legges fortløpende ut på nettet.

- **Gjennomgang av hendelser**

Skriftlig redegjørelser av utvalgte hendelser vil bli sendt ut i lukket forsendelse til styrets medlemmer til neste styremøte der det vil lagt opp til nærmere dialog. Dette er utsatt grunnet andre store saker i dette møtet.

4. Saker fra Konsernrevisjon

- **Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF**

Styret er tidligere orientert om ovennevnte revisjon som omfatter alle helseforetakene. (Styremøte 24.11.2010, sak 147/2010 Andre orienteringer.) 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 i sin andre fase. Den 4. april kommer Konsernrevisjonen til helseforetaket for å gjennomføre intervju og bli vist hvordan opplegget i foretaket er. Det er foreløpig bedt om en dybdegjennomgang av etiske retningslinjer for innkjøp og intervju med laveste ledernivå i klinikk om hvordan eierkrav som mottas forankres, gjennomføres og rapporteres. Det er flere fra direktørens stab som deltar på revisjonsdagen.

5. Organisering og utvikling

- **Sammenslåing av Stab medisin og helsefag og Stab pasientsikkerhet, kvalitet og HMS**

Stabsdirektør Eva Bjørstad ble fra 2. mars leder for en samlet stabsenhet for medisin og helsefag, pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. Ny leder er gitt i oppdrag å lede det videre arbeidet med å organisere den samlede stabsenheten, herunder å komme fram til et nytt navn på enheten.

Fra samme dato ble personalansvaret for medarbeiderne i Stab medisin og helsefag overført til Eva Bjørstad, slik at personalansvaret i de to enhetene også blir samlet. Einar Hysing fortsetter som medisinsk direktør og Erik Carlsen som stedfortreder, med rapportering til administrerende direktør.

- **Ny utdanningsseksjon har startet jobben med å lage utdanningsstrategi**

En ny utdanningsseksjon skal arbeide for at Oslo universitetssykehus skal bli best på utdanning og en av de første oppgavene til utdanningsseksjonen skal gjøre sammen med utdanningsutvalget i sykehuset er å lage en utdanningsstrategi for hvordan Oslo universitetssykehus kan bli best på utdanning.

Seksjonen ligger under Stab Forskning, innovasjon og utdanning (FIU) og skal ledes av Edvard Hauff. Seksjonen skal ha det strategiske ansvaret for grunn- og videre og etterutdanningsvirksomhet, og det daglige arbeidet vil være knyttet til samarbeide med utdanningsinstitusjonene og klinikkene ved Oslo universitetssykehus.

- **Utredning av grunnlag for etablering av intern felles personalformidling ved Oslo universitetssykehus**

Ledermøtet har vedtatt etablering av en prosjektgruppe som skal komme med forslag til en intern vikarformidling for hele Oslo universitetssykehus ut fra en kartlegging av behov og erfaringer som er gjort gjennom flere år av Personalformidling ved Ullevål.

Personalformidling ved Ullevål er et internt tilbud om bistand til formidling av helsepersonell til lang- og korttidsfravær på bestilling fra de enkelte kliniske avdelinger ved sykehuset. Ideen om å etablere et eget "vikarbyrå" internt på sykehuset var å skape en operativ enhet med spesialkompetanse innen rekruttering og bemanning som kan være et supplement og avlastning for driftsansvarlige i avdelingene som bruker mye tid til å skaffe ekstravakter og vikarer. I tillegg til selve formidlingen skal Personalformidling bidra til økt kontroll over bruk av overtid, innleie fra eksterne vikarbyråer og at HINAS-avtalen holdes. Eksterne vikarbyråer er et tilbud som skal videreføres i tillegg til en eventuell intern personalformidling. Personalformidling er også et tilbud til fast ansatte sykepleiere som går i uønsket deltid fulltids ansettelse. Fra januar 2010 ble også Ressursspoolen ved Aker en del av Personalformidling. Dagens tilbud ved Personalformidling er delt i to: De har ressursykepleiere som er fast ansatte ved Personalformidling (Ullevål og Aker) og som dekker, lang- og korttidsfravær ved avdelingene. Videre har de ekstravakter som dekker korttidsfravær innenfor pleie og omsorg (sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter).

Økt fokus på pasientbehov, knyttet til tilgjengelighet, kvalitet og service gjør at sykehuset må være kontinuerlig oppdatert på endring og utvikling, blant annet når det gjelder tilgjengelige pleieressurser i kombinasjon med tilrettelegging og organisering av tjenestene.

6. Samarbeid med eksterne

- **Sykehuspartner - leveransesituasjonen**

I vedlagte brev av 8. mars 2011 til Helse Sør-Øst RHF tar Oslo universitetssykehus opp vår bekymring for leveransesituasjonen hos Sykehuspartner. Vi ønsker samarbeid og dialog med premissgiver Helse Sør-Øst og Sykehuspartner for å søke å bidra til at situasjonen kan bedres og risiko reduseres. Det er også avtalt møte mellom toppledelsen i SP og Oslo universitetssykehus i nær fremtid.

For å gi bedre grunnlag for en helhetlig samhandling mellom Sykehuspartner som leverandør og Oslo universitetssykehus som kunde og bestiller, vil vi ta initiativ for å etablere et fast kundemøte hvor status for leveranser og andre forhold innen alle tjenesteområdene vil være tema.

- **Samarbeidsmøte med Universitetet i Oslo 16. februar**

I henhold til inngått samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo holdes regelmessige samarbeidsmøter på overordnet ledelsesnivå. Formålet med møtene er å ha en løpende dialog om strategisk viktige saker hvor det er behov for gjensidig orientering og samordning ut over fakultetsnivå. I Samarbeidsmøtet den 16.2.2011 var følgende saker hovedtema; strategiske hovedutfordringer for Oslo universitetssykehus primo 2011, varsel om opphør av tidligere finansiering fra Det medisinske fakultet til Oslo universitetssykehus, samt arealsamarbeid og gjensidig medvirkning i prosesser som berører begge parter. Universitetet i Oslo har bedt om representasjon, faglig og administrativt, både på overordnet styringsnivå og inn i de lokale arealprosjektene som omfatter UiOs virksomhet. Oslo universitetssykehus vil gjennomgå portefølje og styringsstruktur for pågående arealprosjekter og invitere universitetet inn i relevante grupper. Universitetet har på sin side invitert Oslo universitetssykehus til deltakelse i sin styringsgruppe for Life Science-satsingen i Gaustadbekkdalen. Oslo universitetssykehus har meldt inn en representant fra ledelsen i arbeidet, men understreket at dette bør være en observatørrolle i styringsgruppen.

- **Redegjørelse fra Oslo universitetssykehus om status for samarbeidet med Oslo kommune vedrørende Samhandlingsarena Aker**

Vedlagt følger brev fra Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune datert 1. mars samt publisert artikkel på sykehusets Intranett 18. mars med tittel "Midt mellom stat og kommune ligger Aker".

7. Avtaler ad. eiendom

- **Akersbakken**

Leieavtalen i Akersbakken løper ut 2011, med opsjon på 5+5+5 år. Oslo universitetssykehus må utløse opsjonen innen 1 april for å kunne videreføre leieavtalen. Det er vurdert hvorvidt sykehuset har behov for areal som vekslingsareal i forbindelse med flyttinger som nå pågår, men foreløpig er det ikke avdekket noen spesielle behov eller ønsker innenfor de pågående prosjekter. Oslo sykehusservice planlegger derfor en avvikling og fraflytting av arealet.

8. Rettstvister - status per d.d.

- Krav om erstatning for prosjekteringsfeil i Forskningsbygget. Beramning av saken for retten avventes.
- Heving av avtale om kjøp av defibrillator. Gjelder mangler. Helseforetaket har utarbeidet en stevning.
- Tvist med ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt. Saken er berammet i september.
- Erstatningssak i pasientbehandling som var berammet 16-18. mars har resultert i at saken ble trukket rett før hovedforhandling. Hver av partene dekker sine egne saksomkostninger.

- Stevning er mottatt fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Foretaket samarbeider med Speker i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter og det arbeides med tilsvar til stevningen.
- Det er mottatt stevning som gjelder privat straffesak mot foretaket fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anfører er underbemanning ved AMK-sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK-operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte.
- Tidligere hovedtillitsvalgt for Fagforbundet Aker har anket dom om midlertidig beføyning. Det vil si at han fortsatt krever å stå i stilling og ikke virksomhetsoverdras til Akershus universitetssykehus HF

9. Tilsynsmyndigheter

- **Dialog med Helsetilsynet i Oslo og Akershus - informasjon**

Vedlagt følger omtalte brev datert 25. februar og onsdag 9. mars.

Viser for øvrig til publisert tekst på Oslo universitetssykehus Internett fredag 18. mars:

Avisa Dag og tid skriver i dag at Fylkeslegen i brev til Fylkeslegen er kritisk til omstillingsprosessene ved sykehuset. I et nytt brev til sykehuset presiserer Fylkeslegen at han ikke har sett grunn til å opprette tilsynssak. Ledelsen ved Oslo universitetssykehus opplever å ha god og åpen dialog med tilsynsmyndighetene.

Om sitt opprinnelige brev, som avisen baserer sine opplysninger på, presiserer Fylkeslegen følgende:

Brevet har sin bakgrunn i en intervjurunde Helsetilsynet gjennomførte med ni ledere på forskjellige nivåer i den hensikt å skaffe seg bedre informasjon rundt selve omorganiseringsprosessen som pågår i helseforetaket og å belyse eventuelle risikoområder som Helsetilsynet kunne ha nytte av i sitt fremtidige tilsynsarbeid.

Videre presiserer Fylkeslegen følgende:

Fra Helsetilsynets side opplevde vi at de intervjuede på alle nivåer ga ryddige, saklige og åpne tilbakemeldinger. Vi møtte uten unntak vel skolerte ledere som ga inntrykk av å kjenne sin del av virksomheten godt, men som også var klar over potensielle risikoområder, ikke minst i en fase hvor store og faglig tunge kompetansevirksomheter skal fusjoneres og/eller flyttes og som var villige til å dele denne kunnskapen med oss. Samtalene bar preg av fortrolighet, og med pasientsikkerhet og god faglig standard som felles mål for virksomhet og tilsynsmyndighet.

I nynorskavisa Dag og Tid kommenterer administrerende direktør Siri Hatlen Fylkeslegens første brev slik:

Siri Hatlen seier at ho forstår frustrasjonen til dei tilsette. Siri Hatlen har vore sjef for Oslo universitetssykehus sidan sommaren 2009.

– Korleis reagerer du på brevet frå Fylkeslegen?

– Eg er for sterke og offensive tilsynsstyremakter. Oslo universitetssykehus (OUS) – som er inne i ein krevjande omstillingsprosess med å slå saman sjukehus, arbeider no difor endå tettare enn vanleg saman med Arbeidstilsynet og Helsetilsynet. Då eg sa ja til denne stillinga, ynskte eg å bidra til å skapa ein kultur prega av respekt og openheit også om vanskelege forhold, og der dei tilsette våga å seia frå, men dette er eit langsiktig arbeid.

– Har det vore konkrete problem i det siste?

– I 2010 vart mykje av verksemda på Aker sjukehus overført til Ahus og Vestre Viken, dette var tunge prosessar for organisasjonen når vi samstundes skulle integrera fagmiljøa. Til dels store kulturskilnader skal handterast, og forståeleg nok har ikkje alle vore samde i løysingar som er valde. Prosessen har vore slitsam, både for leiinga og for dei tilsette. Eg opplever at mange fagfolk er skuffa og frustrerte og tykkjer det er for langt fram til det som var målet for fusjonen: endå sterkare og meir robuste fagmiljø som fremjar forskinga og pasientbehandlinga. Mange opplever at det er for lite ressursar til dei oppgåvene som skal løysast.

Delvis samd

– Men altså brevet?

– Mykje av det som står i brevet, er tilhøve eg kjenner godt att frå dialog og uromeldingar frå tillitsvalde og vernetenesta. Eg får informasjon om krevjande tilhøve frå leiarane mine, men òg frå arbeidsmiljøavdelinga, avvikssystemet og tillitsvalde.

– Så du er samd med Fylkeslegen i at ting kan tyda på at du ikkje har fått den informasjonen du burde ha fått?

– I ein stor organisasjon vil det alltid vera slik at ikkje all informasjon kjem opp linevegen til toppleiinga, og eg freistar å streka under andsynes dei tilsette at dei skal bruka avviks- og varslingssystem aktivt. Brevet frå Fylkeslegen er basert på informasjonsinnhenting gjennom intervju med ni personar for å kartleggja mogelege risikoområde. Fylkeslegen har heilt sikkert rett i at informasjon kan verta vatna ut frå botn til topp slik det ofte skjer i så store organisasjonar. Difor er det nok diverre slik at mange opplever ikkje å verta høyrde.

Dialog

– Legeforeningen ventar at du fortel politikarar og Helse Sørøst kor vanskeleg denne prosessen er. Kva skal du gjera no?

– Eg har heile tida sagt at dette er ein krevjande prosess som vil ta tid og krevja ekstra ressursar å gjennomføra. Etter overføringa av oppgåver til Ahus og Vestre Viken må vi fyrst gjennomføra interne flyttingar og tilpassa drifta til lægre aktivitet og eit budsjett som er to milliardar lægre, og det kjem til å ta tid. Etter overføringa kan vi sjølv i større grad setja tidsfristar, og det er ambisjonen min at vi no skal koma i mykje tettare dialog med større delar av organisasjonen av di det er naudsynt å få med seg fagmiljøa på ein mykje betre måte framover. Eg har bede tillitsvalde gje råd om korleis ein kan lukkast med dette.

– Kva skjer framover?

– Dei økonomiske utfordringane for åra framover legg eg fram for styret denne våren. Vi er i ein kontinuerleg dialog med Helse Sørøst og opplever at dei lyttar. I tillegg vil eg rå til at også styret møter eigarane til dialog slik dei gjorde i fjor.

• **Brudd på kravet til forsvarlighet ved AMK**

Helsetilsynet mener i brev datert 21. mars at Oslo universitetssykehus har brutt med kravet til forsvarlig virksomhet i sin drift av AMK-sentralen (113-nødtelefonen). Nå krever tilsynet at sykehuset iverksetter nødvendige tiltak. Sykehuset har allerede startet rekruttering av flere operatører til AMK for å bedre døgnbemanning på nødtelefonen. Sentral HR-avdeling og arbeidsmiljøavdelingen er på oppdrag av administrerende direktør og klinikkleder i ferd med å gjøre en gjennomgang for å gi en vurdering av behov for ytterligere tiltak.

Med bakgrunn i flere tilsynssaker har Helsetilsynet vurdert sykehusets drift av AMK. En av disse sakene er den såkalte Tøyen-saken. Der mottok AMK flere nødsamtaler for samme pasient. Samtalene utartet seg og innringerne ble oppfattet som truende. AMK-sentralen besluttet å tilkalle politiet for å sikre stedet før ambulanspersonell ble sendt inn.

Helsetilsynet har konkludert med at helsehjelpen pasienten fikk i denne saken ikke er i strid med

kravet til forsvarlig helsehjelp. De har også vurdert hvordan Oslo universitetssykehus drifter AMK-sentralen. Her konkluderer de altså med at sykehuset bryter med kravet til forsvarlig virksomhet.

Helsetilsynet viser i sitt brev til den høye veksten i antall oppdrag de siste årene. Veksten er ikke fulgt opp med tilstrekkelige ressurser i AMK-sentralen. De mener for lav bemanning fører til for lang gjennomsnittlig responstid på innringningene.

I foreløpig redegjørelse til Helsetilsynet datert 23. mars (*se vedlegg*) påpeker klinikkleder Olav Røise at ansatte gjør en formidabel innsats for å hjelpe de mange innringerne, men at belastningen i perioder blir for stor for den enkelte AMK-operatøren. Oslo universitetssykehus deler Helsetilsynets oppfatning av manglende ressurser ved AMK-sentralen og har allerede jobbet med flere tiltak som vi mener vil bidra til å øke kvaliteten i tjenesten. Blant annet blir det lyst ut flere stillinger for å øke døgnbemanningen av nødtelefonen, og det startes opplæring av flere AMK-operatører i uke 13. Ytterligere tiltak for å sikre det som trenger rask hjelp vil bli vurdert i langsiktige planene for AMK-sentralen og ambulansetjenesten.

10. Nye ansattevalgte styremedlemmer i Oslo universitetssykehus HF styre

Det ble oppnevnt et valgstyre som har administrert valget. Valgdato ble fastsatt til 10. mars 2011. Etter kunngjøring om valg av ansatte til styret ble det krevd forholdstallsvalg. Det kom inn et felles listeforslag fra de fem organisasjonene NSF, Fagforbundet, DNLF, Delta og SAN/NITO. Listeforslaget er godkjent og utgjør derved valgresultatet. For perioden fra og med 16. mars 2011 til og med 15. mars 2013 er de ansattevalgte medlemmer i styret for Oslo universitetssykehus HF:

Styremedlemmer:

Merete Norheim Morken, sykepleier, foretakstillitsvalgt Norsk sykepleierforbund
 Bjørn Wølstaad-Knudsen, paramedic, foretakstillitsvalgt, Fagforbundet
 Svein Erik Urstrømmen, psykiatrisk sykepleier, stedfortredende foretakstillitsvalgt, Norsk sykepleierforbund
 Aasmund Magnus Bredeli, overlege, foretakstillitsvalgt, Den norske legeförening
 Rita H. von der Fehr, bioingeniør, foretakstillitsvalgt, NITO

Varamedlemmer:

Vibeke Braastad Kristensen, spesialutdannet sykepleier, stedfortredende foretakstillitsvalgt, Norsk sykepleierforbund
 Ann Karin Osode, miljøterapeut, stedfortredende foretakstillitsvalgt, Fagforbundet
 Christina Schøndorf, seksjonsoverlege, medlem av Den norske legeförening
 Mette Blichfeldt, spesialutdannet sykepleier, hovedtilitsvalgt, Norsk sykepleierforbund
 Pål Berdahl, rørleggermester, stedfortredende foretakstillitsvalgt, Fagforbundet
 Nina Bøe, førstesekretær, foretakstillitsvalgt, Delta
 Christian Grimsgaard, overlege, klinikktilitsvalgt, Den norske legeförening

11. Klinisk arbeidsflate – lukket behandling

egen forsendelse

12. Forskning

- **25 millioner til etablering av Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models and Services**

Fredag ble det kjent at Norges forskningsråd tildeler 25 millioner over en femårsperiode til etableringen av et forskningssenter på habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

Forskningssenteret skal være klinikknært og samtidig favne bredt og tverrfaglig. Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom flere enheter ved Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus, Høgskolen i Oslo, Sunnås sykehus, Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Oslo kommune.

Senteret innebærer dermed et samarbeid mellom tunge miljøer fra både spesialisthelsetjeneste, lokalbasert helsetjeneste, universitet og utdanningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner. Samlet representerer disse en bred kompetanse innen forskning på habilitering og rehabilitering, samt samarbeidsprosesser mellom behandlingsnivåer.

Fra Oslo universitetssykehus deltar Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Geriatrik avdeling, Avdeling for nevrohabilitering og Barnehabiliteringen.

13. Media/eksterne besøk

- **Lansering av ”Meg også - bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien”**
”Noen ganger skulle jeg ønske at jeg og var syk, så jeg kunne få litt oppmerksomhet”

Sitatet er hentet fra boka ”Meg også – bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien”, og ble lest av pårørende Rikke Liaklev (10 år) under boklanseringen på Oslo universitetssykehus tirsdag 15. mars. Både Helse- og omsorgsminister og Barneombudet deltok på lanseringen.

Boka ”Meg også” er laget på barnas egne premisser og hvor 10 barn har fortalt om sine tanker og følelser rundt det å oppleve at søster, bror, mor eller far er alvorlig syk. Opplevelsene skal hjelpe andre barn på veien til bearbeiding av den situasjonen de står i. Samtidig er dette en aktivitetsbok der de selv kan nedtegne egne tanker.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen påpekte at dette er en viktig bok for mange barn som enten har mor, far eller søsken som er syke og boken er ment å bidra til involvering av barna ved alvorlig sykdom i familien.

Utgiver av boka er Oslo universitetssykehus med støtte fra Extra Stiftelsen Helse og Rehabilitering bevilget gjennom Kreftforeningen. Boka er ført i pennen av Eldrid Johansen og designet av Tone Bergan.

14. Kvalitetssikring Dag 4

I møte 27. mai 2010 ble styret forelagt en presentasjon over nødvendige og mulige løsninger for flyttinger med sikte på en god samlokalisering innen eksisterende bygningsmasse mot Dag 4, der det ble sannsynliggjort at det er mulig å finne gode faglige og praktiske løsninger for samling av område- og lokalsykehusfunksjoner for inneliggende døgnpasienter frem mot Dag 4, i tråd med styrets føringer i sak 9/2010. Disse mulighetsvurderingene ble gjort med utgangspunkt i daværende

aktivitet, uten å ta hensyn til befolkningsvekst, endring i sykkelighet, og egnethetsvurderinger av bygg.

Virksomhetens reduserte omfang, etter overføring av opptaksområde til Ahus, har resultert i at sykehuset har en sårbar drift på Aker som også er svært kostnadskrevende grunnet krav til døgnberedskap og vaktordninger. Det er sentralt for sykehuset å redusere perioden med døgn- og akuttvirksomhet på Aker, og overføring av denne virksomheten fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet er en forutsetning for at sykehuset skal komme i en stabil driftssituasjon ved Dag 4. Flytting av gjenværende øyeblikkelig hjelp og akuttkirurgi fra Sinsen til Ullevål etter Dag 3 er gitt prioritet, jf styresak 59/2010.

For å sikre en bærekraftig driftssituasjon ved Dag 4 i Oslo universitetssykehus, foretas det nå en gjennomgang av vår samlede virksomhet på slik den er planlagt til Dag 4 med utgangspunkt i kapasitet og behov, dvs. en virksomhets/kapasitetsoversikt – samt hvor denne skal være lokalisert. Som del av denne vurderingen må tidligere presentert løsning for Dag 4 (allerede vedtatte prosjekter) kvalitetssikres og eventuelt justeres basert på oppdatert kunnskap (nye behov). Foreslåtte løsninger skal sikre et bærekraftig Oslo universitetssykehus gjennom Dag 4, mot Dag 5 og 2025.

Det vises også til brev fra Helse Sør-Øst datert 16.02.2011 der det bl.a. fremgår: ”Oslo universitetssykehus HF står overfor betydelige utfordringer i å dimensjonere og organisere tjenestetilbudet i forhold til det befolkningsansvar helseforetaket har fra 01.01.11. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det er muligheter for avlastende aktivitet basert på eksisterende kapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Oslo universitetssykehus HF bes legge dette til grunn i det videre arbeidet med å organisere og dimensjonere tjenestene innen helseforetaket. Med bakgrunn i felles brevhenvendelse fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus av 02.03.2011 er det innledet samtaler med de to private sykehusene med sikte på å inngå nye avtaler der Oslo universitetssykehus og de private sykehusene kommer til en felles enighet om hvordan kapasiteten deres og vår utnyttes på den beste måten. Førre for prosessen er at de private sykehusene skal ha en aktivitet minst på dagens nivå.

Følgende premisser legges til derfor til grunn for kvalitetssikringen;

- Sagene bydel beholdes på Lovisenberg inntil videre.
- Akuttkirurgisk virksomhet overføres fra Diakonhjemmet. Minst tilsvarende aktivitet overføres til -
- Diakonhjemmet
- Det vurderes om det er mulig å overføre ytterligere aktivitet til Lovisenberg
- Dagens dagkirurgiske og dag-/polikliniske aktivitet på Aker videreføres
- I tillegg overføres dagkirurgisk og dag-/poliklinisk aktivitet fra Ullevål for å få frigjort kapasitet på
- Ullevål til døgnaktiviteten fra Aker, spesielt akuttvirksomhet
- Idefase akuttinntak forutsettes realisert

En egen sak om mulige alternativer og anbefalt løsning, inklusive investeringsbehov for å sikre et bærekraftig OUS ved Dag 4, vil bli lagt frem for styret i møtet 28. april 2011. Det følgende er en beskrivelse av hvilke elementer som vil inkluderes i denne saken.

En oversikt og status for vedtatte arealprosjekt (arealtiltak Dag 4)

De vedtatte arealprosjektene er i hovedsak knyttet til sykehusets overordnede behov ved Dag 4; å få redusert den sårbare driftssituasjonen på Aker ved å overføre akutt- og døgnvirksomheten fra Aker til resterende Oslo universitetssykehus. Dette er godt begrunnet i tidligere vedtak og planer. Det lages en status for de vedtatte og oppstartede prosjekter. Status vil også inneholde et estimat for

investeringsbehov.

Hvilken kapasitet skal overflyttes fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet.

a. Intensivfunksjoner, postoperative funksjoner operasjonskapasitet og akuttmottakskapasitet
Denne kapasiteten er ivaretatt i planene for nytt akuttbygg Ullevål, jf. styresak 28/2010.

b. Døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet

Det er laget en virksomhetsbeskrivelse av Aker sykehus for å kartlegge omfanget av aktiviteten på Aker. Denne beskrivelsen gjør det mulig å si noe om hvilket areal det er behov for å tilrettelegge for å kunne flytte over akutt- og døgnvirksomheten.

Frem til styresaken 28 april vil dette materialet kvalitetssikres med berørte fagområder for å sikre at kapasiteten det legges til rette for å overføre er korrekt, både når det gjelder akutt-, døgnvirksomhet og nødvendige støttefunksjoner av ulik art.

Spesielle utfordringer det må arbeides videre med for ytterligere konkretisering

Innenfor enkelte områder er det behov for å foreta noen særskilte vurderinger for å få frem realistiske behovsvurderinger og løsningsforslag. Dette dreier seg eksempelvis om urologi, barn-/barnekirurgi, ortopedi med flere.

Hvilken aktivitet kan videreføres på Aker

Frem til styremøtet 28. april 2011 vil det bli arbeidet med å konkretisere hvilken kapasitet som kan/bør videreføres på Aker etter Dag 4. I tillegg til dagkirurgi og dagbehandling kan det være aktuelt å benytte kapasitet for bl.a. dialyse. Det arbeides videre med Samhandlingsarena Aker og hvilke områder som kan inngå i dette. Det dreier seg eksempelvis om rehabilitering.

Er det behov for flere arealtiltak utover allerede vedtatte planer?

Det er avdekket nye behov for flyttinger som ansees som nødvendige å gjennomføre som en del av anbefalt løsning på Dag 4. Disse vil nå bli gjennomgått og kvalitetssikret og inngå i totale investeringsbildet Dag 4.

Bygningsmessige utfordringer

Bygningsmassen på Ullevål er av svært varierende kvalitet, hvor flere av byggene er lite hensiktsmessig for framtidig pasientbehandling. Selv med betydelige investeringer synes det ikke mulig å legge til rette for en logistikk og en kvalitet som forventes i moderne sykehusbygg. Samtidig er det noen nye og gode bygg som vil være utgangspunkt for en videreutvikling av arealene i Kirkeveien.

Investeringer som gjøres for å løse utfordringene mot Dag 4, skal være investeringer sykehuset kan bygge på i sin Dag 5 løsning. Vi legger til grunn i minst mulig grad å investere i oppgraderinger og endringer i en bygningsmasse som ikke er naturlig del av fremtidens moderne sykehusbehandling.

For sykehuset er det sentralt at investeringer som skal gjennomføres må være en naturlig del av vårt store bilde og inngå som viktige elementer i foretakets langsiktige utviklingsstrategi.

15. Referater

- **Referat fra møte i Brukerrådet 14.02.2011.**

Utrykt vedlegg.

- **Referater fra styremøte Helse Sør-Øst RHF**
Godkjent protokoll fra styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 17.02.2011
Foreløpig protokoll fra styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 17.03.2011

16. Tema i overgang til seminar (presentasjon i møtet)

Helse Sør-Øst RHF
Kristin W. Wieland
Postboks 404
2303 Hamar

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.:

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.:

2011- /Kenneth Solstrand/

Dato: 8. mars 2011

Drift- og leveransesituasjonen hos Sykehuspartner IKT

Bakgrunn

Sykehuspartner (SP) er på flere områder eneleverandør av virksomhetskritiske tjenester til Oslo universitetssykehus (OUS). Et velfungerende SP er viktig for at OUS skal lykkes med sitt oppdrag og bestillinger.

Særlig er leveransene fra Sykehuspartner IKT (SP IKT) avgjørende både for driften og i den omstillingsprosessen OUS nå skal gjennomføre i forbindelse med omstillingsprogrammet med nytt sykehusområde, økt samhandling og integrasjonen av virksomheten i de tre tidligere helseforetakene.

På denne bakgrunn vil OUS med dette gi en melding om hvordan vi oppfatter drift- og leveransesituasjonen innen IKT-området.

Etter etableringen av OUS 1. januar 2009 og SP IKT som felles tjenesteleverandør for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst (HSØ) 1. september 2009 har begge organisasjonene vært, og er i en krevende omstillingsprosess.

Fra 1. oktober 2010 gjennomførte SP IKT en reorganisering som medførte at den tidligere helseforetakinndelingen ble fjernet som egen organisasjonsdimensjon. Helseforetakene følges nå opp av en "kundeansvarlig" uten egen leveranseorganisasjon. Som konsekvens av denne endringen opprettet OUS IKT en gruppe med ansvar for å følge opp SP IKT med et spesielt fokus på driftssituasjonen og ansvaret for overordnet ressurs- og kapasitetskoordinering.

Dagens situasjon

Fra oppstart av omstillingsprosjektene i OUS høsten 2009 har det vært en omforent forståelse mellom SP IKT og OUS om at kapasiteten hos SP IKT vil være utfordrende i lang tid fremover. OUS IKT har hatt kontinuerlig fokus på prioritering av aktiviteter, slik at nær utelukkende de oppgaver som er kritiske for stabil og sikker drift, samt understøttelse av omstillingsprosessen har blitt prioritert og bestilt fra SP IKT.

Selv om OUS har prioritert sine aktiviteter og bestillinger opp imot SP strengt, opplever OUS situasjonen hos SP IKT nå er som følger:

Prosjektleveranser

Situasjonen på prosjektleveranser er fremdeles problematisk. Det ser ikke ut til at SP IKT har tilstrekkelige ressurser til å kunne ta høyde for den kontinuerlige prosjektaktiviteten de krevende prosessene rundt etableringen av konsoliderte systemer ved Oslo universitetssykehus forutsetter.

OUS er videre bekymret for at manglende kapasitet hos SP kan påvirke flytte- og samlokaliseringsaktiviteter ved OUS.

Konsekvensen av manglende levering på dette punktet vil skape forsinkelser, utfordringer og økt risiko i fusjonsarbeidet ved OUS.

Stabil drift

Etter omstillingen i SP IKT 1. oktober 2010 har OUS opplevd en gradvis reduksjon av leveranse kvaliteten på systemer i produksjon.

Senest siste uke har DIPS ved Aker falt ut den 11. februar (ca. 1 time) og igjen den 15. februar (ca. 2 timer). OUS har også opplevd to hendelser siste måneden med Agfa (RIS/PACS) hvor systemet ikke har vært tilgjengelig/operert med sterkt redusert tilgjengelighet i opptil 8 timer på grunn av feil hos SP.

OUS opplever videre, i større grad enn tidligere, driftsproblemer med sine systemer/tjenester etter oppgraderinger og vedlikehold.

Forvaltningssituasjonen for DIPS på Aker har vært påtalt fra OUS' side flere ganger, og det ble gjennomført en serie møter våren 2010 for å finne tiltak som kan bedre situasjonen. OUS opplever likevel en driftssituasjon som er ustabil med et økende antall situasjoner hvor systemet ikke er tilgjengelig.

Den ustabile driftssituasjonen gjør at sykehusets leveransekapasitet går ned og kan i verste fall føre til alvorlige konsekvenser i pasientbehandlingen.

Brukerstøtte og feilretting

Basert på statistikk fra SP IKT, og rapporter fra brukere ved OUS, opplever vi situasjonen rundt brukerstøtte og feilrettingskapasitet til å være alvorlig. OUS hadde pr. uke 6 i 2011 over 2000 saker som ikke var løst.

Mangel på leveranse langt under avtalt SLA nivå gjør at det opparbeider seg et etterslep av behov i OUS og mye unødvendig tid i organisasjonen går med til å følge opp, og vente på løsning av sakene. I tillegg gir dette mye frustrasjon i OUS og gjør at tilliten til IKT og valgt organiseringsform (felles tjenesteleverandør) er synkende.

Svartid på brukerstøtte

Svartidene på brukerstøtte har økt jevnt og ligger i uke 6 på et nivå som ikke er akseptabelt for deler av organisasjonen (RH og Aker). I tillegg er antallet tapte telefoner, dvs. innringere som legger på før svar, økende og på et ikke akseptabelt nivå.

Disse lange svartidene gjør at OUS risikerer at alvorlige feilsituasjoner ikke blir meldt raskt nok og derav kan få alvorlige følger for pasientbehandlingen.

Bestilling av oppdrag

OUS opplever manglende leveranseevne fra SP på denne typen tjenester. Sykehuset har pr. i dag et stort antall uløste bestillinger (78 stk) med en snitt leveransetid på 125 dager og hvor maksimal leveransetid har ligget helt opp imot 500 dager.

OUS observerer også at det er økende leveransetid på slike tjenester (32% hittil i 2011).

Konsekvensene av manglende leveranseevne på dette feltet er at mange mindre endringer for å bedre pasientbehandling ikke blir effektivt, samt at oppstart og gjennomføring av forskningsprosjekter blir forsinket.

Redusert tjenestekvalitet

OUS vil, basert på erfaring så langt, anta at den pågående omstillingsprosessen i SP IKT vil medføre at tjenestekvaliteten på driftsleveransene vil være lavere i en tid fremover.

OUS kan ikke se at en slik konsekvens tidligere er fremlagt for helseforetaket eller akseptert av OUS som en konsekvens av å etablere en felles tjenesteleverandør.

Mulige tiltak

Basert på de utfordringene som er beskrevet over ser OUS for seg flere mulige tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen, noen tanker for diskusjon er:

1. SP IKT etablerer funksjonen "driftsansvarlig OUS" for å samle ansvar for leveranse til OUS.
2. Utsette overføringen av funksjoner fra OUS til SP inntil driftssituasjonen er stabilisert og leveransesituasjonen har bedret seg.
3. Dedikere personell som allokteres til å bringe enkeltsituasjoner under kontroll ("Task Force").
4. Øke leveransekapasiteten på brukerstøtte og til feilretting slik at "normalsituasjon" kan etableres og de store etterslepene fjernes.
5. Etablere "ressurspool" og øke leveransekapasiteten i SP for å kunne levere timebaserte tjenester.
6. OUS IKT deltar i en del av SP IKT ledermøter.

OUS erkjenner at dette ikke er en uttømmende eller konsekvensvurdert liste, men er beregnet som et innspill i den videre prosess for å komme ut av den situasjon OUS og SP IKT nå befinner seg i.

Oppsummering

OUS er opptatt av at SP IKT skal være en effektiv og samtidig robust leverandør av tjenester til foretaket. Vårt inntrykk er at SP IKT utviser vilje og innstas for å løse sine oppgaver. Med det pågående omstillingsprogrammet i regionene i tillegg til ordinær drift, har SP IKT svært omfattende oppgaver og leveranser som faller tett sammen i tid. OUS opplever at situasjonen hos SP IKT nå er svært alvorlig, og er usikker på om SP IKT er i stand til å levere tilstrekkelig kvalitet i tjenestene til OUS i tiden fremover.

OUS støtter at SP IKT som enleverandør skal søke å ordne sin virksomhet for å hente rasjonaliseringsgevinster som kommer foretaksgruppen til gode. I den nåværende pressede leveransesituasjonen er det imidlertid viktig at konsekvensene for SP IKTs leveranseevne og for helseforetakenes oppgaveløsning vurderes grundig, før eventuelt nye oppgaver pålegges SP IKT eller rasjonaliseringstiltak iverksettes.

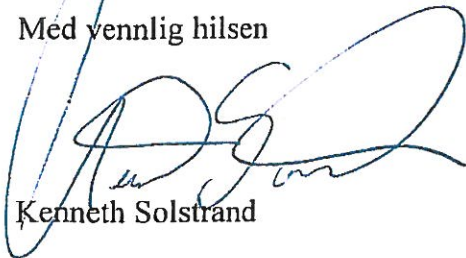
Det er også nødvendig å stille spørsmål om hvorvidt SP IKT har rammebetingelser for å gjennomføre pålagte oppgaver og omstilling på en tilstrekkelig måte. I den forbindelse bør det

ikke bare fokuseres på ressurstildeling isolert, men også eventuelle muligheter som følge av annen organisering eller ordning av virksomhet og leveranser bør ettergås og vurderes.

OUS ønsker å etablere et fast formelt kundemøte med SP hvor leveransene samlet til hele foretaket er tema. Vi vil bli enige om møtets innhold og frekvens med SP, men vil spille inn at det blant annet skal innholde en fast rapporteringsdel for leveranseområdene.

OUS ønsker samarbeid og dialog med premissgiver og SP for å søke å bidra til at situasjonen som er beskrevet kan bedres og risiko reduseres.

Med vennlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kenneth Solstrand', is written over the typed name below.

Kenneth Solstrand

Helse Sør Øst RHF
Postboks 404
HAMAR

Dato: 01.03.2011

**Status for samarbeidet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF
angående utvikling av Samhandlingsarena Aker på Aker sykehus.**

1. Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har bedt om en ny redegjørelse for utviklingen av Samhandlingsarena Aker pr 01.03.2011.

Det er enighet mellom Oslo kommune ved Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Helse Sør-Øst RHF om at Oslo skal være et pilotområde for samhandling, hvor det å utvikle Aker som en samhandlingsarena er en sentral del. Det vises til protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.11.2010 som understreker foretakets forpliktelser i forhold til utvikling av samhandlingsarena Aker. Her fremgår det at 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.

For å understreke at samarbeidet i tilknytning til dette nå er kommet godt i gang, rapporteres det her gjennom et felles brev fra Oslo kommunes byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Oslo universitetssykehus HF. Dette felles brevet gir informasjon om hvordan vi ser for oss at samarbeidet om en framtidig bruk av Aker for samhandlingsformål skal videreutvikles.

Oslo kommune

Parallelt med dette initiativet har byråd for helse og eldreomsorg i Oslo lansert det som er kalt Helsegrep for eldre på Aker. Dette handler om to svært sammenfallende initiativ som

bør kunne ende opp i gode omforente løsninger med hensyn til framtidig bruk av sykehusområdet på Aker.

Oslo kommune har over lengre tid hatt et særlig fokus på eldre og helse. Dette er blant annet kommet til uttrykk i Bystyremelding nr 1/2008. I meldingen gis det uttrykk for et ønske om å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om utvikling av gode tjenester for byens befolkning. I Byrådssak 34 av 11.03.2008, fattet bystyret vedtak om at de ønsker et samarbeid om opprettelsen av et geriatrisk fagmiljø som både kan fungere som et nasjonalt og lokalt ressurscenter for medisinsk personell i pleie- og omsorgssektoren.

I Oslo kommune er det i budsjett for 2011 bevilget 18,5 mill kr til nye tiltak i tråd med samhandlingsreformens intensjoner:

- Styrke skolehelsetjenesten ved videregående skoler
- Spesialisert rehabiliteringstjeneste for eldre – "helsehus"
- Sammenhengende bo- og omsorgstjeneste for personer med psykiske problemer
- Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer
- Gravide og rus
- Felles institusjon for barnevern/barne- og ungdomspsykiatri
- Geriatrisk ressurscenter

I tillegg er det videreført bevilgning på 6 mill kroner til kommunens andel av rusakutt, og det er avsatt 20 mill kr til etablering av rehabilitering for eldre ved Aker.

Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester har engasjert seg i arbeidet med å se på mulighetene for å bruke Aker sykehus som en arena for felles byomfattende tilbud knyttet til samhandling. I bystyresak om Storbylegevakt i Oslo har bystyret dessuten pekt på at Aker sykehusområde bør være et egnet sted for legevaktsvirksomhet. Det som i praksis er aktuelt, er å legge en større legevaktbase til Aker.

Oslo universitetssykehus HF

Tilsvarende innebærer Oslo universitetssykehus HF's styrevedtak i februar 2010 om framtidige lokalsykehusfunksjoner i Oslo at Aker sykehus utvikles til en arena for samhandlingsrettede tiltak.

Mulig langsiktig virksomhet ved Aker sykehus har Oslo universitetssykehus redegjort nærmere for i brev til Helse Sør-Øst RHF av 14.09.2010. Her heter det blant annet:

"Etter 2012 vil aktivitet på Aker blant annet kunne inkludere:

- Poliklinikk og dagbehandling
- Spesialisert rehabilitering (Som ikke er avhengig av nærhet til akuttfunksjon)
- Lærings- og mestringssenter
- Dialyse (på dagbasis)
- Elektiv dagkirurgi innenfor nærmere bestemte områder
- Laboratorievirksomhet og diagnostisk støtte som er nødvendig for disse funksjonene"

Det sies videre i samme brev at "Aker sykehus kan videreutvikles som en samhandlingsarena mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, i tråd med Samhandlingsreformen. En slik samhandlingsarena kan gi tilbud:

- til pasienter med kroniske lidelser
- innen diabetes, hjerte- og lungelidelser
- til eldre med sammensatte lidelser.”

I tillegg til felles prosjekter med Oslo kommune, vil det være aktuelt for Oslo universitetssykehus å legge et DPS til Aker. Et DPS vil blant annet omfatte ruspoliklinikk som kan spille en viktig rolle i samhandling rundt rusproblematikk.

2. Organisering av arbeidet

På bakgrunn av de prosessene som er referert ovenfor, har Oslo kommune og Oslo universitetssykehus startet et felles arbeid om framtidig bruk av Aker sykehus og hvordan dette samarbeidet kan organiseres. Det er avholdt flere møter mellom partene hvor samhandling på Aker har vært diskutert.

Utvikling av Oslo som et pilotområde for samhandling er også hovedtema på kontaktmøter mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune. Her møtes ledelsen i Oslo kommunes byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Disse møtene finner sted 6 ganger i året, hvorav noen av møtene også med deltakelse fra politisk ledelse i Oslo kommune og styreleder i Helse Sør-Øst RHF. Utvikling av samhandlingen i Oslo er også hovedtema i møter i Samarbeidsutvalget mellom Oslo-sykehusene og kommunen der kommunen er representert ved bydeler og etater.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har gjennom lang tid hatt en rekke felles prosjekter for å sikre byens befolkning en best mulig helhetlig helsetjeneste. I seinere tid har partene særlig hatt fokus på aktiviteter som det nettopp kan være fordelaktig å legge til Samhandlingsarena Aker. Etablering av ressurscenter for geriatri og rehabiliteringstilbud for eldre, er eksempel på dette.

Det er enighet om å etablere en egen prosjektorganisasjon for samhandlingsarena Aker. Prosjektet skal være en samlende overbygning for å utvikle, prioritere og implementere tiltak som kan legges til Aker sykehus. Det vil bli oppnevnt en styringsgruppe med deltakelse fra Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Det vil også bli funnet hensiktsmessige former for involvering av hhv Sunnas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Også representanter for ansatte og brukerne fra så vel kommune som helseforetakssiden skal inn i styringsgruppen.

For delprosjekter vil det være aktuelt å invitere deltakere fra for eksempel Sunnaas, Universitetet i Oslo eller høgskolene.

Det vises også til at Sunnaas sykehus HF har meldt interesse for å legge polikliniske tilbud innen rehabilitering til Aker. Dette vil være et viktig bidrag til et tungt fagmiljø innen rehabilitering ved Aker.

En felles prosjektorganisasjon blir en arena for nødvendig avstemning mot helheten i alt samarbeid mellom Oslo kommune og sykehusene i Oslo om utvikling av lokalbaserte helsetjenester til Oslos befolkning og innretning av den framtidige virksomheten ved Aker sykehus.

Innenfor området rehabilitering skal sykehusene i Oslo sykehusområde i samarbeid med Oslo kommune utarbeide en områdeplan. Partene er sammen med Sunnaas sykehus enige om at det kan være hensiktsmessig å gi arbeidet med en områdeplan for rehabilitering en tilknytning til prosjekt Samhandlingsarena Aker. Også arbeidet med områdeplaner innen psykisk helse og rusbehandling bør sikres en tilknytning arbeidet med framtidsplaner for Aker.

Når det gjelder utvikling av Samhandlingsarena Aker, er Oslo kommune opptatt av at det ikke skal bremse eller være til hinder for øvrig samhandling mellom sykehusene og bydelene i tilhørende opptaksområde. De tiltak som tilrettelegges på Aker bør være tilbud som er egnet for å utvikles/etableres som byomfattende tilbud i kommunen, evt som regionale tilbud. Oslo universitetssykehus er enig i dette.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er videre omforent om at de helsetilbudene som utvikles på samhandlingsarena Aker skal være et tilbud for hele Oslos befolkning. En forutsetter derfor at alle sykehus som betjener Oslo, må delta i utvikling av tilbudene ved Aker. Det samme er understreket av Helse Sør-Øst RHF i brev til Oslo sykehusene av 16.02.2011 om disses forpliktelser ift samarbeid om videreutvikling av sykehusstilbudet i Oslo.

3. Framdriftsplan

Det er igangsatt arbeid med en prosjektplan som foreløpig har en inndeling med tre faser: Fase 1 - Våren 2011, Fase 2 - Høst 2011 + 2012, Fase 3 – 2013-14.

Fase 1- Våren 2011:

Mandat for styringsgruppen foreligger seinst 01.05.2011. Også medlemmer av styringsgruppen oppnevnes innen 01.05.2011

Prosjektsekretariat og prosjektleder

Det etableres så snart som mulig et felles prosjektsekretariat for gjennomføring av Fase 1. Det utlyses og ansettes en prosjektleder som fra 01.07.2011 skal ha hovedansvar for alt tilretteleggende arbeid i forbindelse med opprettelse, utvikling og drift av prosjektet fra og med fase 2. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen. Prosjektleder skal være ansatt i Oslo kommune. Finansiering av kostnader til styringsgruppen, prosjektsekretariatet og prosjektleder vil avklares nærmere mellom partene.

Bygg, eiendom og driftsstøtte

Partene har som intensjon at rettslige og økonomiske spørsmål knyttet til bruk av sykehusområdet skal være avklart mellom Oslo kommune og eier, Oslo universitetssykehus innen 01.06.2011. Nødvendige avtaler må inngås mellom Oslo

universitetssykehus og Oslo kommune. Avtalene må også inneholde en langsiktig plan for bruk av bygninger/området. (Fase 2 kan ikke igangsettes før de nødvendige kortsiktige avtaler er inngått).

Avtalearbeidet har to elementer:

- Avtale om bruk av eiendomsmassen. Økonomiske forpliktelser knyttet til bruken. Leieavtale for 2011-2012.
- Starte arbeidet med langsiktige avtaler: avklaringer for den videre disponering av bygningsmasse og tomt, hvor framtidig eierskap/bruk av bygningene, herunder økonomiske forpliktelser inngår. Begge parter må forplikte seg til et framtidig samarbeid, og framtidig tilgang til bygninger og andre ressurser, eks. tomter.

Tidlige prosjektaktiviteter – samhandlingsarena Aker

Enkelte delprosjekter er allerede besluttet, og videre utredning/planlegging kan igangsettes umiddelbart. Det gjelder:

- Helsegrep for eldre: hovedansvar Oslo kommune. Prosjektet ferdigutredes som ett prosjekt med underliggende prosjekter:
 - Døgnbasert rehabilitering for eldre
 - Utvikling og etablering av et geriatrisk ressursenter: en videreutvikling av GERIA: et allerede etablert samarbeid mellom kommune og Oslo universitetssykehus
 - Almas Hus – en simuleringsleilighet – et hjelpemiddeltilbud for demente
- Felles prosjekt om utvikling av tilbud om helsehjelp ved akutt eller subakutt svikt som kan gi god helsehjelp til eldre uten sykehusinnleggelse
- Legevakt på Aker: hovedansvar Oslo kommune – knyttes til prosjekt storbylegevakt (prosjekt i regi av Oslo kommune)
- DPS funksjon på Aker (prosjekt i regi av Oslo universitetssykehus)
- Områdeplan for rehabilitering

Fase 2 – Høst 2011 + 2012:

I løpet av høsten 2011 skal prosjektgrupper etableres. De del-1 prosjektene som er ferdig utredet, kan tas opp til beslutning, og dernest kan følges opp av evt mer detaljert utredning og iverksetting og til slutt overleveres til drift. Øvrige hovedoppgaver i prosjektet er å bidra til å få fram flere aktuelle ideer og forslag, forberede slike for en første beslutning. Deretter kan det være behov for å organisere mer detaljerte utredninger av de forslag som prioriteres.

Aktuelle områder kan være:

- Migrasjonshelse
- Poliklinisk virksomhet
- Dagbehandling og poliklinisk, spesialisert rehabilitering
- Lærings- og mestringstilbud
- Frisklivssentraler
- Palliativ virksomhet

I tillegg må det i denne fasen avklares i hvilket omfang det vil være nødvendig å ha medisinske støttefunksjoner (spesielt røntgenstøtte) lokalisert til Aker. Oslo

universitetssykehus må dessuten ta stilling til om det kan være aktuelt å fortsette med drift av dagkirurgi ved Aker ut over 2012.

I løpet av fase 2 bør arbeidet med en avklaring av en mer permanent koordinering av virksomheten ved Aker startes opp (se fase 3). Organisering av felles teknisk/administrativ driftsstøtte i tilknytning til aktivitetene ved Aker sykehus bør også startes som eget prosjekt i fase 2.

Langsiktige avtaler om leieforhold og eiendom må avklares i fase 2. Det skal inngås avtaler om bruk av lokaler for perioden fra 2013 og framover. Frist for inngåelse av avtaler er 31.12.2011.

Fase 3 – Fra 2013- 14

Fra 2013 forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF gradvis avvikler den drift som skal samles i andre lokaliteter innen Oslo universitetssykehus HF.

Spesialisthelsetjenestens virksomhet som videre planlegges på området er et resultat av samhandlingsprosjektene eller virksomhet som understøtter samhandlingsarena Aker. Prosjektet vil i denne fasen ha et sterkt fokus på å implementere tiltak som er utredet og avklart i de to første fasene, men også i denne fasen vil det være aktuelt å foreta fortløpende utredning av ytterligere områder for samhandling og etablering av nye prosjekter.

Ved utgangen av fase 3 er det vår felles oppfatning at utviklingsprosjektet for samhandlingsarena Aker bør avsluttes som prosjekt. Eventuelle prosjektaktiviteter som gjenstår bør sammen med den mer generelle driftsmessig koordinering av virksomheten ved Aker overføres til en mer permanent organisasjonsmodell.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen
administrerende direktør
Oslo universitetssykehus HF



Bjørg Månurh Andersson,
kommunaldirektør
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester
Oslo kommune

Vedlegg:

1. Illustrasjon av prosjektorganisering
2. Utkast til mandat for to delprosjekter
3. Notat fra byråden til Helse- og sosialkomiteen i Oslo bystyre

Vedlegg 1



Vedlegg 2

FORSLAG - MANDAT SAMHANDLINGSPROSJEKT "GREP FOR ELDRE" PÅ AKER

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus, og Akershus universitetssykehus

Hovedmål:

Delmål:

Det etableres et prosjekt med to underliggende delprosjekter;

1. Etablering døgnbasert rehabilitering for eldre
2. Utvikling og etablering av geriatrisk ressurscenter

Delprosjektene skal være et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Døgnavdelingen og det geriatriske ressurscenteret skal drives av kommunen. Døgnposten skal drives i regi av Sykehjemsetaten.

Organisering:

- Etablere styringsgruppe med representanter fra 1 og 2 linjetjenesten. Styringsgruppen ledes av Oslo kommune, EST.
- Prosjektet organiseres med en hovedprosjektleder og to delprosjektledere.

Prosjekt mandat:

Døgnbasert rehabilitering for eldre

- Definere hvilket behov tilbudet skal dekke, pasientgruppen
- Lokalisering
- Foreslå driftsmodell, bemanning, driftskostnader og utarbeide forslag til budsjett.
- Utarbeide forslag til hvordan tilbudet skal finansieres. Hva skal den enkelte part bidra med?
- Meldingsutveksling mellom 1. og 2 linje tjenesten.
- Utvikle forpliktende avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Implementere løsningen og overlever til drift.

Geriatrisk ressurscenter

- Definere målsetningen med senteret
- Definere hvilke tilbud senteret skal ha for å dekke målsetningen
- Lokalisering
- Utarbeide forslag til driftsmodell, bemanning, driftskostnader og utarbeide forslag til budsjett.

- **Utarbeide forslag til hvordan tilbudet skal finansieres. Hva skal den enkelte part bidra med?**
- **Utvikle forpliktende avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten**
- **Foreslå organisatorisk plassering av senteret**
- **Implementere løsningen og overlever til drift.**

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Oslo kommune, 06.01.2011

Vedlegg 3



Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Notat til bystyrets organer

Til:	Helse- og sosialkomiteen	Dato:	04.11.2010
Fra:	Byråden for helse og eldreomsorg	Vår ref (saksnr):	201000002-62
		Arkivkode:	121

Notat nr.: /2010

FORDELING AV AVSETNING AV MIDLER TIL SAMHANDLINGSTILTAK

I Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2011 er samhandlingsreformen behandlet særskilt under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det foreslås en samlet bevilgning på 580 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2011. Styrkingen i statsbudsjettet for 2011 på om lag 200 mill. kroner er i hovedsak avsatt for senere fordeling etter søknad.

Et av hovedmålene med samhandlingsreformen er å utvikle en ny framtidig kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløp. Samhandlingsreformen handler således både om å forebygge sykdom og skade, blant annet for å hindre sykehusinnleggelse, men også om en gradvis overføring av oppgaver til kommunene fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig handler reformen også om samarbeid og samhandling for å sikre gode pasientforløp.

Nye helselover som understøtter samhandlingsreformen

Mens stortingsmelding 47 var overordnet og inneholdt alle visjonene – er departementet langt mer konkret i sine krav til kommunene i det nye lovforslaget om lov om helse og omsorgstjenestene i kommunen. Utkast til ny lov er nå sendt på alminnelig høring. Forslaget gir også det juridiske grunnlaget for samhandlingsreformen, for den nye kommunerollen, og for de nye pliktene som legges til kommunen. Samhandlingen og samarbeidet foreslås lovfestet som plikter for kommunen. Det legges opp til en gradvis overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ved at det foreslås at

kommunene gis både et medfinansieringsansvar for noen pasientgrupper ifm sykehusinnleggelse og et totalt finansieringsansvar for alle ferdigbehandlende pasienter. I lovutkastet legges til grunn at kommunene skal kunne overta mellom 10 og 30 % av alle døgn og polikliniske konsultasjoner. Tallene er i første rekke knyttet til pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma) og muskel- og skjelettlidelser. Kommunene kan velge om og hvordan de ønsker å bygge ut sine tilbud til disse pasientgruppene, og det foreslås flere økonomiske insentiver for å understøtte dette.

Ny lov om folkehelsearbeid som også er sendt på høring, innebærer en oppfølging av samhandlingsreformen når det gjelder forebygging og tidlig innsats. Målet i henhold til Helse- og omsorgsdepartementet er på den ene siden at kommunen med forebyggende tiltak i større grad skal kunne påvirke/endre befolkningens behov for spesialisthelsetjenester ved å bedre befolkningens helse og hindre sykehusinnleggelse. Departementet anfører at det er et mål i seg selv å bedre folkehelsen, men på sikt vil dette også gi kommunen en direkte økonomisk fordel ved at kommunen unngår utgifter til sykehusopphold. Tiltak av forebyggende karakter krever også en sterkere organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunen, og det er behov for mer kunnskapsbasert og systematisk innsats i dette arbeidet, samtidig som det er behov for å bygge opp kompetanse i kommunen for å kunne ivareta nye oppgaver. Det er viktig at kommunen kommer raskt i gang med de nødvendige tiltak og prosjekter.

Bevilgningen for 2011 skal forberede oppstart av reformen i 2012 og bidra til å sette kommunene i stand til å sette i verk de endringer som skisseres i meldingen og lovforslagene. Dette innebærer at kommunene i 2011 skal stimuleres til å:

1. bygge opp kompetanse i kommunale tjenester innen planlegging og styring for å møte endrede rammevilkår fra 2012
2. inngå samarbeid med andre kommuner, helseforetak og med utdanningssektoren om planlegging og utvikling av samhandlingstiltak, herunder lokalmedisinske sentre

Prioriterte områder:

I tillegg til å videreføre den kommunale delen av rusakutten ved Legevakten med 6 mill kroner foreslår byrådet i tilleggsinnstillingen å avsette 18,5 mill kroner til forebyggende arbeid, og til diverse prosjekter.

Prosjektene har til hensikt å sette kommunen i stand til å ivareta de nye pliktene som følger med den nye loven og iverksettelse av samhandlingsreformen. Foruten å styrke forebygging av innsatsen i videregående skole, er alle de foreslåtte prosjektene knyttet til grupper av pasienter som i stor grad har nytte av behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og i nær tilknytning til hjem og bolig. Det er pasienter med kroniske lidelser, eldre og funksjonshemmede, pasienter med rus og psykiske lidelser som utgjør de gruppene som har flest akutte innleggelser /reinnleggelser i sykehus. Et styrket og bedre tilpasset tilbud til disse pasientgruppene vil i neste omgang kunne påvirke antall sykehusinnleggelser, og bl.a. gi eldre mulighet for å greie seg selv lenger. Det er viktig at

både oppbygging og overføring av kompetanse settes i gang på et tidlig tidspunkt, og at institusjoner og samarbeid etableres. Erfaring viser at lokale prosjekter utenfor helseforetakene for disse pasientgruppene har gitt en reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser på 20-40 %.

Byrådet foreslår følgende prioritering av de 18,5 mill som er foreslått:

<i>Tiltak:</i>	<i>Beløp:</i>
<i>Styrke skolehelsetjenesten videregående skoler</i>	<i>4 mill</i>
<i>Spesialisert rehabiliteringsavdeling for eldre - "Helsehus"</i>	<i>7 mill</i>
<i>Sammenhengende bo- og omsorgskjede for personer med psykiske lidelser i bydel (DPS til bydel) - utredning</i>	<i>1 mill</i>
<i>Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer</i>	<i>4 mill</i>
<i>Gravide og rus</i>	<i>0,5 mill</i>
<i>Felles institusjon barnevern/Barne- og ungdomspsykiatri - utredning</i>	<i>1 mill</i>
<i>Geriatrisk ressurscenter</i>	<i>1 mill</i>
<i>Totalt</i>	<i>18,5 mill</i>

Styrking av skolehelsetjenesten i videregående skole

Skolehelsetjeneste i VG skole er forebyggende helsetjeneste. I dag benyttes 14,8 årsverk samlet til helsetjenesten for 17 500 elever i de videregående skolene i Oslo. Byrådet vil i nær fremtid fremme en sak om helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo.

En styrking av skolehelsetjenesten i videregående skole vil gi mulighet for å synliggjøre og systematisere arbeidet på viktige områder som både ungdommens bystyremøte og bystyret har pekt på: problemstillinger knyttet til abort, psykisk helse og selvmordsforebygging, og særskilte utfordringer som tvangsgifte og kjønnslemlestelse.

Skolehelsetjenesten i de videregående skolene styrkes med 4 mill kroner til forebyggende helsearbeid.

Spesialisert rehabiliteringsavdeling for eldre – "Helsehus"

Rehabilitering er et område hvor både spesialisthelsetjenesten og kommunen yter innsats. Behandlingstilbudet er imidlertid lite koordinert, og det er ikke konsensus om hvilke pasientgrupper som skal ha hvilke tilbud. En rekke av de avtaler spesialisthelsetjenesten har inngått med private opptreningsinstitusjoner, forutsetter at pasientene skal være selvhjulpne for å komme dit. Det er grunn til å stille spørsmål ved om enkelte pasientgrupper med mer omfattende funksjonssvikt har tilstrekkelig tilgang til disse tjenestene. Det er også usikkert om de øvrige tilbud når det gjelder rehabilitering treffer de mest.

Rehabiliteringskjeden bør suppleres med rehabiliteringstilbud i kommunal regi, hvor spesialist- og kommunehelsetjeneste samarbeider om "best practice - rehabiliteringsforløp" for utvalgte målgrupper, for eksempel slagrammede, eldre med brudd osv. Prosjektet tilgodeses med 7 mill kroner. Byrådet ønsker et samarbeid med Helse Sør-øst for å få til dette på Aker sykehus.

Sammenhengende bo- og omsorgskjede for personer med psykiske lidelser i bydel (DPS til bydel)

Helse- og sosialkomiteens studiebesøk til Birmingham ga inspirasjon til å tenke mye tettere og samordnet innsats fra kommunehelsetjenestens booppfølgings- og psykiatrisk sykepleietjeneste- og spesialisthelsetjenestenivåets poliklinikkvirksomhet, ambulante tjenester og døgntilbud overfor grupper av personer med psykiske lidelser. Et slikt samarbeidsprosjekt vil måtte utredes grundig med tanke på både faglige, juridiske og økonomiske aspekter.

Furuset DPS betjener kun bydel Alna, og skal overføres fra Oslo universitetssykehus til Ahus fra 1. januar 2011. Både Bydel Alna og divisjon psykiatri ved Ahus har sagt seg interessert i et slikt prosjekt. Det foreslås derfor å etablere prosjektet Psykiatrisk omsorgskjede i Bydel Alna. På noe sikt bør det være et mål at også BUPP inkluderes i prosjektet. Det avsettes 1 mill kroner til utredningsarbeid og forberedelse av et konkret pilotprosjekt i 2011.

Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer

Det er besluttet å etablere et forsterket botilbud etter modell av Schandorffsgate, og som et samarbeid mellom bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker og Diakonhjemmet sykehus. Tilbudet bør driftes av Frogner bydel (hvor boligen vil ligge), i samarbeid med de to øvrige bydeler.

Diakonhjemmet sykehus bør inviteres til å gi ambulante polikliniske tjenester til aktuelle brukere, samt gi utstrakt veiledning til ansatte i botilbudet. Nevnte bydeler har søkt om midler til kompetanseheving i boligsosialt arbeid, hvor de har samarbeid med Diakonhjemmet sykehus. Selv om målsettingen til dette prosjektet er mer omfattende enn etablering og drift av ovennevnte boligtilbud, bør det være tett samarbeid rundt dette. Prosjektet er lagt opp til å vare i 3 år, hvor en søker årlig økonomisk støtte på ca. 2.5 mill. kr. Dette bør kunne prioriteres som et samhandlingstiltak og etableres i løpet av 2011. NAV/kvalifisering og utdanningssektoren bør inkluderes i prosjektsamarbeidet, slik at det også kan tilrettelegges for meningsfylt aktivisering. Prosjektet tilgodeses med 4 mill kroner i 2011.

I løpet av 2011 utredes det et nytt tilsvarende botilbud i for aktuelle bydeler i Oslo universitetssykehus' sektor, slik at en for hvert år vil ha en etablering og en utredning, frem til at alle bydeler og sektorsykehus har etablert samhandlingstiltak med tilpasset botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer.

Gravide og rus

Det er besluttet å igangsette et prosjekt for å kartlegge eksisterende tilbud og tiltak som retter seg mot gravide rusmisbrukere. Det tas initiativ overfor helseforetakene i Oslo-regionen om nytt konkret samarbeid rundt nevnte målgruppe. Det har tidligere vært samarbeid mellom deler av barne- og ungdomspsykiatrien og aktuelle bydeler om tidlig intervensjon og veiledning overfor gravide med rusproblemer og barn født av rusmisbrukere.

I forbindelse med at flere i nevnte målgruppe er aktuelle LAR-pasienter, reiser det seg både medisinske og etiske utfordringer i forhold til den eksponering barnet er utsatt for. For å kunne tilby et bedre koordinert og tilpasset tilbud til den enkelte bruker, foreslås det nedsatt en utredningsgruppe, sammensatt av fagpersoner fra helseforetakene og kommunen, med formål å levere forslag til tiltak i løpet av 2011. Målgruppen er drøftet med OUS som vil være interessert rundt tematikken. Det kan være aktuelt å se nærmere på tjenester og tilbud i andre sammenlignbare storbyer i Europa. Prosjektet tilgodeses med kr. 500.000

Felles institusjon barnevern/Barne- og ungdomspsykiatri

I Oslo kommunes høringsuttalelse til NOU "Det du gjør, gjør fullt og helt" er det beskrevet at Oslo kommune vil gå inn for et forsøk hvor barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste etablerer felles institusjon. Tiltaket tilgodeses med 1 mill kroner, til utredning av prosjektet.

Geriatrisk kompetansesenter i Oslo

I bystyresak 341/08 Bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo har bystyret bedt byrådet vurdere å gå i dialog med staten om et samarbeid om opprettelsen av et geriatrisk fagmiljø som kan fungere som et nasjonalt og lokalt ressurscenter for medisinsk personell i pleie og omsorgssektoren. Fagmiljø må forutsettes å være medisinsk ressursgruppe for hele Oslo. Det forutsettes at dette skjer med finansiell støtte fra staten, ettersom tiltaket vil avlaste den statlige spesialisthelsetjenesten i Oslo". Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har hatt dialog med både Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus vedr saken.

Oslo kommune har allerede et ressurscenter for aldersdemens og alderspsykiatri, GERIA; som samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten og universitetet på disse fagområdene. Det antas at den beste måte å oppfylle bystyrets vedtak vil være å utvide GERIA til også å være et ressurscenter for geriatri på det somatiske området.

Helse- og velferdsetaten har fått i oppdrag fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester å utarbeide en skisse til Geriatrisk ressurscenter i kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og Universitetet i Oslo. Skissen vil foreligge medio januar 2011. Deretter vil tiltaket kunne iverksettes. Prosjektet tilgodeses med 1 mill kroner i 2011.

Øvrige samhandlingsmidler

Oslo kommune inngikk i desember 2008 en overordnet samhandlingsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Det er etablert samhandlingsarenaer mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune som følge av avtalen. Kontaktmøter mellom øverste administrative ledelse i de

to virksomhetene avholdes regelmessig, og to ganger per år utvides disse til også å gjelde politisk ledelse i byrådsavdelingen og styreleder i det regionale helseforetaket.

Partene har også opprettet et samarbeidsutvalg hvor representanter for virksomhetene (sykehus/bydeler/etater), samt representanter for brukere og ansatte deltar. Samarbeidsutvalget har blant annet fått i oppdrag å være en ideskaper for nye samhandlingsformer og nye områder for samarbeid, å spre informasjon om og videreformidle de gode prosjekter og resultater som oppnås, særlig med tanke på implementering i de øvrige sykehusene og virksomhetene.

Innenfor rammen av samarbeidsutvalget er det igangsatt en rekke samhandlingsprosjekter, og flere er i idestadiet eller under planlegging. De fleste av disse prosjektene omhandler temaer og formål som er relevante for å søke om samhandlingsmidler som er avsatt for senere fordeling, bl.a. fra Helsedirektoratet. Det gjelder i første rekke prosjekter med tanke på overføring av oppgaver, så som lokalmedisinske sentra, sjukestuer og lignende. Samarbeidet skal også ivareta den delen av reformen som handler om et godt pasientforløp, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og jevnlig kompetanseoverføring og opplæring.

Byrådet vil komme tilbake med en egen sak om samhandlingsreformen.

Sylvi Listhaug
byråd

Midt mellom stat og kommune ligger Aker



Aker sykehus står i endringens tegn. Spesialisthelsetjenesten er på vei ut. Samtidig legges planer for Akers som samhandlingsarena. Stat og kommune skal sammen finne frem til nye tilbud for pasientene på Aker.



Det er staten som har ansvaret for sykehusene i Norge. Vi kaller det spesialisthelsetjenesten – eller annenlinjen. Kommunene har ansvaret for legevakt og sykehjem, vi kaller det for primærhelsetjenesten – eller førstelinjen. I midten ligger halvannenlinjen – grensesnittet der stat og kommune møtes for å samarbeide om et tilbud i midten. Dette er selve kjernen i samhandlingsreformen og tidens mantra.



Samhandlingsreformen rykker nærmere

Et økende antall eldre og kronisk syke, samt et endret sykdomsbilde som følge av blant annet livsstilsendringer fører til økt behov for helsetjenester generelt, og et særlig behov for differensierte, tverrfaglige og koordinerte tjenester. - Viktige målsetninger i samhandlingsreformen er mer forebygging og tidlig intervensjon, mer helhetlig og koordinerte tjenester og en dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester og dermed en mer bærekraftig utvikling, sier *Cathrine Meland* (t.v.), avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet. Meland forteller at regjeringen planlegger å fremme en stortingsmelding om Nasjonal helse- og omsorgsplan, samt to lovproposisjoner for Stortinget allerede før påske.

Overføring av midler

Samhandlingsreformen legger derfor opp til at den forventede behovsvekst innen helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad skal finne sin løsning *i kommunene*. Sentralt i det arbeid som for tiden gjøres i departementet er derfor utforming av nye mekanismer som skal understøtte denne overføringen av pasientgrupper. Dette vil blant annet inkludere overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Et gjennomgående stikkord blir derfor *kommunal medfinansiering*.

Halvannenlinje på Aker

I dette lys må vi oppfatte de prosesser som nå skjer rundt utviklingen av Aker som såkalt *samhandlingsarena*. Når Aker sykehus i løpet av de kommende årene mister sin funksjon som et ordinært sykehus for spesialisthelsetjenesten er det nettopp med en fremtid innen dette nye laget i helsetjenesten for øyet at deler av sykehuset skal videreutvikles. Nåværende eier, Oslo universitetssykehus, skal samarbeide med Oslo kommune om å tilby gode og fornuftige tjenester til

en del pasientgrupper i deler av Akers lokaler på Sinsen.

To rapporteringer hittil

Med utgangspunkt i føringer som fremkom i foretaksmøtet med Helse Sør-Øst 24. november i fjor rapporterte Oslo universitetssykehus innledningsvise planer til departementet 20. januar i år. Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp med en ny bestilling som ble besvart i felles brev fra Oslo universitetssykehus og Oslo kommune 1. mars i år. I brevet pekes det på at flere detaljer rundt Aker som samhandlingsarena nå er i ferd med å falle på plass.



Budsjettmidler

Ved Oslo universitetssykehus er det viseadministrerende direktør Tove Strand (t.v.) som er samhandlingsansvarlig. Hun forteller at prosjektet allerede har fått egne budsjettmidler:

- Vi har mottatt fem millioner kroner fra Helse-Sør-Øst, og Oslo kommune har varslet at de vil overføre tre millioner kroner. Det gir samarbeidsutvalget mulighet til å støtte, eller sette i gang, prosjekter som bidrar til helhetlige pasientforløp, bedre kompetansedeling og ikke minst, nye måter å nå utsatte grupper på.

Hvilke tjenester?

Vi spør henne om hvilke tjenester hun mener vil bli tilbudt på Aker i fremtiden?

- Vi ser for tiden nærmere på hvordan vi sammen med Oslo kommune kan betjene pasienter innen en rekke diagnoser. Jeg kan nevne pasienter med kroniske lidelser som diabetes og hjerte- og lungesyke, samt eldre med sammensatte lidelser. Andre aktuelle områder kan være ulike polikliniske tilbud og dagbehandling, spesialisert rehabilitering (som ikke er avhengig av nærhet til akutfunksjoner), lærings- og mestringssenter, dagbasert dialyse, elektiv dagkirurgi innenfor visse områder samt laboratorievirksomhet og kanskje noe innen røntgen og diagnostisk støtte som er nødvendig for nevnte funksjoner.

Psykisk helse og rus

- Også pasienter med behov for hjelp innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling skal få tilbud ved fremtidens Aker, sier Strand. - Bl.a. ser vi på mulighetene for å legge et distriktpsikiatrisk senter (DPS) til Aker. Allerede i dag tilbyr vi flere tjenester innen rus- og avhengighetsbehandling. Nye funksjoner i denne sammenheng kan bl.a. være en ruspoliklinikk som kan spille en viktig rolle i samhandlingssammenheng.



Kommunale innslag

Fra kommunal side trekkes det bl.a. frem tiltak som inngår i prosjektet *Helsegrep for eldre*. - Elementer i dette prosjektet døgntilrettelagt rehabilitering for eldre, utvikling og etablering av et geriatrisk ressurscenter (* og Almas Hus; en simuleringsleilighet og et hjelpemiddeltilbud for demente. Dessuten planlegger vi å legge en større legevaktsbase til Aker, sier *Cecilie Brein* (t.v.), byrådspesialist for helse og eldreomsorg i Oslo kommune.

Tre faser

Den prosjektplan som nå følges opererer med tre faser av veien fremover. Fase 1 er inneværende våren, fase to er kommende høst samt neste år og fase tre er årene 2013-14.

Aktuelle områder for samhandlingsarena Aker i fase 2 kan være migrasjonshelse, poliklinisk virksomhet, dagbehandling og poliklinisk, spesialisert rehabilitering, lærings- og mestringstilbud, frisklivssentraler og palliativ virksomhet. Jokere i denne fasen vil være spørsmål knyttet til radiologi og dagkirurgi.

Organisering av prosjektet

Det er enighet om å etablere en egen prosjektorganisasjon for samhandlingsarena Aker. Med i dette prosjektet skal helseforetaket og kommunen også ha med seg representanter for brukerne og de ansatte, de idéelle sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg, samt helseforetakene Sunnaas og Ahus.

Prosjektavslutning

- Fra 2013 forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF gradvis avvikler den drift som skal samles i andre lokaliteter innen Oslo universitetssykehus HF. Fra dette tidspunkt tenker vi at virksomheten ved Aker bør overføres til en mer permanent organisasjonsmodell, avslutter Tove Strand.

**) - En videreutvikling av GERIA, et allerede etablert samarbeid mellom kommune og Oslo universitetssykehus.*

Publisert 18.03.2011 av [Anders Bayer](#)
Sist endret 21.03.2011 av [Anders Bayer](#)

Oslo universitetssykehus HF eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Universitetssykehuset er landets største med cirka 20 000 ansatte, og står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Oslo universitetssykehus HF / Kontakt oss - Nettredaksjonen / E-post: borge.einrem@oslo-universitetssykehus.no



HELSETILSYNET

I OSLO OG AKERSHUS

Oslo universitetssykehus HF
Adm. dir. Siri Hatlen
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

DERES DATO/YOUR DATE:

DERES REF. / YOUR REF.:

VÅR REF. / OUR REF.:

2010/12999-38 FM-H

DATO / DATE:

25.02.2011

TILBAKEMELDING OM INFORMASJON INNHENTET VED INTERVJUER

Helsetilsynet i Oslo og Akershus viser til møte 8. februar 2011 der hovedpunkter fra informasjon innhentet i intervjuer med utvalgte ledere ved Oslo universitetssykehus, ble presentert.

I tiden 6. desember til 10. januar ble det gjennomført intervjuer med ledere på tre nivåer i hver av klinikkene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
- Medisinsk klinikk
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Klinikk for kirurgi og nevrofag ble valgt fordi vi i denne klinikken har hatt flere saker som krever oppfølging. Vi har dessuten mottatt flere bekymringsmeldinger bl.a. på slagbehandling, nevrokirurgisk avdeling, neurologisk avdeling, barnepost 1 og organisering av nevrofysiologi før epilepsioperasjoner.

Medisinsk klinikk ble valgt fordi det i en slik klinikk vil være høy risiko for svikt pga. håndtering av mye øyeblikkelig hjelp.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet ble valgt fordi dette alltid vil være et sårbart område med håndtering av pasienter som i liten grad selv kan uttrykke klage.

Klinikkleder, en avdelingsleder og en enhetsleder i hver av klinikkene ble intervjuet. I klinikk for kirurgi og nevrofag ble to avdelingsledere intervjuet.

Hensikten med intervjuene var først og fremst å innhente informasjon om systemer som har betydning for pasientsikkerheten og opprettholdelse av kompetanse i omstillingsfasen. Vi ønsket også å få informasjon som kunne bidra til lokalisering av risikoområder som må følges opp nærmere.

Generelt inntrykk som gjelder alle tre klinikkene

- Mange administrative nivåer gjør at alvoret i faglige/organisatoriske bekymringer av betydning for pasientsikkerheten, kan vannes ut oppover i nivåene og siles eller stoppes på klinikknivå
- På noen klinikknivå sitter ledere med begrenset faglig innsikt. Presentert alvor i avvik og bekymringer blir ikke nødvendigvis forstått og håndtert i overensstemmelse med alvoret selv om vedkommende har en medisinskfaglig rådgiver
- Fagfolk på lavere nivå kjemper for å holde den daglige driften i gang, og opplever at de i liten grad blir hørt av nivåer over

- Det er flere steder et misforhold mellom bemanning og de oppgaver som må gjøres. Mangler i bemanningen gjelder både volum, men også noen steder kompetanse. Noen steder er det få *leger* med tilstrekkelig kompetanse/erfaring til å utføre de nødvendige oppgavene. Noen steder er det (også) *pleiere* med for lav kompetanse/erfaring til å utføre de nødvendige oppgavene.
- Vi har ikke fått frem at det gjøres *medisinsk faglige* risikovurderinger før endringer. De risikovurderinger som gjøres, har mer preg av alibi for å gjøre forhåndbestemte endringer. (Ett eksempel er: Fjerning av en nevrokirurghjæmmel fra OUS til Ahus der det ikke er nevrokirurgisk avdeling)

Helsetilsynet i Oslo og Akershus stiller spørsmål ved om reelle faresignaler for pasientsikkerheten kommer til administrerende direktør.

Vi stiller også spørsmål ved om reelle faresignaler kommer til styret for OUS.

Vi stiller videre spørsmål ved om spisskompetanse ved spesialavdelinger blir bevart og gitt mulighet for utvikling i omstillingsperioden.

På bakgrunn av innhentet informasjon vil Helsetilsynet i Oslo og Akershus se nærmere på driften ved:

- Barnepost 1
- Nevrologisk avdeling ved Ullevål
- Nevrokirurgisk avdeling

Oppfølgingen vil skje med ulike tilsynsmetoder.

Med hilsen

Petter Schou
fylkeslege

Grethe Hellstrøm Hoddevik
ass.fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopi til:

Styreleder Gøran Stiernstedt, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Klinikkleder Siri Hammer, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Avdelingsleder Espen Dietrichs, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Avdelingsleder Sissel Reinlie, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Enhetsleder Pål Berg-Hansen, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Klinikkjef Lena Gjevert, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo

Avdelingsleder Idar Lygren
Enhetsleder Eirin Slaggård Mitchley
Klinikkjef Øystein Mæland, Oslo
universitetssykehus
Avdelingsleder Øystein Kjos, Oslo
universitetssykehus
Enhetsleder Ann-Kristin Spanger, Oslo
universitetssykehus

Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo
postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo
Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo
Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo
Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo

Saksbehandler: Grethe Hellstrøm Hoddevik ☎ 22 00 39 08



HELSETILSYNET

I OSLO OG AKERSHUS

Oslo universitetssykehus HF
v/ adm.direktør,
Postboks 4950 Nydalen,
0424 OSLO

DERES DATO/YOUR DATE:

DERES REF. / YOUR REF.:

VÅR REF. / OUR REF.:

2010/12999-43 FM-H

DATO / DATE:

09.03.2011

TILBAKEMELDING OM INFORMASJON INNHENTET VED INTERVJUER - EN PRESISERING

Det vises til møte 8. mars då mellom adm. direktør ved OUS, Siri Hatlen, og undertegnede, hvor bl.a. vårt brev av 25. februar ble gjennomgått. Selve brevets ordlyd anses som kjent, og gjengis derfor ikke på nytt. Brevet har sin bakgrunn i en intervjurunde Helsetilsynet gjennomførte med ni ledere på forskjellige nivåer ved OUS i den hensikt å skaffe seg bedre informasjon rundt selve omorganiseringsprosessen som pågår i helseforetaket og å belyse eventuelle risikoområder som Helsetilsynet kunne ha nytte av i sitt fremtidige tilsynsarbeide. Det ble også 8. februar avholdt et møte mellomledelsen ved OUS og Helsetilsynet i Oslo og Akershus hvor de viktigste inntrykkene fra intervjuene ble presentert.

Både adm. direktør og enkelte av de intervjuede har reagert på deler av brevets innhold, dels fordi man ikke kjenner seg igjen i den virkelighetsbeskrivelse som fremkommer i brevet, dels fordi det fra OUS' side påpekes at noe er "lagt til" i brevet – påstander som ikke fremkom i møtet - og dels fordi man, spesielt i siste del av brevet, gir inntrykk av konklusjoner og påstander fra Helsetilsynets side, selv om disse er fremmet i spørsmåls form.

Fra Helsetilsynets side opplevde vi at de intervjuede på alle nivåer ga ryddige, saklige og åpne tilbakemeldinger. Vi møtte uten unntak vel skolerte ledere som ga inntrykk av å kjenne sin del av virksomheten godt, men som også var klar over *potensielle* risikoområder, ikke minst i en fase hvor store og faglig tunge kompetansevirksomheter skal fusjoneres og/eller flyttes og som var villige til å dele denne kunnskapen med oss. Samtalene bar preg av fortrolighet, og med pasientsikkerhet og god faglig standard som felles mål for virksomhet og tilsynsmyndighet.

For å ivareta vår tilsynsrolle på en god måte, er vi selvsagt helt avhengige av å kommunisere på en måte som også blir forstått og akseptert av helsetjenesten selv. Siden vi tydeligvis ikke har klart dette i den aktuelle saken, er det viktig for Helsetilsynet i Oslo og Akershus å komme med følgende presiseringer:

- Det foreligger ingen tilsynssak mot OUS på grunnlag av innhentet informasjon.

- Uttrykket "*generelt inntrykk*" betyr ikke en samlet tilbakemelding fra de som ble intervjuet, men er et inntrykk fra vår side basert på varierende grad av bekymring fra ledernes side.
- Det var opprinnelig ikke planlagt noe referat fra møtet 8. februar. Brevet er således en skriftliggjøring av det som ble meddelt muntlig, men er selvsagt ikke et nøyaktig referat fra møtet. Brevet pretenderer heller ikke å være en konklusjon fra Helsetilsynets side, og korrigerende eller supplerende opplysninger som ble gitt Helsetilsynet i møtet eller senere, for eksempel vedrørende en eventuell overflytting av legehjemmel, er følgelig ikke tatt med.
- Både det å gjøre gode "*medisinsk faglige risikovurderinger*" forut for enhver organisasjonsendring og å "*sikre god informasjonsflyt*" på tvers av nivåer, er en viktig del av internkontrollen og et selvsagt ledelsesansvar. Helsetilsynets rolle vil være, ut fra en mer fragmentarisk kunnskap, å stille spørsmål om pasientsikkerheten er i varetatt til enhver tid. Det vil alltid være varierende oppfatninger om hvorvidt disse hensyn er ivaretatt, og Helsetilsynet viderebringer i sitt brev bare de vurderinger og den profesjonelle bekymring som fremkom i enkelte av samtalene.
- Vi ser at de spørsmål vi stilte i siste del av vårt brev, på grunn av sin noe retoriske form, *kan* oppfattes som Helsetilsynets konklusjon. Siden hensikten med intervjuene kun var informasjonsinnhenting og ikke del av en tilsynssak, er dette selvsagt ikke tilfelle. Vår intensjon var at denne type fortrolig tilbakemelding også kunne ha en viss nytteverdi for helseforetaket selv, da både de intervjuede ledere, helseforetakets ledelse og Helsetilsynet i disse vanskelige men velkjente problemstillingene har et felles mål – faglig god og trygg pasientbehandling.
- Hvilke virksomheter vi planlegger å føre tilsyn med, og på hvilken måte et tilsyn gjennomføres, er en dynamisk prosess og bestemmes av Helsetilsynet ut fra en samlet risikovurdering eller på grunnlag av alvorlige enkelthendelser.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus vil få takke alle intervjuede ledere for åpenhet, fortrolighet og profesjonalitet. Både intervjuene og den etterfølgende supplerende og korrigerende tilbakemelding fra helseforetakets ledelse har gitt oss nyttig informasjon om en komplisert organisasjon og en utfordrende omorganiseringssprosess.

Med hilsen

Petter Schou
fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Statens helsetilsyn
Pb 8128 DEP
0032 OsloAkuttklinikken
Prehospitalt senterVår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato:
Oppgis ved all henvendelse 2020/61 I CAS 23.3.2011**Ad tilsynssak : Brudd på helselovgivningen – Oslo universitetssykehus HF, AMK i Oslo og Akershus drives med for stor risiko for svikt.**

Viser til deres brev av 21.03 der det konkluderes med at det foreligger brudd på kravet til forsvarlig virksomhet i spesialisthelsetjenesteloven § 2.2.

OUS har fått 6 ukers frist til å fremlegge en redegjørelse / plan for hvordan vi har tenkt å rette på forholdene. Vi vil komme tilbake til en grundig beskrivelse innen fristen. Hensikten med dette brev er å gi en foreløpig redegjørelse for de tiltak som er igangsatt det siste året eller vil bli igangsatt med det første.

Prehospitaltjenester (PhT) i Oslo og Akershus ble slått sammen og lagt under UUS i 2003. (Ambulanse, AMK og Luftambulansse). I 2004 ble også pasientreiser lagt under denne enheten. PhT var en egen divisjon frem til 01.01.2010 hvor vi ble innlemmet i Akuttklinikken i det nye og fusjonerte sykehuset, OUS som et senter for prehospitaltjenester.

Sammenslåingen av de prehospitaltjenestene i Oslo og Akershus er vurdert til å være positivt i den forstand at vi har fått til felles standarder, opplæring, kompetanse og forskning samt at vi har fått til bedre utnyttelse av ressursene (aktivitet og beredskap) i Oslo og Akershus. På mange måter har dette blitt et ledende prehospitalt miljø nasjonalt. Bedre utnyttelse av ressursene har i flere år i stor grad kunne kompensere for en årlig økning i aktivitet.

Likevel erkjenner vi nå at vi må inn med flere ressurser for å møte utfordringene i Prehospitaltjenester både på kort og lang sikt. Vi deler i stor grad Helsetilsynets oppfatning av manglende ressurser ved AMK-sentralen ved Oslo universitetssykehus.

Imidlertid vil vi påpeke at det allerede er iverksatt tiltak samt planlagt ytterligere tiltak 2011. Vi viser til våre redegjørelser i forhold til opplegg for sertifisering/ resertifisering i AMK sentralen, fagdager med fokus på kommunikasjon m.m samt den bemanningsøkning som ble gjort i 2010.

Vi har videre iverksatt tiltak for å styrke beredskap og AMK som følger:
Nevner i korthet:

- Vi er ferd med å lyse ut stillinger som medisinske operatører. Dette for å øke bemanningen i AMK sentralen på døgnbasis samt å kunne frigjøre operasjonslederne fra ordinær "produksjon". Operasjonsleder vil da kunne gå utenpå sentralens ordinære grunnbemanning på døgnbasis. Dette vil kunne avlaste operatørene og bidra med beslutningsstøtte ved tvil/usikkerhet, sikre oppfølging/avlastning av operatører som utsettes for unormale belastninger og samtidig representere en viss bufferkapasitet ved ordinære belastningstopper.
- Vurderer behov for rekrutteringsfremmende tiltak i AMK.
- Økning av ambulansberedskap ved at det settes inn en ny ambulanse på døgnbasis fra våren 2011. Denne


vil i vesentlig grad ha base i Follo.


- Økning av kapasitet for bårer og rullestoler i regi av pasientreiser ved at det er satt inn ny Helseekspress (2 båreplasser og 25 sitteplasser) fra jan 2011 samt at det planlegges for å sette inn 2 biler planlagt for rullestoler fra august 2011. Videre er vi i ansettelsesprosess av nye stillinger på kjørekontoret for å kunne koordinere disse bilene. Disse tiltakene vil kunne avlaste ambulansetjenesten en del ordinære oppdrag og således øke beredskap. Økt beredskap vil igjen medføre at Amk har flere ambulanser å disponere.
- Vi er i gang med en OU prosess i AMK sentralen der vi ser på ledelse og organisering . Videre har vi iverksatt en gjennomgang av arbeidsmiljøet i AMK sentralen.
- I uke 13 setter vi i gang et nytt AMK kurs bl.afor personell som er ansatt i OUS.
- Vi vil også sette i gang en ordning med at lege er tilgjengelig i AMK sentralen en ettermiddag pr uke for oppfølging og veiledning av personellet.

Sommerferien er krevende i forhold til at det er vanskelig å sette inn vikarer for bemanne AMK. Nye stillinger vil sannsynligvis ikke komme i ordinær drift før til høsten. Vi har derfor inngått avtaler med organisasjonene for å stimulere til at personellet jobber ekstra i sommer samt at vi jobber for økt rullering av personell fra ambulansetjenesten.

Vi vil komme tilbake med en mer detaljert redegjørelse innen den frist som Statens Helsetilsyn har satt.

Med vennlig hilsen


Olav Røise
Klinikkleder
Akutt klinikken


Arild Østergaard
Senterleder
Prehospitalt senter

Se mottakertabell

Vår referanse:

08/00045-23

Saksbehandler:

Pål Christian Roland, +47 400 20 339

Deres referanse:

Dato:

16.02.2011

Samarbeid om videreutvikling av sykehus tilbudet i Oslo

Organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Oslo har gjennomgått store endringer den senere tid. Dette i tråd med omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst og plan for strategisk utvikling 2009-2020. Omstillingsarbeidet videreføres i 2011 og innebærer vesentlige endringer for alle virksomheter som berøres.

For å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen, er det avgjørende at det er et godt samarbeide mellom helseforetakene og sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Det gjelder dermed helseforetakene og sykehusene i sykehusområde Oslo, samt Akershus universitetssykehus HF. Det er også betydelige utfordringer og et stort potensial i å sikre god samhandling med kommunehelsetjenesten i Oslo, og det forutsettes en bred involvering og deltakelse fra samtlige helseforetak / sykehus.

I denne sammenheng henvises det til tidligere korrespondanse og møter:

- Brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 18.09.09 hvor Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus ble bedt om å gjennomgå oppgave- og funksjonsdeling innen sykehusområdet.
- Felles svarbrev fra Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus datert 29.07.10 hvor det presenteres en samlet anbefaling om funksjons- og oppgavefordeling i sykehusområdet etter 01.01.11, samt at det fremlegges en uenighet når det gjelder organisering av region- og områdefunksjoner innen revmatologi/revmakirurgi og øre-, nese-, halssykdommer.
- I brev av 28.10.10 fra Helse Sør-Øst RHF tas brevet fra Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til etterretning og det ble orientert om at Helse Sør-Øst RHF ville komme tilbake til uenighetspunktene i svarbrevet i en dialog med sykehusene

Med bakgrunn i dette ble det avholdt møte 15.12.10 mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Formålet med møtet var å skape størst mulig grad av forutsigbarhet knyttet til endringsprosesser i sykehusområde Oslo og avklare enkelte vilkår for det videre arbeidet.

Relevant i denne sammenheng er også møte avholdt mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF den 07.02.11 vedr arbeidet med utvikling av samhandlingsarena Aker.

Med utgangspunkt i dialogen det refereres til ovenfor er det lagt til rette for følgende konklusjoner vedrørende det videre arbeid med områdeplan for sykehusområdet:

Arbeide med områdeplan

I arbeidet med utvikling av områdeplan for sykehusområde Oslo forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF har en ledende rolle. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Sunnaas sykehus HF inngår i sykehusområdet og forutsettes å delta aktivt. Det forutsettes videre at Akershus universitetssykehus HF involveres i arbeidet der det er naturlig på bakgrunn av dets befolkningsansvar for tre bydeler i Oslo, selv om disse ikke er en del av sykehusområde Oslo.

Oslo universitetssykehus HF står overfor betydelige utfordringer i å dimensjonere og organisere tjenestetilbudet i forhold til det befolkningsansvar helseforetaket har fra 01.01.11. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det er muligheter for avlastende aktivitet basert på eksisterende kapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Oslo universitetssykehus HF bes legge dette til grunn i det videre arbeidet med å organisere og dimensjonere tjenestene innen helseforetaket. Det forutsettes videre at areal ved Lovisenberg og Diakonhjemmet kartlegges og inngår som en del av arealplan/ idéfaseutredningen ved Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF finner hensiktsmessige former for involvering av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus i dette arbeidet.

Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner

Når det gjelder videre organisering av enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner innen sykehusområde Oslo oppsummeres følgende:

- Eldre med brudd: Denne funksjonen forutsettes å ligge fast på Diakonhjemmet Sykehus på minimum samme nivå som i dag.
- Revmakirurgi og revmatologi: Nasjonale og regionale funksjoner innen revmatologi og revmakirurgi forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus. Det forutsettes videre at det etableres gode pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for disse pasientgruppene. Det vil bli igangsatt et regionalt utviklingsarbeide innen revmatologi, og i påvente av dette vil det ikke være naturlig å gjøre endringer i arbeidsdeling i sykehusområde Oslo på nåværende tidspunkt.
- Psykofarmakologi: Psykofarmakologisk analyse og rådgivning er en funksjon som forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus.
- Arbeidsdelingen mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF innen øre-nese-hals fungerer godt. Det bes om Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap klargjør om dette bør endres eller videreføres.

Samhandlingsarena Aker

Gjennomførte og forestående endringer i Oslo universitetssykehus HF's bruk av Aker sykehus gir betydelige muligheter i å etablere Aker som en samhandlingsarena i forhold til kommunehelsetjenesten. Det vises til pågående dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vedrørende utvikling av et samlet tjenestetilbud på Aker som understøtter

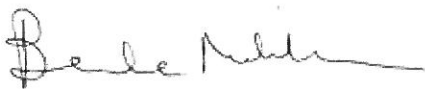
intensjonene i samhandlingsreformen og det potensial som ligger i en bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vil samarbeide om å utvikle mandat for en felles prosjektorganisasjon, samt etablering av denne. Det legges til grunn at Oslo kommune vil lede prosjektet, men det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF inntar en ledende rolle på vegne av deltakende helseforetak og sykehus. Det forutsettes at både Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus deltar og bidrar i realiseringen av samhandlingsarena Aker. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF deltar i styringsgruppen for prosjektet og at det finnes hensiktsmessige former for deltakelse og involvering også for Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil anføre at de avklaringer og forhold som omtales ovenfor er av stor betydning for å oppfylle forpliktelsene som følger både av omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst og av samhandlingsreformen. At endringene gjennomføres på en god måte er viktig for et godt pasienttilbud og dermed også av stor omdømmemessig betydning. Det er derfor viktig at alle involverte bidrar til et nært og tillitsfullt samarbeid.

Helse Sør-Øst RHF vil ha et vedvarende fokus på dette arbeidet og holde seg orientert om fremdrift og resultater bl.a. gjennom de ordinære oppfølgingsmøtene og i andre møter etter behov.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør

Mottaker	Adresse	Post	Kontaktperson
Diakonhjemmet Sykehus AS	Postboks 23 Vinderen	0319 Oslo	
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	Lovisenberggata 17	0440 Oslo	
Sunnaas sykehus HF		1450 Nesoddtangen	
Akershus universitetssykehus HF		1478 LØRENSKOG	
Oslo universitetssykehus HF	Postboks 4950 Nydalen	0424 OSLO	

Administrerende direktør Siri Hatlen
Oslo Universitetssykehus HF
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Deres ref.:	Vår ref.:	Arkivnr.:	Dato:
	2009/506-22/LEFL/MS	H21	02.03. 2011

Kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo.

Som undertegnede tidligere har uttrykt ved flere anledninger er de to diakonale sykehusene i Oslo innstilt på å bidra til at de uttalte mål om å realisere betydelige økonomiske og faglige samordningsgevinster i hovedstadsområdet ved sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst i 2007, og senere etableringen av Oslo Universitetssykehus i 2009 blir etterlevet.

Det vises i denne sammenheng til vårt brev av 05.05.10 til Helse Sør-Øst (heretter HSØ) med kopi til deg, HSØs svarbrev av 24.06.10 (vedlagt) og endelig til vårt felles møte mellom administrerende direktør i HSØ, deg og undertegnede 15.12.10 der dette ble diskutert.

På denne bakgrunn finner vi det nødvendig å gi uttrykk for at vi reagerer med undring på deler av premissene som er presentert for Oslo Universitetssykehus (heretter OUS) sitt styre i sak 13/2011 "IDEFASERAPPORT - UTVIDET KAPASITET FOR AKUTTFUNKSJONER PÅ ULLEVÅL". I denne saken legges det opp til at det søkes aksept fra HSØ til å arbeide videre med planlegging av et nybygg på Ullevål med en anslått kostnadsramme på 305-325 millioner for blant annet å kunne avvikle somatisk døgntilbud ved Aker som tidligere forutsatt.

Fra vår side er vi noe overrasket over at så betydelige investeringsplaner presenteres uten at vi i fellesskap har utredet hvilke muligheter Diakonhjemmet Sykehus (DS) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) har for å bidra til å redusere investeringsbehov ved å avlaste presset på OUS. Tvert i mot legges det i nevnte styresak opp til at deler av planlagt kostnad ved investering på Ullevål har som formål å ta over funksjoner fra våre to sykehus og derved etablere ledig kapasitet ved DS og LDS. Dette gjelder akuttkirurgi fra Diakonhjemmet sektor og indremedisin for bydel Sagene.

Vi må anta at et investeringsprosjekt ved OUS i størrelsesorden 305-325 millioner vil måtte gå på bekostning av godt begrunnede investeringer i andre sykehusområder innen Helse Sør-Øst dersom det prioriteres.



For å sikre almenhetens tillit til at sykehusene søker å anvende knappe ressurser på en best mulig måte ber vi om at vi i fellesskap kan foreta en gjennomgang der vi søker løsninger for å bidra til å redusere det samlede investeringsbehovet. Fra vår side har vi startet arbeid med mulighetsanalyser internt og vil være rede til å presentere resultatet av dette arbeidet primo april.

Med vennlig hilsen

Morten Skjørshammer
administrerende direktør
Diakonhjemmet Sykehus

Lars Erik Flatø
administrerende direktør
Lovisenberg Diakonale Sykehus

1 vedlegg

Kopi: Helse Sør-Øst v/adm. dir. Bente Mikkelsen, Pb. 404, 2303 Hamar

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Lovisenberggata 17

0440 Oslo

Vår referanse:
08/00175-266/321

Deres referanse:
2009/506

Dato:
24.06.2010

Saksbehandler:
Jostein F. Jensen, +47 909 72 605

Kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo


Viser til Deres brev av 05.05.10 om kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo, møte 27.05.10 med Lars Erik Flatø hvor brevet ble kommentert og e post fra Lars Erik Flatø 23.06.10 til Bente Mikkelsen med samme tema. Det vises også til møte 23.06.10 mellom de fem private ideelle sykehusene og Helse Sør-Øst RHF der dette tema også ble kommentert.

Helse Sør Øst RHF er glad for innspill og ønske om å bidra i de store endringsprosessene som foregår i hovedstadsområdet.


I overføringsprosjektene mellom sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken arbeides det nå med å kartlegge pasientstrømmene og identifisere tilgjengelig kapasitet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget oppfølgingsregime for gjennomføringen av hovedstadsprosessen. Koordinering og utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten i området er sentralt i denne oppfølgingen.

Når Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF har utarbeidet oversikt over kapasitetsforholdene, vil administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF ta initiativ til en videre dialog om hvordan de private ideelle sykehusene i Oslo kan bidra til en samlet og god løsning slik at pasienttilbudet for befolkningen i hovedstadsområdet blir godt ivaretatt.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Tore Robertsen
dir. styre og eieroppfølging

Diakonhjemmet sykehus AS
Postboks 23, Vindern
0319 Oslo

Deres ref.: 2009/506-22/LEFFL/MS
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2011/4333/Jørgen Jansen

Dato: 8. mars 2011

Vedrørende kapasitetsbehov og muligheter i sykehussektoren i Oslo

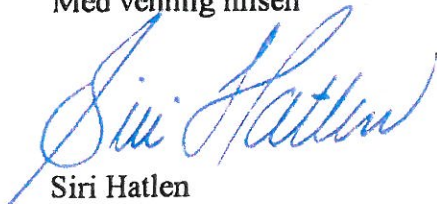
Vi viser til brev fra Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus av 2. mars 2011 og tidligere kontakt om ovennevnte.

Utviklingen av sykehusområde Oslo er som del av omstillingsprogrammet omtalt i Helse Sør-Østs brev av 16. mars 2011 til sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Vi vil følge opp de innspill Helse Sør-Øst gir i brevet og kommer i nærmeste fremtid til å ta kontakt med sykehusene for å drøfte prosessen og det videre arbeidet.

Oslo universitetssykehus ønsker å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen og ser frem til et godt samarbeid mellom sykehusene med befolkningsansvar i Oslo.

Likelydende brev sendes til Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen

Administrerende direktør

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
0440 Oslo

Administrerende direktør

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentrålbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.: 2009/506-22/LEFFL/MS
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2011/4333/Jørgen Jansen

Dato: 8. mars 2011

Vedrørende kapasitetsbehov og muligheter i sykehussektoren i Oslo

Vi viser til brev fra Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus av 2. mars 2011 og tidligere kontakt om ovennevnte.

Utviklingen av sykehusområde Oslo er som del av omstillingsprogrammet blant annet omtalt i Helse Sør-Østs brev av 16. mars 2011 til sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Vi vil følge opp de innspill Helse Sør-Øst gir i brevet og kommer i nærmeste fremtid til å ta kontakt med sykehusene for å drøfte prosessen og det videre arbeidet.

Oslo universitetssykehus ønsker å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen og ser frem til et godt samarbeid mellom sykehusene med befolkningsansvar i Oslo.

Likelydende brev sendes til Diakonhjemmets sykehus.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen

Referat

Møte: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Møtedato: 14.02.2010, kl. 13.00-17.00

Møtested: Kreftsenteret Ullevål, bygg 11, 4. etg

Til stede: **Fra Brukerutvalget**

Stine Jakobsson Strømsø, Nina Adolfsen, Ragnhild Braastad, Arne Ellingsberg, Arild Engen, Grete Müller, Veslemøy Ruud.

Fra Administrasjonen

Sak 011-2011: Per Magnus Mæhle, Tove Strand og Siri Hatlen

Sak 023-2011: Geir Teigstad, Tove Strand og Siri Hatlen

Forfall: Jon Storaas, Richard Madsen og Shoaib Sultan.

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Sak nr.	Sakstittel-/innhold
011-2011	<p>Strategi v/Per Magnus Mæhle Sender ut rapport med noter. Hvorfor strategi? Felles bilde av hvor vi er og hvor vi skal. Grunnlag for påvirkning av egne rammebetingelser. Pasientgrunnlaget vil være det samme – bruksmønstre vil endre seg. Blant annet er det anslått 50% økning av KOLS. Generasjonsskifte i flere personalgrupper. Endringer i spesialiseringer. Kunnskapsrike og krevende pasienter. Utvikling av spesifikke diagnostiseringsmetoder. Økte logistikkkrav. Pasientforløp viktig. <i>Innspill:</i> Hvordan få med innspill fra Brukerutvalget? <i>Svar:</i> Vil få jevnlig informasjon. Allerede avtalt at Andreas Moan informerer på neste Brukerutvalgsmøte.</p>
012-2011	<p>Referat fra møtet i Brukerutvalget 25.01.2011 Godkjent.</p>
013-2011	<p>Rapport fra medlemmenes deltakelse i prosjekter og konferanser <i>Veslemøy:</i> Det har vært møte i brukerrådet i klinikk F. Referat kommer. <i>Grete:</i> Deltatt på modul 3 erfaringskonferanse den 25-26. januar i Oslo. Informerer om at hjerteopererte blir fulgt opp med fysioterapi allerede første dag etter operasjon med god effekt. De som er hjerteoperert på fredager får derimot ikke behandling før tredje dag. Hva dette har å si for rehabiliteringsforløpet er ukjent. Også vært på konferanse for Ungdomsmedisinsk avdeling – ref sendt Ingrid? <i>Lilli-Ann:</i> Somatikk og psykisk helse – arealgrupper. Lokalisering kreft, multitraume, effekt samhandlingsreformen. Multimap for hver bygning. Multiconsult skal ha konferanse den 15.04. Multimap skal være ferdig til da. <i>Arne:</i> Kvalitetsutvalget på Akutt klinikken består blant annet av 1 fra AMK, 1 VO, 1 fra Kvalitet og pasientsikkerhet. Ressursproblemer er gjenganger på møtene. Ressurser i form av personell, biler og annet utstyr. <i>Eva:</i> Mona Johansen fra Norske Sanitetskvinner har trukket seg fra brukerrådet ved Kvinne-barn klinikken. <i>Nina A:</i> Det har fremdeles ikke vært noe møte for brukerrådet ved Kreft og kirurgi. Ny</p>

	<p>møtedato er nå satt til 3.mars. Det er heller ikke konstituert leder for brukerrådet. Var med ledelsen ved OUS til Karolinska . Inntrykk av at OUS har kommet lenger i forhold til sammenslåing og oppdeling av klinikker. De har ikke Brukerutvalg eller brukermedvirkning på Karolinska. De er gode på barn, men ikke på ungdom. Fikk inntrykk av godt samhold i ledelsen ved OUS. Har også deltatt på nivå 3 ledermøte.</p> <p><i>Stine:</i> Brukerutvalget Helse Sør-Øst, ang. overføring til Ahus. Beroligende møte. Mediaoppslag ikke korrekte. Pasientsikkerhetskampanjen – arbeidet er startet, men fokusområdet er ennå ikke besluttet.</p>
014-2011	<p>Årsmelding 2010 for Brukerutvalget Godkjent med rettelse av noen skrivefeil.</p>
015-2011	<p>Årlig melding OUS v/Anne Margrethe Svanes Dokumentet blir sendt ut på mail. Innspill ønskes. Brukerpåvirkning står på side 13 og 14.</p>
016-2011	<p>Brukermedvirkning i OUS-klargjøring av retningslinjer og råd til ledelsen Det har vært avholdt møte med Jon Storaas og ledelsen ved OUS. Klargjort at vi er et rådgivende organ.</p> <p>Forslag til uttalelse: ”Brukerutvalget ber klinikkene forholde seg til prinsippene om brukermedvirkning og retningslinjene for brukermedvirkning vedtatt i ledermøte 29.01.2009.</p> <p>Det regionale Brukerutvalg har også diskutert dette og kommet til samme konklusjon.</p> <p>Retningslinjene for brukermedvirkning ble vedtatt på ledermøte 29.01.2009.</p>
017-2011	<p>Brukermedvirkning i OUS v/Nina A. LEAN betyr mager og i bruken av metodikken definerer vi det til "å slanke prosesser". Er en metode man kan bruke ifm planlegging, gjennomføring og implementering av større eller mindre prosjekt.</p> <p>Metoden inkluderer nøkkelpersoner og er mest effektiv når det er tverrfaglig deltagelse. Metodikken består i å kartlegge prosesser, identifisere hva som gjøres og i hvilken rekkefølge og av hvem. Kan brukes i alle arbeidsprosesser i alle typer bedrifter.</p> <p>Etter kartleggingen starter en redesign fase hvor man kommer med nye ideer for forbedring av prosessene, noe som er hele hensikten.</p> <p>Hensikten er altså å gjøre en forbedring av arbeidsprosesser ved gjennomgang av logistikk, arbeidsoppgaver og metoder i prosessene, vurdere ressursbruk med henblikk på kapasitetsutnyttelse. Arbeidsprosessene blir i stor grad standardisert og de blir beskrevet og dokumentert i retningslinjer og prosedyrer.</p> <p>Eksempler: Kan brukes til gjennomgang av medisinsk logistikk, reduksjon av ventetid eller andre utpekte målområder, administrativ arbeidsflyt, standardisering av hele pasientforløp, ifm flyttestrukturer og sammenslåinger, eller ifm etablering av nye tilbud.</p>
018-2011	<p>Revisjon av mandatet til Brukerutvalget Vedtaket: Brukerutvalgets medlemmer ber om å komme med evt endringsforslag til mandatet innen to uker.</p> <p>Viktig å vurdere geografisk representasjon i tillegg til organisasjonsrepresentasjon.</p> <p>Viktig å sikre minoritetsrepresentasjon i Brukerutvalget.</p>
019-2011	<p>Skriftlig orientering om brukerrådene i klinikkene Brukerutvalget ønsker en slik orientering til neste møte.</p>
020-2011	<p>Adm.dir sin time Erfaringer fra overføringen til Ahus og Vestre Viken. Adm. dir henviste til orientering i styresaker til styremøtet 17.02.11, der det er rapportert at det ikke var noen alvorlige hendelser i forbindelse med overføringen. Været gjorde at situasjonen ble noe krevende pga økt transporttid.</p> <p>Den gjenstående overføringen følges tett.</p> <p>Ahus har i hovedsak fått rekruttert. Unntaket er der vi har knapphet på folk, blant annet</p>

	<p>enkelte spesialsykepleierstillinger.</p> <p><i>Nina</i> takker for fin tur til Karolinska. Merket seg at Karolinska ikke har brukermedvirkning. Orienterer også om at Brukerutvalget ser på retningslinjer for brukermedvirkning.</p> <p>Spørsmål:</p> <p>Arne. Hvordan prioriteringsretningslinjene i forhold til å sette tidsfrister for behandlingsstart?</p> <p>Svar: kjører nå opplæring for å gjøre dette riktig og gjøre det likt, og for å unngå fristbrudd.</p> <p>Stine. Styresak; mye fristbrudd klinikk C.</p> <p>Svar: Skyldes sammensetning av klinikken. ØNH, øye og ortopedi jobber systematisk med dette. De legger frem handlingsplaner for å komme i en bedre situasjon.</p> <p>Nina: Nevner pasientsak der pasient og pårørende var meget fornøyde. Brevet inneholdt imidlertid spørsmål pasienten ikke kunne besvart uten hjelp.</p> <p>Områdeplan for rehabilitering – status?</p> <p>Svar: Tas initiativ i disse dager. Har frist til sommeren.</p> <p>Brukerutvalget ønsker at de får en gjennomgang av ledelsens gjennomgang på Brukerutvalgets møte.</p> <p>Siri ber Brukerutvalget komme tilbake med en mer konkret bestilling.</p> <p>Målekortet vil kunne gi en slik oversikt.</p> <p>”Stand-in” på styremøtet, Arild møter for Nina.</p> <p>Spørsmål: Ikke allergifremkallende blomster til jul på klinikkene.</p> <p>Tove orienterer om ny kulturveilederutdanning.</p>
021-2011	<p>Eventuelt</p> <p>Liv laga; er det en brukerorganisasjon?</p> <p>Kan brukerrepresentanter sitte i Brukerutvalg både f. eks ved OUS og Ahus?</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 17. februar 2011
Tidspunkt:	Kl 0900 -1300

Følgende medlemmer møtte:

Hanne Harlem	Styreleder	
Frode Alhaug	Nestleder	
Kirsten Brubakk		Forfall Varamedlem Mette Vilhelmshaugen
Anne Hagen Grimsrud		
Helga Rismyhr Grinden		
Terje Keyn		Fra kl 0950
Andreas Kjær		Fra kl 0930
Knut Even Lindsjørn		
Berit Eivi Nilsen		Fra kl 1000
Dag Stenersen		
Randi Talseth		
Anne Carine Tanum		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Linda Verdal		Fra kl 0940
Finn Wisløff		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdsett
Signe Ramberg

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, konsernrevisjonen v/Karl Helge Solhaug

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

001-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 16. DESEMBER 2010
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 16. desember 2010 ble godkjent med en rettelse i vedtakspunkt 3 i styresak 086-2010 *Praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst.*

"...det nasjonale" i vedtakets punkt 3 erstattes med "det regionale".

002-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER DESEMBER 2010
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport basert på foreløpige tall per desember 2010 til etterretning.
2. Styret forutsetter en særskilt oppfølging av resultatutviklingen i Vestre Viken HF i 2011 og videreføring av et balansert oppfølgingsregime for hovedstadsprosessen.

003-2011	OPPDRAGSDOKUMENT 2011 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 31. JANUAR 2011 - OPPFØLGING
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2011 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 til etterretning og legger dette til grunn for det videre arbeid.
2. Styret tar til orientering at styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2011 til det enkelte helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst og at disse dokumentene er gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i februar 2011 og inngås som avtale om oppdrag og bestilling 2011 med de private ideelle sykehusene.
3. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

004-2011	STYRESAMMENSETNING I HF-STYRENE INNSTILLING FRA VALGKOMITEEN
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. I styret for Oslo universitetssykehus HF gjøres følgende endringer med virkning fra 1. april 2011 og ut inneværende valgperiode:
 - Göran Stiernstedt oppnevnes som styreleder i styret for Oslo universitetssykehus HF
 - Odd Christopher Hansen oppnevnes som nestleder i styret for Oslo universitetssykehus HF
2. Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF

005-2011	HØRING – FORSLAG NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN – FORSLAG LOV OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I KOMMUNENE – FORSLAG NY FOLKEHELSELOV
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til administrerende direktørs høringsuttalelse vedrørende forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan, forslag til ny helse- og omsorgslov og forslag til ny folkehelselov.

006-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. E-læring i Helse Sør-Øst – aktivitetsrapport desember 2010
3. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 15.12.10
4. E-post fra Byløkkens interessegruppe om utvidelse av sykehuset i Drammen
5. Brev fra Porsgrunn kommune om tildeling av radiologiske tjenester
6. Uttalelse fra Rådet for Drammen-regionen ad lokalisering av nytt sykehus i nedre Buskerud
7. Brev fra stortingsrepresentanter fra Akershus vedr. karkirurgi
8. Brev fra stortingsrepresentanter fra Østfold vedr. karkirurgi
9. Uttalelse fra Ordførerforum i Østfold og KS Østfold vedr. karkirurgi

TEMASAKER

Følgende temasak ble presentert for styret:

- Arbeidet med reduksjon av deltid
Innledning ved HR-direktør Vidar Lødrup
- Omdømme og kommunikasjon
Innledning ved kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Møtet hevet kl. 1310

Oslo, 17. februar 2011

Hanne Harlem
styreleder

Kirsten Brubakk

Helga R. Grinden

Andreas Kjær

Berit Eivi Nilsen

Randi Talseth

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Finn Wisløff

Frode Alhaug
nestleder

Anne Hagen Grimrud

Terje Keyn

Knut Even Lindsjørn

Dag Stenersen

Anne Carine Tanum

Linda Verdal

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hotell Norge Høsbjør, Brumunddal
Dato: Styremøte 17. mars 2011
Tidspunkt: Kl 0830 -1400

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	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Linda Verdal	
Finn Wisløff	
Svein Øverland	

Fra brukertvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Signe Ramberg

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande,

Administrerende direktør meldte følgende bordsak: sak 015-2011 Kjennelse fra Eidsivating lagmannsrett i sak om midlertidig forføyning. Innkalling og saksliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

007-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 17. FEBRUAR 2011
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 17. februar 2011 ble godkjent.

008-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JANUAR 2011
----------	--

Foreløpige tall for februar 2011 ble presentert i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per januar 2011 til etterretning.
2. Styret ber om at utviklingen i hovedstadsområdet følges nøye og at det er et særskilt fokus på utviklingen i bemanningen i alle helseforetakene.

009-2011	ÅRLIG MELDING 2010 FRA HELSE SØR-ØST RHF
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Årlig melding 2010 for Helse Sør-Øst oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
2. På grunnlag av den samlede rapportering for 2010, herunder også beslutninger som er fattet av styret og den samlede planlegging og styring av virksomheten, anser styret for Helse Sør-Øst RHF at hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2010 og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2010.
3. Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2010, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp.
4. Styret peker samtidig på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver blant annet innen kvalitet og pasientsikkerhet og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag. Det vises også til styrets innspill til

statsbudsjettet for 2012, jf. styresak 082-2010 og brev av 16.12.2010 til Helse- og omsorgsdepartementet.

5. Styret berømmer medarbeiderne for stor innsats og engasjement i en periode med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. Styret berømmer også brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2010.
6. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets kommentarer i møtet.

010-2011	STRATEGI FOR EIENDOMSVIRKSOMHETEN I HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Strategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst vedtas og gjøres gjeldende fra dags dato og innarbeides i styrende dokumenter.
2. Styrene i helseforetakene sikrer at helseforetakenes handlingsplaner for eiendomsvirksomheten er i tråd med overordnet strategi.

011-2011	MILJØ- OG KLIMATILTAK I SPESIALISTHELSETJENESTEN - SLUTTRAPPORT FRA NASJONALT SAMARBEIDSPROSJEKT
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til anbefalingene i sluttrapporten med tilhørende delrapporter og ber om at samarbeidsprosjektet blir videreført med mål om å etablere miljøledelse og sertifisering av miljøstyringssystem i helseforetakene innen utgangen av 2014.

012-2011	RAPPORT FRA REGIONALT TILSYN MED FORSVARLIGHET VED BEHANDLING AV HOFTEBRUDD OG VED HOFTEPROTESEKIRURGI I 2010
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen for den foreløpige behandlingen av rapportene fra regionalt tilsyn med hoftekirurgi i 2010 til etterretning.
2. Det er det enkelte helseforetak og dets styre som har ansvaret med å lukke avvikene som helsetilsynet har funnet, men styret ber administrerende direktør komme tilbake med en samlet redegjørelse om avvikshåndteringen ved berørte helseforetak.
3. Styret forventer i tillegg at foretaksgruppen og det enkelte foretak/sykehus aktivt bruker rapportene for læring, både i forhold til det konkrete tilsynsområdet og til generell bedring av pasientbehandling og -sikkerhet.

013-2011	BRUKERUTVALGET I HELSE SØR-ØST RHF – OPPNEVNING OG MANDAT
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar fremlagte mandat for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF med de presiseringer som ble gjort i møtet.
2. Styret slutter seg til de fremlagte kriterier og prosedyrer for utvalgets oppnevning og arbeid.

014-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

015-2011	KJENNELSE FRA EIDSIVATING LAGMANNSRETT I SAK OM MIDLERTIDIG FORFØYNING, HELSE SØR-ØST RHF – CURATO RØNTGEN AS
-----------------	--

Saken var unntatt offentlighet i hht offentleglova § 23

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar saken til orientering. Styreleder vil i samarbeid med administrerende direktør vurdere om den videre oppfølgingen av saken skal behandles i ekstraordinært styremøte.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggorientering ang kartlegging av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 11. februar 2011
3. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 17. februar 2011
4. Brev vedr. status for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vedrørende samhandlingsarena Aker
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om status for etablering av en samhandlingsarena ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus
6. Svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet om status for etablering av en samhandlingsarena ved Aker sykehus

TEMASAKER

Følgende temasak ble presentert for styret:

- Styrets egnevaluering (eget styreseminar onsdag 16. mars kl 1600-1900)
- Mål og budsjett 2012. Økonomisk langtidsplan 2012-15. Presentasjon av opplegg, tema og prioriteringer v/administrerende direktør Bente Mikkelsen, konserndirektør Atle Brynestad og fagdirektør Folke Sundelin

Møtet hevet kl. 1325

Brumunddal, 17. mars 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

Helse Sør-Øst RHF
Kristin W. Wieland
Postboks 404
2303 Hamar

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.:

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.:

2011- /Kenneth Solstrand/

Dato: 8. mars 2011

Drift- og leveransesituasjonen hos Sykehuspartner IKT

Bakgrunn

Sykehuspartner (SP) er på flere områder eneleverandør av virksomhetskritiske tjenester til Oslo universitetssykehus (OUS). Et velfungerende SP er viktig for at OUS skal lykkes med sitt oppdrag og bestillinger.

Særlig er leveransene fra Sykehuspartner IKT (SP IKT) avgjørende både for driften og i den omstillingsprosessen OUS nå skal gjennomføre i forbindelse med omstillingsprogrammet med nytt sykehusområde, økt samhandling og integrasjonen av virksomheten i de tre tidligere helseforetakene.

På denne bakgrunn vil OUS med dette gi en melding om hvordan vi oppfatter drift- og leveransesituasjonen innen IKT-området.

Etter etableringen av OUS 1. januar 2009 og SP IKT som felles tjenesteleverandør for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst (HSØ) 1. september 2009 har begge organisasjonene vært, og er i en krevende omstillingsprosess.

Fra 1. oktober 2010 gjennomførte SP IKT en reorganisering som medførte at den tidligere helseforetakinndelingen ble fjernet som egen organisasjonsdimensjon. Helseforetakene følges nå opp av en "kundeansvarlig" uten egen leveranseorganisasjon. Som konsekvens av denne endringen opprettet OUS IKT en gruppe med ansvar for å følge opp SP IKT med et spesielt fokus på driftssituasjonen og ansvaret for overordnet ressurs- og kapasitetskoordinering.

Dagens situasjon

Fra oppstart av omstillingsprosjektene i OUS høsten 2009 har det vært en omforent forståelse mellom SP IKT og OUS om at kapasiteten hos SP IKT vil være utfordrende i lang tid fremover. OUS IKT har hatt kontinuerlig fokus på prioritering av aktiviteter, slik at nær utelukkende de oppgaver som er kritiske for stabil og sikker drift, samt understøttelse av omstillingsprosessen har blitt prioritert og bestilt fra SP IKT.

Selv om OUS har prioritert sine aktiviteter og bestillinger opp imot SP strengt, opplever OUS situasjonen hos SP IKT nå er som følger:

Prosjektleveranser

Situasjonen på prosjektleveranser er fremdeles problematisk. Det ser ikke ut til at SP IKT har tilstrekkelige ressurser til å kunne ta høyde for den kontinuerlige prosjektaktiviteten de krevende prosessene rundt etableringen av konsoliderte systemer ved Oslo universitetssykehus forutsetter.

OUS er videre bekymret for at manglende kapasitet hos SP kan påvirke flytte- og samlokaliseringsaktiviteter ved OUS.

Konsekvensen av manglende levering på dette punktet vil skape forsinkelser, utfordringer og økt risiko i fusjonsarbeidet ved OUS.

Stabil drift

Etter omstillingen i SP IKT 1. oktober 2010 har OUS opplevd en gradvis reduksjon av leveranse kvaliteten på systemer i produksjon.

Senest siste uke har DIPS ved Aker falt ut den 11. februar (ca. 1 time) og igjen den 15. februar (ca. 2 timer). OUS har også opplevd to hendelser siste måneden med Agfa (RIS/PACS) hvor systemet ikke har vært tilgjengelig/operert med sterkt redusert tilgjengelighet i opptil 8 timer på grunn av feil hos SP.

OUS opplever videre, i større grad enn tidligere, driftsproblemer med sine systemer/tjenester etter oppgraderinger og vedlikehold.

Forvaltningssituasjonen for DIPS på Aker har vært påtalt fra OUS' side flere ganger, og det ble gjennomført en serie møter våren 2010 for å finne tiltak som kan bedre situasjonen. OUS opplever likevel en driftssituasjon som er ustabil med et økende antall situasjoner hvor systemet ikke er tilgjengelig.

Den ustabile driftssituasjonen gjør at sykehusets leveransekapasitet går ned og kan i verste fall føre til alvorlige konsekvenser i pasientbehandlingen.

Brukerstøtte og feilretting

Basert på statistikk fra SP IKT, og rapporter fra brukere ved OUS, opplever vi situasjonen rundt brukerstøtte og feilrettingskapasitet til å være alvorlig. OUS hadde pr. uke 6 i 2011 over 2000 saker som ikke var løst.

Mangel på leveranse langt under avtalt SLA nivå gjør at det opparbeider seg et etterslep av behov i OUS og mye unødvendig tid i organisasjonen går med til å følge opp, og vente på løsning av sakene. I tillegg gir dette mye frustrasjon i OUS og gjør at tilliten til IKT og valgt organiseringsform (felles tjenesteleverandør) er synkende.

Svartid på brukerstøtte

Svartidene på brukerstøtte har økt jevnt og ligger i uke 6 på et nivå som ikke er akseptabelt for deler av organisasjonen (RH og Aker). I tillegg er antallet tapte telefoner, dvs. innringere som legger på før svar, økende og på et ikke akseptabelt nivå.

Disse lange svartidene gjør at OUS risikerer at alvorlige feilsituasjoner ikke blir meldt raskt nok og derav kan få alvorlige følger for pasientbehandlingen.

Bestilling av oppdrag

OUS opplever manglende leveranseevne fra SP på denne typen tjenester. Sykehuset har pr. i dag et stort antall uløste bestillinger (78 stk) med en snitt leveransetid på 125 dager og hvor maksimal leveransetid har ligget helt opp imot 500 dager.

OUS observerer også at det er økende leveransetid på slike tjenester (32% hittil i 2011).

Konsekvensene av manglende leveranseevne på dette feltet er at mange mindre endringer for å bedre pasientbehandling ikke blir utført, samt at oppstart og gjennomføring av forskningsprosjekter blir forsinket.

Redusert tjenestekvalitet

OUS vil, basert på erfaring så langt, anta at den pågående omstillingsprosessen i SP IKT vil medføre at tjenestekvaliteten på driftsleveransene vil være lavere i en tid fremover.

OUS kan ikke se at en slik konsekvens tidligere er fremlagt for helseforetaket eller akseptert av OUS som en konsekvens av å etablere en felles tjenesteleverandør.

Mulige tiltak

Basert på de utfordringene som er beskrevet over ser OUS for seg flere mulige tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen, noen tanker for diskusjon er:

1. SP IKT etablerer funksjonen "driftsansvarlig OUS" for å samle ansvar for leveranse til OUS.
2. Utsette overføringen av funksjoner fra OUS til SP inntil driftssituasjonen er stabilisert og leveransesituasjonen har bedret seg.
3. Dedikere personell som allokteres til å bringe enkeltsituasjoner under kontroll ("Task Force").
4. Øke leveransekapasiteten på brukerstøtte og til feilretting slik at "normalsituasjon" kan etableres og de store etterslepene fjernes.
5. Etablere "ressurspool" og øke leveransekapasiteten i SP for å kunne levere timebaserte tjenester.
6. OUS IKT deltar i en del av SP IKT ledermøter.

OUS erkjenner at dette ikke er en uttømmende eller konsekvensvurdert liste, men er beregnet som et innspill i den videre prosess for å komme ut av den situasjon OUS og SP IKT nå befinner seg i.

Oppsummering

OUS er opptatt av at SP IKT skal være en effektiv og samtidig robust leverandør av tjenester til foretaket. Vårt inntrykk er at SP IKT utviser vilje og innstas for å løse sine oppgaver. Med det pågående omstillingsprogrammet i regionene i tillegg til ordinær drift, har SP IKT svært omfattende oppgaver og leveranser som faller tett sammen i tid. OUS opplever at situasjonen hos SP IKT nå er svært alvorlig, og er usikker på om SP IKT er i stand til å levere tilstrekkelig kvalitet i tjenestene til OUS i tiden fremover.

OUS støtter at SP IKT som enleverandør skal søke å ordne sin virksomhet for å hente rasjonaliseringsgevinster som kommer foretaksgruppen til gode. I den nåværende pressede leveransesituasjonen er det imidlertid viktig at konsekvensene for SP IKTs leveranseevne og for helseforetakenes oppgaveløsning vurderes grundig, før eventuelt nye oppgaver pålegges SP IKT eller rasjonaliseringstiltak iverksettes.

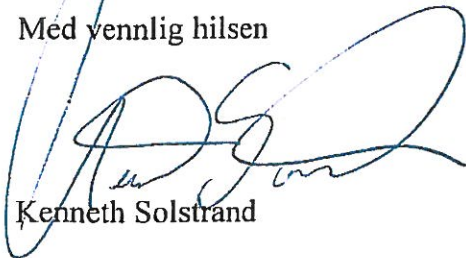
Det er også nødvendig å stille spørsmål om hvorvidt SP IKT har rammebetingelser for å gjennomføre pålagte oppgaver og omstilling på en tilstrekkelig måte. I den forbindelse bør det

ikke bare fokuseres på ressurstildeling isolert, men også eventuelle muligheter som følge av annen organisering eller ordning av virksomhet og leveranser bør ettergås og vurderes.

OUS ønsker å etablere et fast formelt kundemøte med SP hvor leveransene samlet til hele foretaket er tema. Vi vil bli enige om møtets innhold og frekvens med SP, men vil spille inn at det blant annet skal innholde en fast rapporteringsdel for leveranseområdene.

OUS ønsker samarbeid og dialog med premissgiver og SP for å søke å bidra til at situasjonen som er beskrevet kan bedres og risiko reduseres.

Med vennlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kenneth Solstrand', is written over the typed name below it.

Kenneth Solstrand

Helse Sør Øst RHF
Postboks 404
HAMAR

Dato: 01.03.2011

**Status for samarbeidet mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF
angående utvikling av Samhandlingsarena Aker på Aker sykehus.**

1. Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har bedt om en ny redegjørelse for utviklingen av Samhandlingsarena Aker pr 01.03.2011.

Det er enighet mellom Oslo kommune ved Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Helse Sør-Øst RHF om at Oslo skal være et pilotområde for samhandling, hvor det å utvikle Aker som en samhandlingsarena er en sentral del. Det vises til protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.11.2010 som understreker foretakets forpliktelser i forhold til utvikling av samhandlingsarena Aker. Her fremgår det at 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.

For å understreke at samarbeidet i tilknytning til dette nå er kommet godt i gang, rapporteres det her gjennom et felles brev fra Oslo kommunes byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Oslo universitetssykehus HF. Dette felles brevet gir informasjon om hvordan vi ser for oss at samarbeidet om en framtidig bruk av Aker for samhandlingsformål skal videreutvikles.

Oslo kommune

Parallelt med dette initiativet har byråd for helse og eldreomsorg i Oslo lansert det som er kalt Helsegrep for eldre på Aker. Dette handler om to svært sammenfallende initiativ som

bør kunne ende opp i gode omforente løsninger med hensyn til framtidig bruk av sykehusområdet på Aker.

Oslo kommune har over lengre tid hatt et særlig fokus på eldre og helse. Dette er blant annet kommet til uttrykk i Bystyremelding nr 1/2008. I meldingen gis det uttrykk for et ønske om å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om utvikling av gode tjenester for byens befolkning. I Byrådssak 34 av 11.03.2008, fattet bystyret vedtak om at de ønsker et samarbeid om opprettelsen av et geriatrisk fagmiljø som både kan fungere som et nasjonalt og lokalt ressurscenter for medisinsk personell i pleie- og omsorgssektoren.

I Oslo kommune er det i budsjett for 2011 bevilget 18,5 mill kr til nye tiltak i tråd med samhandlingsreformens intensjoner:

- Styrke skolehelsetjenesten ved videregående skoler
- Spesialisert rehabiliteringstjeneste for eldre – "helsehus"
- Sammenhengende bo- og omsorgstjeneste for personer med psykiske problemer
- Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer
- Gravide og rus
- Felles institusjon for barnevern/barne- og ungdomspsykiatri
- Geriatrisk ressurscenter

I tillegg er det videreført bevilgning på 6 mill kroner til kommunens andel av rusakutt, og det er avsatt 20 mill kr til etablering av rehabilitering for eldre ved Aker.

Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester har engasjert seg i arbeidet med å se på mulighetene for å bruke Aker sykehus som en arena for felles byomfattende tilbud knyttet til samhandling. I bystyresak om Storbylegevakt i Oslo har bystyret dessuten pekt på at Aker sykehusområde bør være et egnet sted for legevaktsvirksomhet. Det som i praksis er aktuelt, er å legge en større legevaktbase til Aker.

Oslo universitetssykehus HF

Tilsvarende innebærer Oslo universitetssykehus HF's styrevedtak i februar 2010 om framtidige lokalsykehusfunksjoner i Oslo at Aker sykehus utvikles til en arena for samhandlingsrettede tiltak.

Mulig langsiktig virksomhet ved Aker sykehus har Oslo universitetssykehus redegjort nærmere for i brev til Helse Sør-Øst RHF av 14.09.2010. Her heter det blant annet:

"Etter 2012 vil aktivitet på Aker blant annet kunne inkludere:

- Poliklinikk og dagbehandling
- Spesialisert rehabilitering (Som ikke er avhengig av nærhet til akuttfunksjon)
- Lærings- og mestringssenter
- Dialyse (på dagbasis)
- Elektiv dagkirurgi innenfor nærmere bestemte områder
- Laboratorievirksomhet og diagnostisk støtte som er nødvendig for disse funksjonene"

Det sies videre i samme brev at "Aker sykehus kan videreutvikles som en samhandlingsarena mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, i tråd med Samhandlingsreformen. En slik samhandlingsarena kan gi tilbud:

- til pasienter med kroniske lidelser
- innen diabetes, hjerte- og lungelidelser
- til eldre med sammensatte lidelser.”

I tillegg til felles prosjekter med Oslo kommune, vil det være aktuelt for Oslo universitetssykehus å legge et DPS til Aker. Et DPS vil blant annet omfatte ruspoliklinikk som kan spille en viktig rolle i samhandling rundt rusproblematikk.

2. Organisering av arbeidet

På bakgrunn av de prosessene som er referert ovenfor, har Oslo kommune og Oslo universitetssykehus startet et felles arbeid om framtidig bruk av Aker sykehus og hvordan dette samarbeidet kan organiseres. Det er avholdt flere møter mellom partene hvor samhandling på Aker har vært diskutert.

Utvikling av Oslo som et pilotområde for samhandling er også hovedtema på kontaktmøter mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune. Her møtes ledelsen i Oslo kommunes byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Disse møtene finner sted 6 ganger i året, hvorav noen av møtene også med deltakelse fra politisk ledelse i Oslo kommune og styreleder i Helse Sør-Øst RHF. Utvikling av samhandlingen i Oslo er også hovedtema i møter i Samarbeidsutvalget mellom Oslo-sykehusene og kommunen der kommunen er representert ved bydeler og etater.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har gjennom lang tid hatt en rekke felles prosjekter for å sikre byens befolkning en best mulig helhetlig helsetjeneste. I seinere tid har partene særlig hatt fokus på aktiviteter som det nettopp kan være fordelaktig å legge til Samhandlingsarena Aker. Etablering av ressurscenter for geriatri og rehabiliteringstilbud for eldre, er eksempel på dette.

Det er enighet om å etablere en egen prosjektorganisasjon for samhandlingsarena Aker. Prosjektet skal være en samlende overbygning for å utvikle, prioritere og implementere tiltak som kan legges til Aker sykehus. Det vil bli oppnevnt en styringsgruppe med deltakelse fra Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Det vil også bli funnet hensiktsmessige former for involvering av hhv Sunnas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Også representanter for ansatte og brukerne fra så vel kommune som helseforetakssiden skal inn i styringsgruppen.

For delprosjekter vil det være aktuelt å invitere deltakere fra for eksempel Sunnaas, Universitetet i Oslo eller høgskolene.

Det vises også til at Sunnaas sykehus HF har meldt interesse for å legge polikliniske tilbud innen rehabilitering til Aker. Dette vil være et viktig bidrag til et tungt fagmiljø innen rehabilitering ved Aker.

En felles prosjektorganisasjon blir en arena for nødvendig avstemning mot helheten i alt samarbeid mellom Oslo kommune og sykehusene i Oslo om utvikling av lokalbaserte helsetjenester til Oslos befolkning og innretning av den framtidige virksomheten ved Aker sykehus.

Innenfor området rehabilitering skal sykehusene i Oslo sykehusområde i samarbeid med Oslo kommune utarbeide en områdeplan. Partene er sammen med Sunnaas sykehus enige om at det kan være hensiktsmessig å gi arbeidet med en områdeplan for rehabilitering en tilknytning til prosjekt Samhandlingsarena Aker. Også arbeidet med områdeplaner innen psykisk helse og rusbehandling bør sikres en tilknytning arbeidet med framtidsplaner for Aker.

Når det gjelder utvikling av Samhandlingsarena Aker, er Oslo kommune opptatt av at det ikke skal bremse eller være til hinder for øvrig samhandling mellom sykehusene og bydelene i tilhørende opptaksområde. De tiltak som tilrettelegges på Aker bør være tilbud som er egnet for å utvikles/etableres som byomfattende tilbud i kommunen, evt som regionale tilbud. Oslo universitetssykehus er enig i dette.

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er videre omforent om at de helsetilbudene som utvikles på samhandlingsarena Aker skal være et tilbud for hele Oslos befolkning. En forutsetter derfor at alle sykehus som betjener Oslo, må delta i utvikling av tilbudene ved Aker. Det samme er understreket av Helse Sør-Øst RHF i brev til Oslo sykehusene av 16.02.2011 om disses forpliktelser ift samarbeid om videreutvikling av sykehusstilbudet i Oslo.

3. Framdriftsplan

Det er igangsatt arbeid med en prosjektplan som foreløpig har en inndeling med tre faser: Fase 1 - Våren 2011, Fase 2 - Høst 2011 + 2012, Fase 3 – 2013-14.

Fase 1- Våren 2011:

Mandat for styringsgruppen foreligger seinst 01.05.2011. Også medlemmer av styringsgruppen oppnevnes innen 01.05.2011

Prosjektsekretariat og prosjektleder

Det etableres så snart som mulig et felles prosjektsekretariat for gjennomføring av Fase 1. Det utlyses og ansettes en prosjektleder som fra 01.07.2011 skal ha hovedansvar for alt tilretteleggende arbeid i forbindelse med opprettelse, utvikling og drift av prosjektet fra og med fase 2. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen. Prosjektleder skal være ansatt i Oslo kommune. Finansiering av kostnader til styringsgruppen, prosjektsekretariatet og prosjektleder vil avklares nærmere mellom partene.

Bygg, eiendom og driftsstøtte

Partene har som intensjon at rettslige og økonomiske spørsmål knyttet til bruk av sykehusområdet skal være avklart mellom Oslo kommune og eier, Oslo universitetssykehus innen 01.06.2011. Nødvendige avtaler må inngås mellom Oslo

universitetssykehus og Oslo kommune. Avtalene må også inneholde en langsiktig plan for bruk av bygninger/området. (Fase 2 kan ikke igangsettes før de nødvendige kortsiktige avtaler er inngått).

Avtalearbeidet har to elementer:

- Avtale om bruk av eiendomsmassen. Økonomiske forpliktelser knyttet til bruken. Leieavtale for 2011-2012.
- Starte arbeidet med langsiktige avtaler: avklaringer for den videre disponering av bygningsmasse og tomt, hvor framtidig eierskap/bruk av bygningene, herunder økonomiske forpliktelser inngår. Begge parter må forplikte seg til et framtidig samarbeid, og framtidig tilgang til bygninger og andre ressurser, eks. tomter.

Tidlige prosjektaktiviteter – samhandlingsarena Aker

Enkelte delprosjekter er allerede besluttet, og videre utredning/planlegging kan igangsettes umiddelbart. Det gjelder:

- Helsegrep for eldre: hovedansvar Oslo kommune. Prosjektet ferdigutredes som ett prosjekt med underliggende prosjekter:
 - Døgnbasert rehabilitering for eldre
 - Utvikling og etablering av et geriatrisk ressurscenter: en videreutvikling av GERIA: et allerede etablert samarbeid mellom kommune og Oslo universitetssykehus
 - Almas Hus – en simuleringsleilighet – et hjelpemiddeltilbud for demente
- Felles prosjekt om utvikling av tilbud om helsehjelp ved akutt eller subakutt svikt som kan gi god helsehjelp til eldre uten sykehusinnleggelse
- Legevakt på Aker: hovedansvar Oslo kommune – knyttes til prosjekt storbylegevakt (prosjekt i regi av Oslo kommune)
- DPS funksjon på Aker (prosjekt i regi av Oslo universitetssykehus)
- Områdeplan for rehabilitering

Fase 2 – Høst 2011 + 2012:

I løpet av høsten 2011 skal prosjektgrupper etableres. De del-1 prosjektene som er ferdig utredet, kan tas opp til beslutning, og dernest kan følges opp av evt mer detaljert utredning og iverksetting og til slutt overleveres til drift. Øvrige hovedoppgaver i prosjektet er å bidra til å få fram flere aktuelle ideer og forslag, forberede slike for en første beslutning. Deretter kan det være behov for å organisere mer detaljerte utredninger av de forslag som prioriteres.

Aktuelle områder kan være:

- Migrasjonshelse
- Poliklinisk virksomhet
- Dagbehandling og poliklinisk, spesialisert rehabilitering
- Lærings- og mestringstilbud
- Frisklivssentraler
- Palliativ virksomhet

I tillegg må det i denne fasen avklares i hvilket omfang det vil være nødvendig å ha medisinske støttefunksjoner (spesielt røntgenstøtte) lokalisert til Aker. Oslo

universitetssykehus må dessuten ta stilling til om det kan være aktuelt å fortsette med drift av dagkirurgi ved Aker ut over 2012.

I løpet av fase 2 bør arbeidet med en avklaring av en mer permanent koordinering av virksomheten ved Aker startes opp (se fase 3). Organisering av felles teknisk/administrativ driftsstøtte i tilknytning til aktivitetene ved Aker sykehus bør også startes som eget prosjekt i fase 2.

Langsiktige avtaler om leieforhold og eiendom må avklares i fase 2. Det skal inngås avtaler om bruk av lokaler for perioden fra 2013 og framover. Frist for inngåelse av avtaler er 31.12.2011.

Fase 3 – Fra 2013- 14

Fra 2013 forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF gradvis avvikler den drift som skal samles i andre lokaliteter innen Oslo universitetssykehus HF.

Spesialisthelsetjenestens virksomhet som videre planlegges på området er et resultat av samhandlingsprosjektene eller virksomhet som understøtter samhandlingsarena Aker. Prosjektet vil i denne fasen ha et sterkt fokus på å implementere tiltak som er utredet og avklart i de to første fasene, men også i denne fasen vil det være aktuelt å foreta fortløpende utredning av ytterligere områder for samhandling og etablering av nye prosjekter.

Ved utgangen av fase 3 er det vår felles oppfatning at utviklingsprosjektet for samhandlingsarena Aker bør avsluttes som prosjekt. Eventuelle prosjektaktiviteter som gjenstår bør sammen med den mer generelle driftsmessig koordinering av virksomheten ved Aker overføres til en mer permanent organisasjonsmodell.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen
administrerende direktør
Oslo universitetssykehus HF



Bjørg Månurh Andersson,
kommunaldirektør
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester
Oslo kommune

Vedlegg:

1. Illustrasjon av prosjektorganisering
2. Utkast til mandat for to delprosjekter
3. Notat fra byråden til Helse- og sosialkomiteen i Oslo bystyre

Vedlegg 1



Vedlegg 2

FORSLAG - MANDAT SAMHANDLINGSPROSJEKT "GREP FOR ELDRE" PÅ AKER

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus, og Akershus universitetssykehus

Hovedmål:

Delmål:

Det etableres et prosjekt med to underliggende delprosjekter;

1. Etablering døgnbasert rehabilitering for eldre
2. Utvikling og etablering av geriatrisk ressurscenter

Delprosjektene skal være et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Døgnavdelingen og det geriatriske ressurscenteret skal drives av kommunen. Døgnposten skal drives i regi av Sykehjemsetaten.

Organisering:

- Etablere styringsgruppe med representanter fra 1 og 2 linjetjenesten. Styringsgruppen ledes av Oslo kommune, EST.
- Prosjektet organiseres med en hovedprosjektleder og to delprosjektledere.

Prosjekt mandat:

Døgnbasert rehabilitering for eldre

- Definere hvilket behov tilbudet skal dekke, pasientgruppen
- Lokalisering
- Foreslå driftsmodell, bemanning, driftskostnader og utarbeide forslag til budsjett.
- Utarbeide forslag til hvordan tilbudet skal finansieres. Hva skal den enkelte part bidra med?
- Meldingsutveksling mellom 1. og 2 linje tjenesten.
- Utvikle forpliktende avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Implementere løsningen og overlever til drift.

Geriatrisk ressurscenter

- Definere målsetningen med senteret
- Definere hvilke tilbud senteret skal ha for å dekke målsetningen
- Lokalisering
- Utarbeide forslag til driftsmodell, bemanning, driftskostnader og utarbeide forslag til budsjett.

- **Utarbeide forslag til hvordan tilbudet skal finansieres. Hva skal den enkelte part bidra med?**
- **Utvikle forpliktende avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten**
- **Foreslå organisatorisk plassering av senteret**
- **Implementere løsningen og overlever til drift.**

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Oslo kommune, 06.01.2011

Vedlegg 3



Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Notat til bystyrets organer

Til:	Helse- og sosialkomiteen	Dato:	04.11.2010
Fra:	Byråden for helse og eldreomsorg	Vår ref (saksnr):	201000002-62
		Arkivkode:	121

Notat nr.: /2010

FORDELING AV AVSETNING AV MIDLER TIL SAMHANDLINGSTILTAK

I Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2011 er samhandlingsreformen behandlet særskilt under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det foreslås en samlet bevilgning på 580 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2011. Styrkingen i statsbudsjettet for 2011 på om lag 200 mill. kroner er i hovedsak avsatt for senere fordeling etter søknad.

Et av hovedmålene med samhandlingsreformen er å utvikle en ny framtidig kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløp. Samhandlingsreformen handler således både om å forebygge sykdom og skade, blant annet for å hindre sykehusinnleggelse, men også om en gradvis overføring av oppgaver til kommunene fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig handler reformen også om samarbeid og samhandling for å sikre gode pasientforløp.

Nye helselover som understøtter samhandlingsreformen

Mens stortingsmelding 47 var overordnet og inneholdt alle visjonene – er departementet langt mer konkret i sine krav til kommunene i det nye lovforslaget om lov om helse og omsorgstjenestene i kommunen. Utkast til ny lov er nå sendt på alminnelig høring. Forslaget gir også det juridiske grunnlaget for samhandlingsreformen, for den nye kommunerollen, og for de nye pliktene som legges til kommunen. Samhandlingen og samarbeidet foreslås lovfestet som plikter for kommunen. Det legges opp til en gradvis overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ved at det foreslås at

kommunene gis både et medfinansieringsansvar for noen pasientgrupper ifm sykehusinnleggelse og et totalt finansieringsansvar for alle ferdigbehandlende pasienter. I lovutkastet legges til grunn at kommunene skal kunne overta mellom 10 og 30 % av alle døgn og polikliniske konsultasjoner. Tallene er i første rekke knyttet til pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma) og muskel- og skjelettlidelser. Kommunene kan velge om og hvordan de ønsker å bygge ut sine tilbud til disse pasientgruppene, og det foreslås flere økonomiske insentiver for å understøtte dette.

Ny lov om folkehelsearbeid som også er sendt på høring, innebærer en oppfølging av samhandlingsreformen når det gjelder forebygging og tidlig innsats. Målet i henhold til Helse- og omsorgsdepartementet er på den ene siden at kommunen med forebyggende tiltak i større grad skal kunne påvirke/endre befolkningens behov for spesialisthelsetjenester ved å bedre befolkningens helse og hindre sykehusinnleggelse. Departementet anfører at det er et mål i seg selv å bedre folkehelsen, men på sikt vil dette også gi kommunen en direkte økonomisk fordel ved at kommunen unngår utgifter til sykehusopphold. Tiltak av forebyggende karakter krever også en sterkere organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunen, og det er behov for mer kunnskapsbasert og systematisk innsats i dette arbeidet, samtidig som det er behov for å bygge opp kompetanse i kommunen for å kunne ivareta nye oppgaver. Det er viktig at kommunen kommer raskt i gang med de nødvendige tiltak og prosjekter.

Bevilgningen for 2011 skal forberede oppstart av reformen i 2012 og bidra til å sette kommunene i stand til å sette i verk de endringer som skisseres i meldingen og lovforslagene. Dette innebærer at kommunene i 2011 skal stimuleres til å:

1. bygge opp kompetanse i kommunale tjenester innen planlegging og styring for å møte endrede rammevilkår fra 2012
2. inngå samarbeid med andre kommuner, helseforetak og med utdanningssektoren om planlegging og utvikling av samhandlingstiltak, herunder lokalmedisinske sentre

Prioriterte områder:

I tillegg til å videreføre den kommunale delen av rusakutten ved Legevakten med 6 mill kroner foreslår byrådet i tilleggsinnstillingen å avsette 18,5 mill kroner til forebyggende arbeid, og til diverse prosjekter.

Prosjektene har til hensikt å sette kommunen i stand til å ivareta de nye pliktene som følger med den nye loven og iverksettelse av samhandlingsreformen. Foruten å styrke forebygging av innsatsen i videregående skole, er alle de foreslåtte prosjektene knyttet til grupper av pasienter som i stor grad har nytte av behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og i nær tilknytning til hjem og bolig. Det er pasienter med kroniske lidelser, eldre og funksjonshemmede, pasienter med rus og psykiske lidelser som utgjør de gruppene som har flest akutte innleggelser /reinnleggelser i sykehus. Et styrket og bedre tilpasset tilbud til disse pasientgruppene vil i neste omgang kunne påvirke antall sykehusinnleggelser, og bl.a. gi eldre mulighet for å greie seg selv lenger. Det er viktig at

både oppbygging og overføring av kompetanse settes i gang på et tidlig tidspunkt, og at institusjoner og samarbeid etableres. Erfaring viser at lokale prosjekter utenfor helseforetakene for disse pasientgruppene har gitt en reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser på 20-40 %.

Byrådet foreslår følgende prioritering av de 18,5 mill som er foreslått:

<i>Tiltak:</i>	<i>Beløp:</i>
<i>Styrke skolehelsetjenesten videregående skoler</i>	<i>4 mill</i>
<i>Spesialisert rehabiliteringsavdeling for eldre - "Helsehus"</i>	<i>7 mill</i>
<i>Sammenhengende bo- og omsorgskjede for personer med psykiske lidelser i bydel (DPS til bydel) - utredning</i>	<i>1 mill</i>
<i>Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer</i>	<i>4 mill</i>
<i>Gravide og rus</i>	<i>0,5 mill</i>
<i>Felles institusjon barnevern/Barne- og ungdomspsykiatri - utredning</i>	<i>1 mill</i>
<i>Geriatrisk ressurscenter</i>	<i>1 mill</i>
<i>Totalt</i>	<i>18,5 mill</i>

Styrking av skolehelsetjenesten i videregående skole

Skolehelsetjeneste i VG skole er forebyggende helsetjeneste. I dag benyttes 14,8 årsverk samlet til helsetjenesten for 17 500 elever i de videregående skolene i Oslo. Byrådet vil i nær fremtid fremme en sak om helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo.

En styrking av skolehelsetjenesten i videregående skole vil gi mulighet for å synliggjøre og systematisere arbeidet på viktige områder som både ungdommens bystyremøte og bystyret har pekt på: problemstillinger knyttet til abort, psykisk helse og selvmordsforebygging, og særskilte utfordringer som tvangsgifte og kjønnslemlestelse.

Skolehelsetjenesten i de videregående skolene styrkes med 4 mill kroner til forebyggende helsearbeid.

Spesialisert rehabiliteringsavdeling for eldre – "Helsehus"

Rehabilitering er et område hvor både spesialisthelsetjenesten og kommunen yter innsats. Behandlingstilbudet er imidlertid lite koordinert, og det er ikke konsensus om hvilke pasientgrupper som skal ha hvilke tilbud. En rekke av de avtaler spesialisthelsetjenesten har inngått med private opptreningsinstitusjoner, forutsetter at pasientene skal være selvhjulpne for å komme dit. Det er grunn til å stille spørsmål ved om enkelte pasientgrupper med mer omfattende funksjonssvikt har tilstrekkelig tilgang til disse tjenestene. Det er også usikkert om de øvrige tilbud når det gjelder rehabilitering treffer de mest.

Rehabiliteringskjeden bør suppleres med rehabiliteringstilbud i kommunal regi, hvor spesialist- og kommunehelsetjeneste samarbeider om "best practice - rehabiliteringsforløp" for utvalgte målgrupper, for eksempel slagrammede, eldre med brudd osv. Prosjektet tilgodeses med 7 mill kroner. Byrådet ønsker et samarbeid med Helse Sør-øst for å få til dette på Aker sykehus.

Sammenhengende bo- og omsorgskjede for personer med psykiske lidelser i bydel (DPS til bydel)

Helse- og sosialkomiteens studiebesøk til Birmingham ga inspirasjon til å tenke mye tettere og samordnet innsats fra kommunehelsetjenestens booppfølgings- og psykiatrisk sykepleietjeneste- og spesialisthelsetjenestenivåets poliklinikkvirksomhet, ambulante tjenester og døgntilbud overfor grupper av personer med psykiske lidelser. Et slikt samarbeidsprosjekt vil måtte utredes grundig med tanke på både faglige, juridiske og økonomiske aspekter.

Furuset DPS betjener kun bydel Alna, og skal overføres fra Oslo universitetssykehus til Ahus fra 1. januar 2011. Både Bydel Alna og divisjon psykiatri ved Ahus har sagt seg interessert i et slikt prosjekt. Det foreslås derfor å etablere prosjektet Psykiatrisk omsorgskjede i Bydel Alna. På noe sikt bør det være et mål at også BUPP inkluderes i prosjektet. Det avsettes 1 mill kroner til utredningsarbeid og forberedelse av et konkret pilotprosjekt i 2011.

Botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer

Det er besluttet å etablere et forsterket botilbud etter modell av Schandorffsgate, og som et samarbeid mellom bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker og Diakonhjemmet sykehus. Tilbudet bør driftes av Frogner bydel (hvor boligen vil ligge), i samarbeid med de to øvrige bydeler.

Diakonhjemmet sykehus bør inviteres til å gi ambulante polikliniske tjenester til aktuelle brukere, samt gi utstrakt veiledning til ansatte i botilbudet. Nevnte bydeler har søkt om midler til kompetanseheving i boligsosialt arbeid, hvor de har samarbeid med Diakonhjemmet sykehus. Selv om målsettingen til dette prosjektet er mer omfattende enn etablering og drift av ovennevnte boligtilbud, bør det være tett samarbeid rundt dette. Prosjektet er lagt opp til å vare i 3 år, hvor en søker årlig økonomisk støtte på ca. 2.5 mill. kr. Dette bør kunne prioriteres som et samhandlingstiltak og etableres i løpet av 2011. NAV/kvalifisering og utdanningssektoren bør inkluderes i prosjektsamarbeidet, slik at det også kan tilrettelegges for meningsfylt aktivisering. Prosjektet tilgodeses med 4 mill kroner i 2011.

I løpet av 2011 utredes det et nytt tilsvarende botilbud i for aktuelle bydeler i Oslo universitetssykehus' sektor, slik at en for hvert år vil ha en etablering og en utredning, frem til at alle bydeler og sektorsykehus har etablert samhandlingstiltak med tilpasset botilbud for personer med psykiske lidelser og rusproblemer.

Gravide og rus

Det er besluttet å igangsette et prosjekt for å kartlegge eksisterende tilbud og tiltak som retter seg mot gravide rusmisbrukere. Det tas initiativ overfor helseforetakene i Oslo-regionen om nytt konkret samarbeid rundt nevnte målgruppe. Det har tidligere vært samarbeid mellom deler av barne- og ungdomspsykiatrien og aktuelle bydeler om tidlig intervensjon og veiledning overfor gravide med rusproblemer og barn født av rusmisbrukere.

I forbindelse med at flere i nevnte målgruppe er aktuelle LAR-pasienter, reiser det seg både medisinske og etiske utfordringer i forhold til den eksponering barnet er utsatt for. For å kunne tilby et bedre koordinert og tilpasset tilbud til den enkelte bruker, foreslås det nedsatt en utredningsgruppe, sammensatt av fagpersoner fra helseforetakene og kommunen, med formål å levere forslag til tiltak i løpet av 2011. Målgruppen er drøftet med OUS som vil være interessert rundt tematikken. Det kan være aktuelt å se nærmere på tjenester og tilbud i andre sammenlignbare storbyer i Europa. Prosjektet tilgodeses med kr. 500.000

Felles institusjon barnevern/Barne- og ungdomspsykiatri

I Oslo kommunes høringsuttalelse til NOU "Det du gjør, gjør fullt og helt" er det beskrevet at Oslo kommune vil gå inn for et forsøk hvor barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste etablerer felles institusjon. Tiltaket tilgodeses med 1 mill kroner, til utredning av prosjektet.

Geriatrisk kompetansesenter i Oslo

I bystyresak 341/08 Bystyremelding om fremtidens eldreomsorg i Oslo har bystyret bedt byrådet vurdere å gå i dialog med staten om et samarbeid om opprettelsen av et geriatrisk fagmiljø som kan fungere som et nasjonalt og lokalt ressurscenter for medisinsk personell i pleie og omsorgssektoren. Fagmiljø må forutsettes å være medisinsk ressursgruppe for hele Oslo. Det forutsettes at dette skjer med finansiell støtte fra staten, ettersom tiltaket vil avlaste den statlige spesialisthelsetjenesten i Oslo". Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har hatt dialog med både Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus vedr saken.

Oslo kommune har allerede et ressurscenter for aldersdemens og alderspsykiatri, GERIA; som samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten og universitetet på disse fagområdene. Det antas at den beste måte å oppfylle bystyrets vedtak vil være å utvide GERIA til også å være et ressurscenter for geriatri på det somatiske området.

Helse- og velferdsetaten har fått i oppdrag fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester å utarbeide en skisse til Geriatrisk ressurscenter i kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og Universitetet i Oslo. Skissen vil foreligge medio januar 2011. Deretter vil tiltaket kunne iverksettes. Prosjektet tilgodeses med 1 mill kroner i 2011.

Øvrige samhandlingsmidler

Oslo kommune inngikk i desember 2008 en overordnet samhandlingsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Det er etablert samhandlingsarenaer mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune som følge av avtalen. Kontaktmøter mellom øverste administrative ledelse i de

to virksomhetene avholdes regelmessig, og to ganger per år utvides disse til også å gjelde politisk ledelse i byrådsavdelingen og styreleder i det regionale helseforetaket.

Partene har også opprettet et samarbeidsutvalg hvor representanter for virksomhetene (sykehus/bydeler/etater), samt representanter for brukere og ansatte deltar. Samarbeidsutvalget har blant annet fått i oppdrag å være en ideskaper for nye samhandlingsformer og nye områder for samarbeid, å spre informasjon om og videreformidle de gode prosjekter og resultater som oppnås, særlig med tanke på implementering i de øvrige sykehusene og virksomhetene.

Innenfor rammen av samarbeidsutvalget er det igangsatt en rekke samhandlingsprosjekter, og flere er i idestadiet eller under planlegging. De fleste av disse prosjektene omhandler temaer og formål som er relevante for å søke om samhandlingsmidler som er avsatt for senere fordeling, bl.a. fra Helsedirektoratet. Det gjelder i første rekke prosjekter med tanke på overføring av oppgaver, så som lokalmedisinske sentra, sjukestuer og lignende. Samarbeidet skal også ivareta den delen av reformen som handler om et godt pasientforløp, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og jevnlig kompetanseoverføring og opplæring.

Byrådet vil komme tilbake med en egen sak om samhandlingsreformen.

Sylvi Listhaug
byråd

Midt mellom stat og kommune ligger Aker



Aker sykehus står i endringens tegn. Spesialisthelsetjenesten er på vei ut. Samtidig legges planer for Akers som samhandlingsarena. Stat og kommune skal sammen finne frem til nye tilbud for pasientene på Aker.



Det er staten som har ansvaret for sykehusene i Norge. Vi kaller det spesialisthelsetjenesten – eller annenlinjen. Kommunene har ansvaret for legevakt og sykehjem, vi kaller det for primærhelsetjenesten – eller førstelinjen. I midten ligger halvannenlinjen – grensesnittet der stat og kommune møtes for å samarbeide om et tilbud i midten. Dette er selve kjernen i samhandlingsreformen og tidens mantra.



Samhandlingsreformen rykker nærmere

Et økende antall eldre og kronisk syke, samt et endret sykdomsbilde som følge av blant annet livsstilsendringer fører til økt behov for helsetjenester generelt, og et særlig behov for differensierte, tverrfaglige og koordinerte tjenester. - Viktige målsetninger i samhandlingsreformen er mer forebygging og tidlig intervensjon, mer helhetlig og koordinerte tjenester og en dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester og dermed en mer bærekraftig utvikling, sier *Cathrine Meland* (t.v.), avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet. Meland forteller at regjeringen planlegger å fremme en stortingsmelding om Nasjonal helse- og omsorgsplan, samt to lovproposisjoner for Stortinget allerede før påske.

Overføring av midler

Samhandlingsreformen legger derfor opp til at den forventede behovsvekst innen helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad skal finne sin løsning *i kommunene*. Sentralt i det arbeid som for tiden gjøres i departementet er derfor utforming av nye mekanismer som skal understøtte denne overføringen av pasientgrupper. Dette vil blant annet inkludere overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Et gjennomgående stikkord blir derfor *kommunal medfinansiering*.

Halvannenlinje på Aker

I dette lys må vi oppfatte de prosesser som nå skjer rundt utviklingen av Aker som såkalt *samhandlingsarena*. Når Aker sykehus i løpet av de kommende årene mister sin funksjon som et ordinært sykehus for spesialisthelsetjenesten er det nettopp med en fremtid innen dette nye laget i helsetjenesten for øyet at deler av sykehuset skal videreutvikles. Nåværende eier, Oslo universitetssykehus, skal samarbeide med Oslo kommune om å tilby gode og fornuftige tjenester til

en del pasientgrupper i deler av Akers lokaler på Sinsen.

To rapporteringer hittil

Med utgangspunkt i føringer som fremkom i foretaksmøtet med Helse Sør-Øst 24. november i fjor rapporterte Oslo universitetssykehus innledningsvise planer til departementet 20. januar i år. Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp med en ny bestilling som ble besvart i felles brev fra Oslo universitetssykehus og Oslo kommune 1. mars i år. I brevet pekes det på at flere detaljer rundt Aker som samhandlingsarena nå er i ferd med å falle på plass.



Budsjettmidler

Ved Oslo universitetssykehus er det viseadministrerende direktør Tove Strand (t.v.) som er samhandlingsansvarlig. Hun forteller at prosjektet allerede har fått egne budsjettmidler:

- Vi har mottatt fem millioner kroner fra Helse-Sør-Øst, og Oslo kommune har varslet at de vil overføre tre millioner kroner. Det gir samarbeidsutvalget mulighet til å støtte, eller sette i gang, prosjekter som bidrar til helhetlige pasientforløp, bedre kompetansedeling og ikke minst, nye måter å nå utsatte grupper på.

Hvilke tjenester?

Vi spør henne om hvilke tjenester hun mener vil bli tilbudt på Aker i fremtiden?

- Vi ser for tiden nærmere på hvordan vi sammen med Oslo kommune kan betjene pasienter innen en rekke diagnoser. Jeg kan nevne pasienter med kroniske lidelser som diabetes og hjerte- og lungesyke, samt eldre med sammensatte lidelser. Andre aktuelle områder kan være ulike polikliniske tilbud og dagbehandling, spesialisert rehabilitering (som ikke er avhengig av nærhet til akuttfunksjoner), lærings- og mestringssenter, dagbasert dialyse, elektiv dagkirurgi innenfor visse områder samt laboratorievirksomhet og kanskje noe innen røntgen og diagnostisk støtte som er nødvendig for nevnte funksjoner.

Psykisk helse og rus

- Også pasienter med behov for hjelp innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling skal få tilbud ved fremtidens Aker, sier Strand. - Bl.a. ser vi på mulighetene for å legge et distriktpsikiatrisk senter (DPS) til Aker. Allerede i dag tilbyr vi flere tjenester innen rus- og avhengighetsbehandling. Nye funksjoner i denne sammenheng kan bl.a. være en ruspoliklinikk som kan spille en viktig rolle i samhandlingssammenheng.



Kommunale innslag

Fra kommunal side trekkes det bl.a. frem tiltak som inngår i prosjektet *Helsegrep for eldre*. - Elementer i dette prosjektet døgnbasert rehabilitering for eldre, utvikling og etablering av et geriatrisk ressurscenter (* og Almas Hus; en simuleringsleilighet og et hjelpemiddeltilbud for demente. Dessuten planlegger vi å legge en større legevaktsbase til Aker, sier Cecilie Brein (t.v.), byrådspesialist for helse og eldreomsorg i Oslo kommune.

Tre faser

Den prosjektplan som nå følges opererer med tre faser av veien fremover. Fase 1 er inneværende våren, fase to er kommende høst samt neste år og fase tre er årene 2013-14.

Aktuelle områder for samhandlingsarena Aker i fase 2 kan være migrasjonshelse, poliklinisk virksomhet, dagbehandling og poliklinisk, spesialisert rehabilitering, lærings- og mestringstilbud, frisklivssentraler og palliativ virksomhet. Jokere i denne fasen vil være spørsmål knyttet til radiologi og dagkirurgi.

Organisering av prosjektet

Det er enighet om å etablere en egen prosjektorganisasjon for samhandlingsarena Aker. Med i dette prosjektet skal helseforetaket og kommunen også ha med seg representanter for brukerne og de ansatte, de idéelle sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg, samt helseforetakene Sunnaas og Ahus.

Prosjektavslutning

- Fra 2013 forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF gradvis avvikler den drift som skal samles i andre lokaliteter innen Oslo universitetssykehus HF. Fra dette tidspunkt tenker vi at virksomheten ved Aker bør overføres til en mer permanent organisasjonsmodell, avslutter Tove Strand.

**) - En videreutvikling av GERIA, et allerede etablert samarbeid mellom kommune og Oslo universitetssykehus.*

Publisert 18.03.2011 av [Anders Bayer](#)
Sist endret 21.03.2011 av [Anders Bayer](#)

Oslo universitetssykehus HF eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Universitetssykehuset er landets største med cirka 20 000 ansatte, og står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Oslo universitetssykehus HF / Kontakt oss - Nettredaksjonen / E-post: borge.einrem@oslo-universitetssykehus.no



HELSETILSYNET

I OSLO OG AKERSHUS

Oslo universitetssykehus HF
Adm. dir. Siri Hatlen
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

DERES DATO/YOUR DATE:

DERES REF. / YOUR REF.:

VÅR REF. / OUR REF.:

2010/12999-38 FM-H

DATO / DATE:

25.02.2011

TILBAKEMELDING OM INFORMASJON INNHENTET VED INTERVJUER

Helsetilsynet i Oslo og Akershus viser til møte 8. februar 2011 der hovedpunkter fra informasjon innhentet i intervjuer med utvalgte ledere ved Oslo universitetssykehus, ble presentert.

I tiden 6. desember til 10. januar ble det gjennomført intervjuer med ledere på tre nivåer i hver av klinikkene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
- Medisinsk klinikk
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Klinikk for kirurgi og nevrofag ble valgt fordi vi i denne klinikken har hatt flere saker som krever oppfølging. Vi har dessuten mottatt flere bekymringsmeldinger bl.a. på slagbehandling, nevrokirurgisk avdeling, neurologisk avdeling, barnepost 1 og organisering av nevrofysiologi før epilepsioperasjoner.

Medisinsk klinikk ble valgt fordi det i en slik klinikk vil være høy risiko for svikt pga. håndtering av mye øyeblikkelig hjelp.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet ble valgt fordi dette alltid vil være et sårbart område med håndtering av pasienter som i liten grad selv kan uttrykke klage.

Klinikkleder, en avdelingsleder og en enhetsleder i hver av klinikkene ble intervjuet. I klinikk for kirurgi og nevrofag ble to avdelingsledere intervjuet.

Hensikten med intervjuene var først og fremst å innhente informasjon om systemer som har betydning for pasientsikkerheten og opprettholdelse av kompetanse i omstillingsfasen. Vi ønsket også å få informasjon som kunne bidra til lokalisering av risikoområder som må følges opp nærmere.

Generelt inntrykk som gjelder alle tre klinikkene

- Mange administrative nivåer gjør at alvoret i faglige/organisatoriske bekymringer av betydning for pasientsikkerheten, kan vannes ut oppover i nivåene og siles eller stoppes på klinikknivå
- På noen klinikknivå sitter ledere med begrenset faglig innsikt. Presentert alvor i avvik og bekymringer blir ikke nødvendigvis forstått og håndtert i overensstemmelse med alvoret selv om vedkommende har en medisinskfaglig rådgiver
- Fagfolk på lavere nivå kjemper for å holde den daglige driften i gang, og opplever at de i liten grad blir hørt av nivåer over

- Det er flere steder et misforhold mellom bemanning og de oppgaver som må gjøres. Mangler i bemanningen gjelder både volum, men også noen steder kompetanse. Noen steder er det få *leger* med tilstrekkelig kompetanse/erfaring til å utføre de nødvendige oppgavene. Noen steder er det (også) *pleiere* med for lav kompetanse/erfaring til å utføre de nødvendige oppgavene.
- Vi har ikke fått frem at det gjøres *medisinsk faglige* risikovurderinger før endringer. De risikovurderinger som gjøres, har mer preg av alibi for å gjøre forhåndbestemte endringer. (Ett eksempel er: Fjerning av en nevrokirurghjemmel fra OUS til Ahus der det ikke er nevrokirurgisk avdeling)

Helsetilsynet i Oslo og Akershus stiller spørsmål ved om reelle faresignaler for pasientsikkerheten kommer til administrerende direktør.

Vi stiller også spørsmål ved om reelle faresignaler kommer til styret for OUS.

Vi stiller videre spørsmål ved om spisskompetanse ved spesialavdelinger blir bevart og gitt mulighet for utvikling i omstillingsperioden.

På bakgrunn av innhentet informasjon vil Helsetilsynet i Oslo og Akershus se nærmere på driften ved:

- Barnepost 1
- Nevrologisk avdeling ved Ullevål
- Nevrokirurgisk avdeling

Oppfølgingen vil skje med ulike tilsynsmetoder.

Med hilsen

Petter Schou
fylkeslege

Grethe Hellstrøm Hoddevik
ass.fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopi til:

Styreleder Gøran Stiernstedt, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Klinikkleder Siri Hammer, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Avdelingsleder Espen Dietrichs, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Avdelingsleder Sissel Reinlie, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Enhetsleder Pål Berg-Hansen, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Klinikkjef Lena Gjevert, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo

Avdelingsleder Idar Lygren	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Enhetsleder Eirin Slaggård Mitchley	postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Klinikkjef Øystein Mæland, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Avdelingsleder Øystein Kjos, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo
Enhetsleder Ann-Kristin Spanger, Oslo universitetssykehus	Postboks 4950 Nydalen	0424	Oslo

Saksbehandler: Grethe Hellstrøm Hoddevik ☎ 22 00 39 08



HELSETILSYNET

I OSLO OG AKERSHUS

Oslo universitetssykehus HF
v/ adm.direktør,
Postboks 4950 Nydalen,
0424 OSLO

DERES DATO/YOUR DATE:

DERES REF. / YOUR REF.:

VÅR REF. / OUR REF.:

2010/12999-43 FM-H

DATO / DATE:

09.03.2011

TILBAKEMELDING OM INFORMASJON INNHENTET VED INTERVJUER - EN PRESISERING

Det vises til møte 8. mars då mellom adm. direktør ved OUS, Siri Hatlen, og undertegnede, hvor bl.a. vårt brev av 25. februar ble gjennomgått. Selve brevets ordlyd anses som kjent, og gjengis derfor ikke på nytt. Brevet har sin bakgrunn i en intervjurunde Helsetilsynet gjennomførte med ni ledere på forskjellige nivåer ved OUS i den hensikt å skaffe seg bedre informasjon rundt selve omorganiseringsprosessen som pågår i helseforetaket og å belyse eventuelle risikoområder som Helsetilsynet kunne ha nytte av i sitt fremtidige tilsynsarbeide. Det ble også 8. februar avholdt et møte mellomledelsen ved OUS og Helsetilsynet i Oslo og Akershus hvor de viktigste inntrykkene fra intervjuene ble presentert.

Både adm. direktør og enkelte av de intervjuede har reagert på deler av brevets innhold, dels fordi man ikke kjenner seg igjen i den virkelighetsbeskrivelse som fremkommer i brevet, dels fordi det fra OUS' side påpekes at noe er "lagt til" i brevet – påstander som ikke fremkom i møtet - og dels fordi man, spesielt i siste del av brevet, gir inntrykk av konklusjoner og påstander fra Helsetilsynets side, selv om disse er fremmet i spørsmåls form.

Fra Helsetilsynets side opplevde vi at de intervjuede på alle nivåer ga ryddige, saklige og åpne tilbakemeldinger. Vi møtte uten unntak vel skolerte ledere som ga inntrykk av å kjenne sin del av virksomheten godt, men som også var klar over *potensielle* risikoområder, ikke minst i en fase hvor store og faglig tunge kompetansevirksomheter skal fusjoneres og/eller flyttes og som var villige til å dele denne kunnskapen med oss. Samtalene bar preg av fortrolighet, og med pasientsikkerhet og god faglig standard som felles mål for virksomhet og tilsynsmyndighet.

For å ivareta vår tilsynsrolle på en god måte, er vi selvsagt helt avhengige av å kommunisere på en måte som også blir forstått og akseptert av helsetjenesten selv. Siden vi tydeligvis ikke har klart dette i den aktuelle saken, er det viktig for Helsetilsynet i Oslo og Akershus å komme med følgende presiseringer:

- Det foreligger ingen tilsynssak mot OUS på grunnlag av innhentet informasjon.

- Uttrykket "*generelt inntrykk*" betyr ikke en samlet tilbakemelding fra de som ble intervjuet, men er et inntrykk fra vår side basert på varierende grad av bekymring fra ledernes side.
- Det var opprinnelig ikke planlagt noe referat fra møtet 8. februar. Brevet er således en skriftliggjøring av det som ble meddelt muntlig, men er selvsagt ikke et nøyaktig referat fra møtet. Brevet pretenderer heller ikke å være en konklusjon fra Helsetilsynets side, og korrigerende eller supplerende opplysninger som ble gitt Helsetilsynet i møtet eller senere, for eksempel vedrørende en eventuell overflytting av legehjemmel, er følgelig ikke tatt med.
- Både det å gjøre gode "*medisinsk faglige risikovurderinger*" forut for enhver organisasjonsendring og å "*sikre god informasjonsflyt*" på tvers av nivåer, er en viktig del av internkontrollen og et selvsagt ledelsesansvar. Helsetilsynets rolle vil være, ut fra en mer fragmentarisk kunnskap, å stille spørsmål om pasientsikkerheten er i varetatt til enhver tid. Det vil alltid være varierende oppfatninger om hvorvidt disse hensyn er ivaretatt, og Helsetilsynet viderebringer i sitt brev bare de vurderinger og den profesjonelle bekymring som fremkom i enkelte av samtalene.
- Vi ser at de spørsmål vi stilte i siste del av vårt brev, på grunn av sin noe retoriske form, *kan* oppfattes som Helsetilsynets konklusjon. Siden hensikten med intervjuene kun var informasjonsinnhenting og ikke del av en tilsynssak, er dette selvsagt ikke tilfelle. Vår intensjon var at denne type fortrolig tilbakemelding også kunne ha en viss nytteverdi for helseforetaket selv, da både de intervjuede ledere, helseforetakets ledelse og Helsetilsynet i disse vanskelige men velkjente problemstillingene har et felles mål – faglig god og trygg pasientbehandling.
- Hvilke virksomheter vi planlegger å føre tilsyn med, og på hvilken måte et tilsyn gjennomføres, er en dynamisk prosess og bestemmes av Helsetilsynet ut fra en samlet risikovurdering eller på grunnlag av alvorlige enkelthendelser.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus vil få takke alle intervjuede ledere for åpenhet, fortrolighet og profesjonalitet. Både intervjuene og den etterfølgende supplerende og korrigerende tilbakemelding fra helseforetakets ledelse har gitt oss nyttig informasjon om en komplisert organisasjon og en utfordrende omorganiseringssprosess.

Med hilsen

Petter Schou
fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Statens helsetilsyn
Pb 8128 DEP
0032 OsloAkuttklinikken
Prehospitalt senterVår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato:
Oppgis ved all henvendelse 2020/61 I CAS 23.3.2011**Ad tilsynssak : Brudd på helselovgivningen – Oslo universitetssykehus HF, AMK i Oslo og Akershus drives med for stor risiko for svikt.**

Viser til deres brev av 21.03 der det konkluderes med at det foreligger brudd på kravet til forsvarlig virksomhet i spesialisthelsetjenesteloven § 2.2.

OUS har fått 6 ukers frist til å fremlegge en redegjørelse / plan for hvordan vi har tenkt å rette på forholdene. Vi vil komme tilbake til en grundig beskrivelse innen fristen. Hensikten med dette brev er å gi en foreløpig redegjørelse for de tiltak som er igangsatt det siste året eller vil bli igangsatt med det første.

Prehospitaltjenester (PhT) i Oslo og Akershus ble slått sammen og lagt under UUS i 2003. (Ambulanse, AMK og Luftambulansse). I 2004 ble også pasientreiser lagt under denne enheten. PhT var en egen divisjon frem til 01.01.2010 hvor vi ble innlemmet i Akuttklinikken i det nye og fusjonerte sykehuset, OUS som et senter for prehospitaltjenester.

Sammenslåingen av de prehospitaltjenestene i Oslo og Akershus er vurdert til å være positivt i den forstand at vi har fått til felles standarder, opplæring, kompetanse og forskning samt at vi har fått til bedre utnyttelse av ressursene (aktivitet og beredskap) i Oslo og Akershus. På mange måter har dette blitt et ledende prehospitalt miljø nasjonalt. Bedre utnyttelse av ressursene har i flere år i stor grad kunne kompensere for en årlig økning i aktivitet.

Likevel erkjenner vi nå at vi må inn med flere ressurser for å møte utfordringene i Prehospitaltjenester både på kort og lang sikt. Vi deler i stor grad Helsetilsynets oppfatning av manglende ressurser ved AMK-sentralen ved Oslo universitetssykehus.

Imidlertid vil vi påpeke at det allerede er iverksatt tiltak samt planlagt ytterligere tiltak 2011. Vi viser til våre redegjørelser i forhold til opplegg for sertifisering/ resertifisering i AMK sentralen, fagdager med fokus på kommunikasjon m.m samt den bemanningsøkning som ble gjort i 2010.

Vi har videre iverksatt tiltak for å styrke beredskap og AMK som følger:
Nevner i korthet:

- Vi er ferd med å lyse ut stillinger som medisinske operatører. Dette for å øke bemanningen i AMK sentralen på døgnbasis samt å kunne frigjøre operasjonslederne fra ordinær "produksjon". Operasjonsleder vil da kunne gå utenpå sentralens ordinære grunnbemanning på døgnbasis. Dette vil kunne avlaste operatørene og bidra med beslutningsstøtte ved tvil/usikkerhet, sikre oppfølging/avlastning av operatører som utsettes for unormale belastninger og samtidig representere en viss bufferkapasitet ved ordinære belastningstopper.
- Vurderer behov for rekrutteringsfremmende tiltak i AMK.
- Økning av ambulansberedskap ved at det settes inn en ny ambulanse på døgnbasis fra våren 2011. Denne

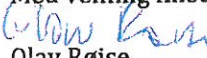
vil i vesentlig grad ha base i Follo.


- Økning av kapasitet for bårer og rullestoler i regi av pasientreiser ved at det er satt inn ny Helseekspress (2 båreplasser og 25 sitteplasser) fra jan 2011 samt at det planlegges for å sette inn 2 biler planlagt for rullestoler fra august 2011. Videre er vi i ansettelsesprosess av nye stillinger på kjørekontoret for å kunne koordinere disse bilene. Disse tiltakene vil kunne avlaste ambulansetjenesten en del ordinære oppdrag og således øke beredskap. Økt beredskap vil igjen medføre at Amk har flere ambulanser å disponere.
- Vi er i gang med en OU prosess i AMK sentralen der vi ser på ledelse og organisering . Videre har vi iverksatt en gjennomgang av arbeidsmiljøet i AMK sentralen.
- I uke 13 setter vi i gang et nytt AMK kurs bl.afor personell som er ansatt i OUS.
- Vi vil også sette i gang en ordning med at lege er tilgjengelig i AMK sentralen en ettermiddag pr uke for oppfølging og veiledning av personellet.

Sommerferien er krevende i forhold til at det er vanskelig å sette inn vikarer for bemanne AMK. Nye stillinger vil sannsynligvis ikke komme i ordinær drift før til høsten. Vi har derfor inngått avtaler med organisasjonene for å stimulere til at personellet jobber ekstra i sommer samt at vi jobber for økt rullering av personell fra ambulansetjenesten.

Vi vil komme tilbake med en mer detaljert redegjørelse innen den frist som Statens Helsetilsyn har satt.

Med vennlig hilsen


Olav Røise
Klinikkleder
Akutt klinikken


Arild Østergaard
Senterleder
Prehospitalt senter

Se mottakertabell

Vår referanse:

08/00045-23

Saksbehandler:

Pål Christian Roland, +47 400 20 339

Deres referanse:

Dato:

16.02.2011

Samarbeid om videreutvikling av sykehus tilbudet i Oslo

Organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Oslo har gjennomgått store endringer den senere tid. Dette i tråd med omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst og plan for strategisk utvikling 2009-2020. Omstillingsarbeidet videreføres i 2011 og innebærer vesentlige endringer for alle virksomheter som berøres.

For å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen, er det avgjørende at det er et godt samarbeide mellom helseforetakene og sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Det gjelder dermed helseforetakene og sykehusene i sykehusområde Oslo, samt Akershus universitetssykehus HF. Det er også betydelige utfordringer og et stort potensial i å sikre god samhandling med kommunehelsetjenesten i Oslo, og det forutsettes en bred involvering og deltakelse fra samtlige helseforetak / sykehus.

I denne sammenheng henvises det til tidligere korrespondanse og møter:

- Brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 18.09.09 hvor Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus ble bedt om å gjennomgå oppgave- og funksjonsdeling innen sykehusområdet.
- Felles svarbrev fra Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus datert 29.07.10 hvor det presenteres en samlet anbefaling om funksjons- og oppgavefordeling i sykehusområdet etter 01.01.11, samt at det fremlegges en uenighet når det gjelder organisering av region- og områdefunksjoner innen revmatologi/revmakirurgi og øre-, nese-, halssykdommer.
- I brev av 28.10.10 fra Helse Sør-Øst RHF tas brevet fra Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til etterretning og det ble orientert om at Helse Sør-Øst RHF ville komme tilbake til uenighetspunktene i svarbrevet i en dialog med sykehusene

Med bakgrunn i dette ble det avholdt møte 15.12.10 mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Formålet med møtet var å skape størst mulig grad av forutsigbarhet knyttet til endringsprosesser i sykehusområde Oslo og avklare enkelte vilkår for det videre arbeidet.

Relevant i denne sammenheng er også møte avholdt mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF den 07.02.11 vedr arbeidet med utvikling av samhandlingsarena Aker.

Med utgangspunkt i dialogen det refereres til ovenfor er det lagt til rette for følgende konklusjoner vedrørende det videre arbeid med områdeplan for sykehusområdet:

Arbeide med områdeplan

I arbeidet med utvikling av områdeplan for sykehusområde Oslo forutsettes det at Oslo universitetssykehus HF har en ledende rolle. Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Sunnaas sykehus HF inngår i sykehusområdet og forutsettes å delta aktivt. Det forutsettes videre at Akershus universitetssykehus HF involveres i arbeidet der det er naturlig på bakgrunn av dets befolkningsansvar for tre bydeler i Oslo, selv om disse ikke er en del av sykehusområde Oslo.

Oslo universitetssykehus HF står overfor betydelige utfordringer i å dimensjonere og organisere tjenestetilbudet i forhold til det befolkningsansvar helseforetaket har fra 01.01.11. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det er muligheter for avlastende aktivitet basert på eksisterende kapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Oslo universitetssykehus HF bes legge dette til grunn i det videre arbeidet med å organisere og dimensjonere tjenestene innen helseforetaket. Det forutsettes videre at areal ved Lovisenberg og Diakonhjemmet kartlegges og inngår som en del av arealplan/ idéfaseutredningen ved Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF finner hensiktsmessige former for involvering av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus i dette arbeidet.

Enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner

Når det gjelder videre organisering av enkelte områdefunksjoner og regionfunksjoner innen sykehusområde Oslo oppsummeres følgende:

- Eldre med brudd: Denne funksjonen forutsettes å ligge fast på Diakonhjemmet Sykehus på minimum samme nivå som i dag.
- Revmakirurgi og revmatologi: Nasjonale og regionale funksjoner innen revmatologi og revmakirurgi forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus. Det forutsettes videre at det etableres gode pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for disse pasientgruppene. Det vil bli igangsatt et regionalt utviklingsarbeide innen revmatologi, og i påvente av dette vil det ikke være naturlig å gjøre endringer i arbeidsdeling i sykehusområde Oslo på nåværende tidspunkt.
- Psykofarmakologi: Psykofarmakologisk analyse og rådgivning er en funksjon som forutsettes videreført ved Diakonhjemmet Sykehus.
- Arbeidsdelingen mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF innen øre-nese-hals fungerer godt. Det bes om Lovisenberg Diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap klargjør om dette bør endres eller videreføres.

Samhandlingsarena Aker

Gjennomførte og forestående endringer i Oslo universitetssykehus HF's bruk av Aker sykehus gir betydelige muligheter i å etablere Aker som en samhandlingsarena i forhold til kommunehelsetjenesten. Det vises til pågående dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vedrørende utvikling av et samlet tjenestetilbud på Aker som understøtter

intensjonene i samhandlingsreformen og det potensial som ligger i en bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vil samarbeide om å utvikle mandat for en felles prosjektorganisasjon, samt etablering av denne. Det legges til grunn at Oslo kommune vil lede prosjektet, men det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF inntar en ledende rolle på vegne av deltakende helseforetak og sykehus. Det forutsettes at både Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus deltar og bidrar i realiseringen av samhandlingsarena Aker. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF deltar i styringsgruppen for prosjektet og at det finnes hensiktsmessige former for deltakelse og involvering også for Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil anføre at de avklaringer og forhold som omtales ovenfor er av stor betydning for å oppfylle forpliktelsene som følger både av omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst og av samhandlingsreformen. At endringene gjennomføres på en god måte er viktig for et godt pasienttilbud og dermed også av stor omdømmemessig betydning. Det er derfor viktig at alle involverte bidrar til et nært og tillitsfullt samarbeid.

Helse Sør-Øst RHF vil ha et vedvarende fokus på dette arbeidet og holde seg orientert om fremdrift og resultater bl.a. gjennom de ordinære oppfølgingsmøtene og i andre møter etter behov.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør

Mottaker	Adresse	Post	Kontaktperson
Diakonhjemmet Sykehus AS	Postboks 23 Vinderen	0319 Oslo	
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	Lovisenberggata 17	0440 Oslo	
Sunnaas sykehus HF		1450 Nesoddtangen	
Akershus universitetssykehus HF		1478 LØRENSKOG	
Oslo universitetssykehus HF	Postboks 4950 Nydalen	0424 OSLO	

Administrerende direktør Siri Hatlen
Oslo Universitetssykehus HF
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Deres ref.:	Vår ref.:	Arkivnr.:	Dato:
	2009/506-22/LEFL/MS	H21	02.03. 2011

Kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo.

Som undertegnede tidligere har uttrykt ved flere anledninger er de to diakonale sykehusene i Oslo innstilt på å bidra til at de uttalte mål om å realisere betydelige økonomiske og faglige samordningsgevinster i hovedstadsområdet ved sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst i 2007, og senere etableringen av Oslo Universitetssykehus i 2009 blir etterlevet.

Det vises i denne sammenheng til vårt brev av 05.05.10 til Helse Sør-Øst (heretter HSØ) med kopi til deg, HSØs svarbrev av 24.06.10 (vedlagt) og endelig til vårt felles møte mellom administrerende direktør i HSØ, deg og undertegnede 15.12.10 der dette ble diskutert.

På denne bakgrunn finner vi det nødvendig å gi uttrykk for at vi reagerer med undring på deler av premissene som er presentert for Oslo Universitetssykehus (heretter OUS) sitt styre i sak 13/2011 "IDEFASERAPPORT - UTVIDET KAPASITET FOR AKUTTFUNKSJONER PÅ ULLEVÅL". I denne saken legges det opp til at det søkes aksept fra HSØ til å arbeide videre med planlegging av et nybygg på Ullevål med en anslått kostnadsramme på 305-325 millioner for blant annet å kunne avvikle somatisk døgntilbud ved Aker som tidligere forutsatt.

Fra vår side er vi noe overrasket over at så betydelige investeringsplaner presenteres uten at vi i fellesskap har utredet hvilke muligheter Diakonhjemmet Sykehus (DS) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) har for å bidra til å redusere investeringsbehov ved å avlaste presset på OUS. Tvert i mot legges det i nevnte styresak opp til at deler av planlagt kostnad ved investering på Ullevål har som formål å ta over funksjoner fra våre to sykehus og derved etablere ledig kapasitet ved DS og LDS. Dette gjelder akuttkirurgi fra Diakonhjemmet sektor og indremedisin for bydel Sagene.

Vi må anta at et investeringsprosjekt ved OUS i størrelsesorden 305-325 millioner vil måtte gå på bekostning av godt begrunnede investeringer i andre sykehusområder innen Helse Sør-Øst dersom det prioriteres.



For å sikre almenhetens tillit til at sykehusene søker å anvende knappe ressurser på en best mulig måte ber vi om at vi i fellesskap kan foreta en gjennomgang der vi søker løsninger for å bidra til å redusere det samlede investeringsbehovet. Fra vår side har vi startet arbeid med mulighetsanalyser internt og vil være rede til å presentere resultatet av dette arbeidet primo april.

Med vennlig hilsen

Morten Skjørshammer
administrerende direktør
Diakonhjemmet Sykehus

Lars Erik Flatø
administrerende direktør
Lovisenberg Diakonale Sykehus

1 vedlegg

Kopi: Helse Sør-Øst v/adm. dir. Bente Mikkelsen, Pb. 404, 2303 Hamar

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Lovisenberggata 17

0440 Oslo

Vår referanse:
08/00175-266/321

Deres referanse:
2009/506

Dato:
24.06.2010

Saksbehandler:
Jostein F. Jensen, +47 909 72 605

Kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo

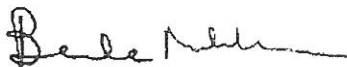
Viser til Deres brev av 05.05.10 om kapasitetsbehov og muligheter ved sykehussektoren i Oslo, møte 27.05.10 med Lars Erik Flatø hvor brevet ble kommentert og e post fra Lars Erik Flatø 23.06.10 til Bente Mikkelsen med samme tema. Det vises også til møte 23.06.10 mellom de fem private ideelle sykehusene og Helse Sør-Øst RHF der dette tema også ble kommentert.

Helse Sør Øst RHF er glad for innspill og ønske om å bidra i de store endringsprosessene som foregår i hovedstadsområdet.

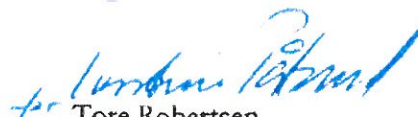
I overføringsprosjektene mellom sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken arbeides det nå med å kartlegge pasientstrømmene og identifisere tilgjengelig kapasitet. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget oppfølgingsregime for gjennomføringen av hovedstadsprosessen. Koordinering og utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten i området er sentralt i denne oppfølgingen.

Når Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF har utarbeidet oversikt over kapasitetsforholdene, vil administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF ta initiativ til en videre dialog om hvordan de private ideelle sykehusene i Oslo kan bidra til en samlet og god løsning slik at pasienttilbudet for befolkningen i hovedstadsområdet blir godt ivaretatt.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Tore Robertsen
dir. styre og eieroppfølging

Diakonhjemmet sykehus AS
Postboks 23, Vindern
0319 Oslo

Deres ref.: 2009/506-22/LEFFL/MS
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2011/4333/Jørgen Jansen

Dato: 8. mars 2011

Vedrørende kapasitetsbehov og muligheter i sykehussektoren i Oslo

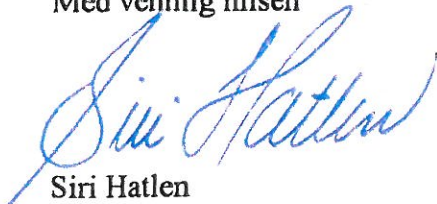
Vi viser til brev fra Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus av 2. mars 2011 og tidligere kontakt om ovennevnte.

Utviklingen av sykehusområde Oslo er som del av omstillingsprogrammet omtalt i Helse Sør-Østs brev av 16. mars 2011 til sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Vi vil følge opp de innspill Helse Sør-Øst gir i brevet og kommer i nærmeste fremtid til å ta kontakt med sykehusene for å drøfte prosessen og det videre arbeidet.

Oslo universitetssykehus ønsker å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen og ser frem til et godt samarbeid mellom sykehusene med befolkningsansvar i Oslo.

Likelydende brev sendes til Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen

Administrerende direktør

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
0440 Oslo

Administrerende direktør

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentrålbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.: 2009/506-22/LEFFL/MS
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2011/4333/Jørgen Jansen

Dato: 8. mars 2011

Vedrørende kapasitetsbehov og muligheter i sykehussektoren i Oslo

Vi viser til brev fra Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus av 2. mars 2011 og tidligere kontakt om ovennevnte.

Utviklingen av sykehusområde Oslo er som del av omstillingsprogrammet blant annet omtalt i Helse Sør-Østs brev av 16. mars 2011 til sykehusene med befolkningsansvar i Oslo. Vi vil følge opp de innspill Helse Sør-Øst gir i brevet og kommer i nærmeste fremtid til å ta kontakt med sykehusene for å drøfte prosessen og det videre arbeidet.

Oslo universitetssykehus ønsker å lykkes i omstillingene som skal sikre et enda bedre tjenestetilbud til befolkningen og ser frem til et godt samarbeid mellom sykehusene med befolkningsansvar i Oslo.

Likelydende brev sendes til Diakonhjemmets sykehus.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen

Referat

Møte: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Møtedato: 14.02.2010, kl. 13.00-17.00

Møtested: Kreftsenteret Ullevål, bygg 11, 4. etg

Til stede: **Fra Brukerutvalget**

Stine Jakobsson Strømsø, Nina Adolfsen, Ragnhild Braastad, Arne Ellingsberg, Arild Engen, Grete Müller, Veslemøy Ruud.

Fra Administrasjonen

Sak 011-2011: Per Magnus Mæhle, Tove Strand og Siri Hatlen

Sak 023-2011: Geir Teigstad, Tove Strand og Siri Hatlen

Forfall: Jon Storaas, Richard Madsen og Shoaib Sultan.

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Sak nr.	Sakstittel-/innhold
011-2011	<p>Strategi v/Per Magnus Mæhle Sender ut rapport med noter. Hvorfor strategi? Felles bilde av hvor vi er og hvor vi skal. Grunnlag for påvirkning av egne rammebetingelser. Pasientgrunnet vil være det samme – bruksmønstre vil endre seg. Blant annet er det anslått 50% økning av KOLS. Generasjonsskifte i flere personalgrupper. Endringer i spesialiseringer. Kunnskapsrike og krevende pasienter. Utvikling av spesifikke diagnostiseringsmetoder. Økte logistikkraft. Pasientforløp viktig. <i>Innspill:</i> Hvordan få med innspill fra Brukerutvalget? <i>Svar:</i> Vil få jevnlig informasjon. Allerede avtalt at Andreas Moan informerer på neste Brukerutvalgsmøte.</p>
012-2011	<p>Referat fra møtet i Brukerutvalget 25.01.2011 Godkjent.</p>
013-2011	<p>Rapport fra medlemmenes deltakelse i prosjekter og konferanser <i>Veslemøy:</i> Det har vært møte i brukerrådet i klinikk F. Referat kommer. <i>Grete:</i> Deltatt på modul 3 erfaringskonferanse den 25-26. januar i Oslo. Informerer om at hjerteopererte blir fulgt opp med fysioterapi allerede første dag etter operasjon med god effekt. De som er hjerteoperert på fredager får derimot ikke behandling før tredje dag. Hva dette har å si for rehabiliteringsforløpet er ukjent. Også vært på konferanse for Ungdomsmedisinsk avdeling – ref sendt Ingrid? <i>Lilli-Ann:</i> Somatikk og psykisk helse – arealgrupper. Lokalisering kreft, multitraume, effekt samhandlingsreformen. Multimap for hver bygning. Multiconsult skal ha konferanse den 15.04. Multimap skal være ferdig til da. <i>Arne:</i> Kvalitetsutvalget på Akutt-klinikken består blant annet av 1 fra AMK, 1 VO, 1 fra Kvalitet og pasientsikkerhet. Ressursproblemer er gjenganger på møtene. Ressurser i form av personell, biler og annet utstyr. <i>Eva:</i> Mona Johansen fra Norske Sanitetskvinner har trukket seg fra brukerrådet ved Kvinne-barn klinikken. <i>Nina A:</i> Det har fremdeles ikke vært noe møte for brukerrådet ved Kreft og kirurgi. Ny</p>

	<p>møtedato er nå satt til 3.mars. Det er heller ikke konstituert leder for brukerrådet. Var med ledelsen ved OUS til Karolinska . Inntrykk av at OUS har kommet lenger i forhold til sammenslåing og oppdeling av klinikker. De har ikke Brukerutvalg eller brukermedvirkning på Karolinska. De er gode på barn, men ikke på ungdom. Fikk inntrykk av godt samhold i ledelsen ved OUS. Har også deltatt på nivå 3 ledermøte.</p> <p><i>Stine:</i> Brukerutvalget Helse Sør-Øst, ang. overføring til Ahus. Beroligende møte. Mediaoppslag ikke korrekte. Pasientsikkerhetskampanjen – arbeidet er startet, men fokusområdet er ennå ikke besluttet.</p>
014-2011	<p>Årsmelding 2010 for Brukerutvalget Godkjent med rettelse av noen skrivefeil.</p>
015-2011	<p>Årlig melding OUS v/Anne Margrethe Svanes Dokumentet blir sendt ut på mail. Innspill ønskes. Brukerpåvirkning står på side 13 og 14.</p>
016-2011	<p>Brukermedvirkning i OUS-klargjøring av retningslinjer og råd til ledelsen Det har vært avholdt møte med Jon Storaas og ledelsen ved OUS. Klargjort at vi er et rådgivende organ.</p> <p>Forslag til uttalelse: ”Brukerutvalget ber klinikkene forholde seg til prinsippene om brukermedvirkning og retningslinjene for brukermedvirkning vedtatt i ledermøte 29.01.2009.</p> <p>Det regionale Brukerutvalg har også diskutert dette og kommet til samme konklusjon.</p> <p>Retningslinjene for brukermedvirkning ble vedtatt på ledermøte 29.01.2009.</p>
017-2011	<p>Brukermedvirkning i OUS v/Nina A. LEAN betyr mager og i bruken av metodikken definerer vi det til "å slanke prosesser". Er en metode man kan bruke ifm planlegging, gjennomføring og implementering av større eller mindre prosjekt.</p> <p>Metoden inkluderer nøkkelpersoner og er mest effektiv når det er tverrfaglig deltagelse. Metodikken består i å kartlegge prosesser, identifisere hva som gjøres og i hvilken rekkefølge og av hvem. Kan brukes i alle arbeidsprosesser i alle typer bedrifter.</p> <p>Etter kartleggingen starter en redesign fase hvor man kommer med nye ideer for forbedring av prosessene, noe som er hele hensikten.</p> <p>Hensikten er altså å gjøre en forbedring av arbeidsprosesser ved gjennomgang av logistikk, arbeidsoppgaver og metoder i prosessene, vurdere ressursbruk med henblikk på kapasitetsutnyttelse. Arbeidsprosessene blir i stor grad standardisert og de blir beskrevet og dokumentert i retningslinjer og prosedyrer.</p> <p>Eksempler: Kan brukes til gjennomgang av medisinsk logistikk, reduksjon av ventetid eller andre utpekte målområder, administrativ arbeidsflyt, standardisering av hele pasientforløp, ifm flytteprosjekter og sammenslåinger, eller ifm etablering av nye tilbud.</p>
018-2011	<p>Revisjon av mandatet til Brukerutvalget Vedtak: Brukerutvalgets medlemmer ber om å komme med evt endringsforslag til mandatet innen to uker.</p> <p>Viktig å vurdere geografisk representasjon i tillegg til organisasjonsrepresentasjon.</p> <p>Viktig å sikre minoritetsrepresentasjon i Brukerutvalget.</p>
019-2011	<p>Skriftlig orientering om brukerrådene i klinikkene Brukerutvalget ønsker en slik orientering til neste møte.</p>
020-2011	<p>Adm.dir sin time Erfaringer fra overføringen til Ahus og Vestre Viken. Adm. dir henviste til orientering i styresaker til styremøtet 17.02.11, der det er rapportert at det ikke var noen alvorlige hendelser i forbindelse med overføringen. Været gjorde at situasjonen ble noe krevende pga økt transporttid.</p> <p>Den gjenstående overføringen følges tett.</p> <p>Ahus har i hovedsak fått rekruttert. Unntaket er der vi har knapphet på folk, blant annet</p>

	<p>enkelte spesialsykepleierstillinger.</p> <p><i>Nina</i> takker for fin tur til Karolinska. Merket seg at Karolinska ikke har brukermedvirkning. Orienterer også om at Brukerutvalget ser på retningslinjer for brukermedvirkning.</p> <p>Spørsmål:</p> <p>Arne. Hvordan prioriteringsretningslinjene i forhold til å sette tidsfrister for behandlingsstart?</p> <p>Svar: kjører nå opplæring for å gjøre dette riktig og gjøre det likt, og for å unngå fristbrudd.</p> <p>Stine. Styresak; mye fristbrudd klinikk C.</p> <p>Svar: Skyldes sammensetning av klinikken. ØNH, øye og ortopedi jobber systematisk med dette. De legger frem handlingsplaner for å komme i en bedre situasjon.</p> <p>Nina: Nevner pasientsak der pasient og pårørende var meget fornøyde. Brevet inneholdt imidlertid spørsmål pasienten ikke kunne besvart uten hjelp.</p> <p>Områdeplan for rehabilitering – status?</p> <p>Svar: Tas initiativ i disse dager. Har frist til sommeren.</p> <p>Brukerutvalget ønsker at de får en gjennomgang av ledelsens gjennomgang på Brukerutvalgets møte.</p> <p>Siri ber Brukerutvalget komme tilbake med en mer konkret bestilling.</p> <p>Målekortet vil kunne gi en slik oversikt.</p> <p>”Stand-in” på styremøtet, Arild møter for Nina.</p> <p>Spørsmål: Ikke allergifremkallende blomster til jul på klinikkene.</p> <p>Tove orienterer om ny kulturveilederutdanning.</p>
021-2011	<p>Eventuelt</p> <p>Liv laga; er det en brukerorganisasjon?</p> <p>Kan brukerrepresentanter sitte i Brukerutvalg både f. eks ved OUS og Ahus?</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 17. februar 2011
Tidspunkt:	Kl 0900 -1300

Følgende medlemmer møtte:

Hanne Harlem	Styreleder	
Frode Alhaug	Nestleder	
Kirsten Brubakk		Forfall Varamedlem Mette Vilhelmshaugen
Anne Hagen Grimsrud		
Helga Rismyhr Grinden		
Terje Keyn		Fra kl 0950
Andreas Kjær		Fra kl 0930
Knut Even Lindsjørn		
Berit Eivi Nilsen		Fra kl 1000
Dag Stenersen		
Randi Talseth		
Anne Carine Tanum		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Linda Verdal		Fra kl 0940
Finn Wisløff		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdsett
Signe Ramberg

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, konsernrevisjonen v/Karl Helge Solhaug

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

001-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 16. DESEMBER 2010
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 16. desember 2010 ble godkjent med en rettelse i vedtakspunkt 3 i styresak 086-2010 *Praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst.*

"...det nasjonale" i vedtakets punkt 3 erstattes med "det regionale".

002-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER DESEMBER 2010
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport basert på foreløpige tall per desember 2010 til etterretning.
2. Styret forutsetter en særskilt oppfølging av resultatutviklingen i Vestre Viken HF i 2011 og videreføring av et balansert oppfølgingsregime for hovedstadsprosessen.

003-2011	OPPDRAGSDOKUMENT 2011 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 31. JANUAR 2011 - OPPFØLGING
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2011 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 til etterretning og legger dette til grunn for det videre arbeid.
2. Styret tar til orientering at styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2011 til det enkelte helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst og at disse dokumentene er gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i februar 2011 og inngås som avtale om oppdrag og bestilling 2011 med de private ideelle sykehusene.
3. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

004-2011	STYRESAMMENSETNING I HF-STYRENE INNSTILLING FRA VALGKOMITEEN
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. I styret for Oslo universitetssykehus HF gjøres følgende endringer med virkning fra 1. april 2011 og ut inneværende valgperiode:
 - Göran Stiernstedt oppnevnes som styreleder i styret for Oslo universitetssykehus HF
 - Odd Christopher Hansen oppnevnes som nestleder i styret for Oslo universitetssykehus HF
2. Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF

005-2011	HØRING – FORSLAG NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN – FORSLAG LOV OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I KOMMUNENE – FORSLAG NY FOLKEHELSELOV
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til administrerende direktørs høringsuttalelse vedrørende forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan, forslag til ny helse- og omsorgslov og forslag til ny folkehelselov.

006-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. E-læring i Helse Sør-Øst – aktivitetsrapport desember 2010
3. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 15.12.10
4. E-post fra Byløkkens interessegruppe om utvidelse av sykehuset i Drammen
5. Brev fra Porsgrunn kommune om tildeling av radiologiske tjenester
6. Uttalelse fra Rådet for Drammen-regionen ad lokalisering av nytt sykehus i nedre Buskerud
7. Brev fra stortingsrepresentanter fra Akershus vedr. karkirurgi
8. Brev fra stortingsrepresentanter fra Østfold vedr. karkirurgi
9. Uttalelse fra Ordførerforum i Østfold og KS Østfold vedr. karkirurgi

TEMASAKER

Følgende temasak ble presentert for styret:

- Arbeidet med reduksjon av deltid
Innledning ved HR-direktør Vidar Lødrup
- Omdømme og kommunikasjon
Innledning ved kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Møtet hevet kl. 1310

Oslo, 17. februar 2011

Hanne Harlem
styreleder

Kirsten Brubakk

Helga R. Grinden

Andreas Kjær

Berit Eivi Nilsen

Randi Talseth

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Finn Wisløff

Frode Alhaug
nestleder

Anne Hagen Grimrud

Terje Keyn

Knut Even Lindsjørn

Dag Stenersen

Anne Carine Tanum

Linda Verdal

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hotell Norge Høsbjør, Brumunddal
Dato: Styremøte 17. mars 2011
Tidspunkt: Kl 0830 -1400

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	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Linda Verdal	
Finn Wisløff	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Signe Ramberg

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad,
kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande,

Administrerende direktør meldte følgende bordsak: sak 015-2011 Kjennelse fra Eidsivating lagmannsrett i sak om midlertidig forføyning. Innkalling og saksliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

007-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 17. FEBRUAR 2011
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 17. februar 2011 ble godkjent.

008-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JANUAR 2011
----------	--

Foreløpige tall for februar 2011 ble presentert i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per januar 2011 til etterretning.
2. Styret ber om at utviklingen i hovedstadsområdet følges nøye og at det er et særskilt fokus på utviklingen i bemanningen i alle helseforetakene.

009-2011	ÅRLIG MELDING 2010 FRA HELSE SØR-ØST RHF
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Årlig melding 2010 for Helse Sør-Øst oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
2. På grunnlag av den samlede rapportering for 2010, herunder også beslutninger som er fattet av styret og den samlede planlegging og styring av virksomheten, anser styret for Helse Sør-Øst RHF at hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2010 og at "sørge for"-ansvaret som Helse Sør-Øst RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2010.
3. Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2010, formidlet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter, er fulgt opp.
4. Styret peker samtidig på at en fortsatt står overfor uløste oppgaver blant annet innen kvalitet og pasientsikkerhet og at det må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag. Det vises også til styrets innspill til

statsbudsjettet for 2012, jf. styresak 082-2010 og brev av 16.12.2010 til Helse- og omsorgsdepartementet.

5. Styret berømmer medarbeiderne for stor innsats og engasjement i en periode med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. Styret berømmer også brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2010.
6. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument basert på styrets kommentarer i møtet.

010-2011	STRATEGI FOR EIENDOMSVIRKSOMHETEN I HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Strategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst vedtas og gjøres gjeldende fra dags dato og innarbeides i styrende dokumenter.
2. Styrene i helseforetakene sikrer at helseforetakenes handlingsplaner for eiendomsvirksomheten er i tråd med overordnet strategi.

011-2011	MILJØ- OG KLIMATILTAK I SPESIALISTHELSETJENESTEN - SLUTTRAPPORT FRA NASJONALT SAMARBEIDSPROSJEKT
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til anbefalingene i sluttrapporten med tilhørende delrapporter og ber om at samarbeidsprosjektet blir videreført med mål om å etablere miljøledelse og sertifisering av miljøstyringssystem i helseforetakene innen utgangen av 2014.

012-2011	RAPPORT FRA REGIONALT TILSYN MED FORSVARLIGHET VED BEHANDLING AV HOFTEBRUDD OG VED HOFTEPROTESEKIRURGI I 2010
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen for den foreløpige behandlingen av rapportene fra regionalt tilsyn med hoftekirurgi i 2010 til etterretning.
2. Det er det enkelte helseforetak og dets styre som har ansvaret med å lukke avvikene som helsetilsynet har funnet, men styret ber administrerende direktør komme tilbake med en samlet redegjørelse om avvikshåndteringen ved berørte helseforetak.
3. Styret forventer i tillegg at foretaksgruppen og det enkelte foretak/sykehus aktivt bruker rapportene for læring, både i forhold til det konkrete tilsynsområdet og til generell bedring av pasientbehandling og -sikkerhet.

013-2011	BRUKERUTVALGET I HELSE SØR-ØST RHF – OPPNEVNING OG MANDAT
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar fremlagte mandat for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF med de presiseringer som ble gjort i møtet.
2. Styret slutter seg til de fremlagte kriterier og prosedyrer for utvalgets oppnevning og arbeid.

014-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

015-2011	KJENNELSE FRA EIDSIVATING LAGMANNSRETT I SAK OM MIDLERTIDIG FORFØYNING, HELSE SØR-ØST RHF – CURATO RØNTGEN AS
-----------------	--

Saken var unntatt offentlighet i hht offentleglova § 23

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar saken til orientering. Styreleder vil i samarbeid med administrerende direktør vurdere om den videre oppfølgingen av saken skal behandles i ekstraordinært styremøte.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggorientering ang kartlegging av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 11. februar 2011
3. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 17. februar 2011
4. Brev vedr. status for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune vedrørende samhandlingsarena Aker
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om status for etablering av en samhandlingsarena ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus
6. Svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet om status for etablering av en samhandlingsarena ved Aker sykehus

TEMASAKER

Følgende temasak ble presentert for styret:

- Styrets egnevaluering (eget styreseminar onsdag 16. mars kl 1600-1900)
- Mål og budsjett 2012. Økonomisk langtidsplan 2012-15. Presentasjon av opplegg, tema og prioriteringer v/administrerende direktør Bente Mikkelsen, konserndirektør Atle Brynestad og fagdirektør Folke Sundelin

Møtet hevet kl. 1325

Brumunddal, 17. mars 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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 31. mars 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Årsplan

SAK 32/2011: 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 24. mars 2011

Siri Hatlen

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 3 av 5

Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 26. mai Hovedfokus: Økonomi, drift/resultat og målbilde	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2011 og økonomisk langtidsplan • Ledelsens gjennomgang 1 tertial • Områdeplan for IKT tjenester – som ledd i utvikling og innføring av IKT tjenester i samsvar med langtidsplan IKT (ref. Oppdrag og bestilling) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon – klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ○ Presentasjon av Brukerrådet 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport • ADs orienteringer • Justert styrets årsplan • Strategi pasientsikkerhet og kvalitet
Torsdag 23. juni Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat	<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 • ADs orienteringer
29. september Hovedfokus: Omstilling og utvikling Styreseminar: Kl. 16-22	<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 <p>Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 4 av 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
Torsdag 24. november Hovedfokus: Omstilling og utvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 	Besøk av styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst?? Strategi for likeverdig helsetjeneste (inkludert bruk av tolketjenester) Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer
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"> ○ Økonomi- og aktivitetsrapportering ○ ADs orienteringer