

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Fra:	Styrets leder
Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Møtetid:	Klokken 8.00 – ca 16.00 Velferdsbygget, Gaustad sykehus, Sognsvannsveien, Oslo

Saksliste:

- 52/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 53/2010 Godkjenning av protokoll
- 54/2010 Rapportering og driftsoppfølging
- 55/2010 Status på etablering av rusakutt og avgiftingsenhet
- 56/2010 Tema – Orientering om samhandling med Oslo kommune og andre sykehus i Oslo
- 57/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF
- 58/2010 Status for integrasjon Dag 2
- 59/2010 Samlokalisering og arealtilpasning mot Dag 4
- 60/2010 Strategisk hovedplan for integrasjons- og omstillingsarbeidet mot Dag 4 (2012)
- 61/2010 Innspill til langtidsbudsjett i Helse Sør-Øst RHF
- 62/2010 Ny felles inntektsmodell for Hele Sør-Øst
- 63/2010 Leie av lokaler til Kreftregisteret
- 64/2010 Valg av medlem til Brukerutvalget
- 65/2010 Handlingsplan innkjøp og varelogistikk 2010 og etiske retningslinjer
- 66/2010 Riksrevisjonens undersøkelse om økonomistyring i helseforetakene
- 67/2010 Årsplan for styret 2010
- 68/2010 Styreprotokoller fra Helse Sør-Øst RHF
- 69/2010 Andre orienteringer

Steinar Marthinsen
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	19. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg:	Utkast til protokoll fra møtet 29. april 2010

SAK 53/2010 – GODKJENNING AV PROTOKOLL

Vedlagt er utkast til protokoll fra møte 29. april 2010.

Forslag til vedtak

Styret godkjenner protokollen fra møtet 29. april 2010.

Oslo den 19. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	29. april 2010
Dato møte:	29. april 2010 kl. 10:00-15:45 på Gaustad sykehus i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Steinar Marthinsen, Marianne Borgen, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Gro Balas, Ellen Christine Christiansen, Arnhild Hage, Bjørn Wølsted-Knudsen, Tor Ingebrigtsen, Vibeke Braastad Kristiansen, Rita von der Fehr, Christina Schøndorf, Barbro Hætta-Jacobsen, Guro Fjellanger

Tilstede fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Tove Strand, Christina Rolfheim Bye, Rolv Økland, Hulda Gunlaugsdottir, Cathrine Lofthus, Hans Nilsen Hauge, Kenneth Solstrand, Erik Carlsen, Jørgen Jansen m.fl.

Tilstede: Arne Ellingsberg (observatør), Nina Adolfsen (observatør), direktør konsernrevisjon Helse Sør-Øst Liv Todnem, publikum

Forfall:

Sak 42/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 43/2010 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 24. mars 2010 med anførte endringer, og protokoll fra møtet 9. april 2010.

Sak 44/2010 Rapportering og driftsoppfølging

Det økonomiske resultatene per mars 2010 er minus 82,8 millioner kroner som gir et negativt avvik på 77,6 millioner kroner fra periodens budsjett. Brev 28. april 2010 fra Helse Sør-Øst RHF om investeringsmidler 2010 ble delt ut i møte.

Det arbeides med å utvikle styringsinformasjonen i foretaket.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per mars til orientering.

Sak 45/2010 Tema – Presentasjon av Klinikk psykisk helse og avhengighet

Klinikkleder Øystein Mæland ga en presentasjon av Klinikk psykisk helse og avhengighet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering.

Sak 46/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF

Som del av Helse Sør-Østs styrevedtak 108-2008 skal et pasientgrunnlag tilsvarende ca 160 000 personer overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF. Ansvar for flere områdefunksjoner skal også overføres til Vestre Viken HF.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen til orientering og vedlagte fremdriftsplan og risikovurdering til etterretning.
2. Styret tar til etterretning at styret blir forelagt oppdatert fremdriftsplan og risikovurdering i hvert styremøte frem til overføring har funnet sted.
3. Styret forutsetter at prosessene som skal gå forut for og under overføringen til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken er forsvarlige og skaper den nødvendige trygghet for at pasienter og ansatte er i fokus.
4. Styret er av den oppfatning at det for ansatte som skifter arbeidsgiver i forbindelse med overføringen skal legges til grunn en modell for rettigheter og plikter for de ansatte som følger reglene for virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16.

Sak 47/2010 Status for integrasjon (Dag 2) – IKT og ekstern kvalitetssikring

Ved Dag 2 skal IKT systemene være lagt til rette for at Oslo universitetssykehus i organisering av pasientbehandlingen skal kunne fungere som et helhetlig og et integrert sykehus.

Presentasjonen fra ekstern kvalitetssikring ble gjennomgått i lukket møte, se under sak 51/2010.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 48/2010 Status omstillingsprosjekt og integrasjonsarbeid i Oslo universitetssykehus

Det arbeides med å etablere en hovedplan og å organisere arbeidet frem til 2012 – Dag 4. Planen skal også ivareta behovene for å fullføre en vellykket utvikling av Oslo universitetssykehus i tråd med målene for Hovedstadsprosessen jf. styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Enstemmig vedtak:

Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

Sak 49/2010 Ny felles inntektsmodell for Helse Sør-Øst

Pågående arbeid i Helse Sør-Øst RHF med ny inntektsmodell vil ha stor betydning for Oslo universitetssykehus HF framover. Primært vil det påvirke nivået på det helsetilbud som kan tilbys Oslos og regionens befolkning i fremtiden. Videre vil det ha betydning for omfanget av de omstillingsutfordringer Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor de nærmeste årene.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med inntektsmodell i Helse Sør- Øst RHF og budsjettrammer internt i Oslo universitetssykehus til orientering. Styret ber om å bli oppdatert om arbeidet i de kommende styremøtene.

Sak 50/2010 Protokoller fra Helse Sør-Øst RHF

Enstemmig vedtak:

Styret tar foreløpig protokoll fra styremøte 10. desember 2009, 4. februar 2010 og 4. mars 2010 i Helse Sør-Øst RHF til etterretning.

Sak 51/2010 Andre orienteringer

Møtet ble lukket under orientering om:

1. Hans Nilsen Hauge orienterte om status for IKT-leveranser og presentasjon fra ekstern kvalitetssikrer IKT ble gjennomgått og delt ut. (offl. § 23)
2. Det ble orientert om brev fra Fylkeslegen i Oslo. Brevet ble delt ut i møte. (offl. § 13 jf. fvl. § 13).
3. Det ble orientert om sak om mulig lovbrudd mot person. (offl. § 24)

I åpent møte ble det orientert om:

1. Personvern og registerpolitikk i Oslo universitetssykehus
2. Orientering om arbeid for å sikre utkvittering av prøvesvar
3. Status sak hos helsetilsynet AMK/Tøyen
4. Status for ablasjonsbehandling
5. Status samling av hjertekirurgi ved Oslo universitetssykehus
6. Beredskapsansvarlig i Oslo universitetssykehus
7. Ventetider for behandling av prostata kreft
8. Status for arealene på Dikemark
9. Møte med Oslo kommune
10. Ny innovasjon AS
11. Utleie til folk på rehabilitering
12. Arealer og psykiatri i Akershus universitetssykehus
13. Foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 21. april 2010
14. Brev 16. april 2010 fra Arbeiderparitet i Oslo. Brevet ble delt ut i møte.
15. Oppdrag om ekstern støtte til sykehusplanlegging vil bli tildelt med det første.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ba om å få seg forelagt foretakets svar på brevet fra Fylkeslegen i Oslo.


Steinar Marthinsen
Styreleder


Göran Stiernstedt
Nestleder


Marianne Borgen

Barbro Hætta-Jacobsen


Gro Balas

Guro Fjellanger


Arnhild Hage


Ellen Christine Christiansen


Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen


Tor Ingebrigtsen


Bjørn Wølstad-Knudsen


Christina Schøndorf


Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok: 20. mai 2010
Dato møte: 27. mai 2010
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Detaljert oversikt over resultater for sentrale styringsparametre innenfor pasientbehandling, økonomi og personell
Vedlegg 2 – Resultat, budsjett og avvik på ØBAK-linjenivå, inkl. sammenligning med 2009
Vedlegg 3 – Statusrapport per april 2010 for Forskningsbygget, Sykehotell og Foreldreovernatting
Vedlegg 4 – Brev fra Helse Sør-Øst RHF om investeringer
Vedlegg 5 – Svarbrev fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF

Sak 54/2010 – RAPPORTERING PER APRIL 2010

1. INNLEDNING

Rapportering per april 2010 omfatter rapportering av hovedtall innenfor pasientbehandling, økonomi/bemannings, investeringer og likviditet.

Rapporteringen tar utgangspunkt i periodiserte aktivitetsmål og periodisert budsjett i styrets vedtak 17. februar 2010 ved behandling av styresak 10/2010, og revidert etter avtale med Helse Sør-Øst RHF etter rapporteringen for februar.

Ledelsens gjennomgang (LGG) per 1. tertial legges frem for styret i juni. LGG er administrerende direktørs gjennomgang av den totale virksomheten etter 1. tertial med fokus på planer, status og forbedringstiltak i henhold til lovkrav og eierkrav, og inkluderer også en overordnet risikovurdering.

2. OPPSUMMERING AV RESULTAT PER APRIL 2010

Detaljert oversikt over resultater for sentrale styringsparametre innenfor pasientbehandling, økonomi og personell fremkommer i vedlegg 1.

Nedenfor gis en oppsummering av status for de ulike områdene på sykehusnivå.

Innenfor den somatiske pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) har det hittil i år vært noe lavere aktivitet enn planlagt. Antall DRG-poeng per april 2010 viste et negativt avvik på 2,6 pst. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var aktiviteten i de fire første månedene i år noe høyere enn planlagt for alle indikatorer. Innenfor voksenpsykiatrien var aktiviteten noe lavere enn planlagt og innenfor rusbehandling var døgnaktiviteten lavere enn planlagt i samme periode, mens poliklinisk aktivitet var høyere.

Ved sammenligning med 2009 er det for faktiske tall i utgangspunktet benyttet det som er rapportert til Helse Sør-Øst RHF. For somatikk er imidlertid sammenligningstall hentet fra LIS-OUS (internt ledelsesrapporteringssystem) fordi dette gir mest sammenlignbare tall. I disse tallene er det blant annet korrigert for at Spesialsykehuset for rehabilitering, som var en del av Oslo universitetssykehus HF i første halvår 2009, men ikke i 2010, er holdt utenom. Sammenlignet med 2009 er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 2 pst. Dette skyldes delvis effekt av nytt ISF-regelverk, men også at det er et større etterslep i registrering av aktivitet i 2010 enn i 2009 som følge av endring i pasientadministrative systemer. Både antall avsluttede døgnopphold og dagopphold viser en liten økning fra 2009, mens antall polikliniske konsultasjoner er omtrent på samme nivå.

Innenfor voksenpsykiatrien er døgnaktiviteten i 2010 lavere enn i 2009 mens den polikliniske aktiviteten er om lag som budsjettet. Innenfor rusområdet er det en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet fra 2009 til 2010. For barne- og ungdomspsykiatrien er det generelt høyere aktivitet i 2010 enn i 2009.

Rapportert økonomisk resultat viser et negativt akkumulert avvik i forhold til budsjett til og med april på 73,5 mill kroner. Isolert for april viser tallene et positivt avvik på 4 mill kroner. Resultatet for denne måneden er imidlertid i stor grad påvirket av engangsforhold. Akkumulert avvik fordeler seg med et negativt avvik for driftsinntekter på 25 mill kroner og for driftskostnader et negativt avvik på 43 mill kroner.

Antall årsverk hittil er 308 lavere enn budsjett, og det er en reduksjon på 659 årsverk sammenlignet med samme periode i 2009 (før korrigering for endringer i virksomheten). Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til sammenlikning med budsjetterte årsverk på grunn av endringer i definisjoner mv. Nedgangen i forhold til fjoråret må blant annet sees på bakgrunn av at Spesialsykehuset for rehabilitering ikke lenger er en del av Oslo universitetssykehus HF. I tillegg er deler av IKT-virksomheten overført til Sykehuspartner. Korrigert for disse endringene er det en reduksjon på 123 årsverk fra 2009 til 2010.

Sykefraværet hittil i år er 7,6 pst. Dette er 0,6 pst.-prosentpoeng lavere enn måltall, og 1,0 pst.-prosentpoeng lavere enn i samme periode 2009. Endringen fra i fjor skyldes imidlertid i hovedsak endring av nasjonale definisjoner, men også noe reduksjon i antall sykefraværsdager.

3. NÆRMERE OM PASIENTBEHANDLING OG AKTIVITETSDATA

3.1. Generelt

Foretaket har hittil i år hatt hovedfokus på å etablere intern styringsinformasjon. Dette er ukentlig tema i møter med klinikklederne og i faste månedlige oppfølgingsmøter.

Grunnlag for rapportering av pasientbehandling og aktivitetsdata skal primært være felles ledelsesinformasjonssystem for OUS (LIS-OUS). Det er imidlertid mange samtidige endringer fra 2009 til 2010 som gjør det vanskelig å tolke aktivitetstallene på klinikknivå. Aktuelle endringer er:

- Ny intern fordelingsmodell for DRG-poeng
- Endringer i finansiering og regelverk
- Nytt rapporteringsformat til Norsk pasientregister (NPR)
- Innføring av felles pasientadministrativt system (unntatt Aker/DIPS)
- Ny intern organisering fra 1.1.

I forbindelse med bytte av pasientadministrativt system ved Radiumhospitalet og oppgradering av PasDoc ved Ullevål har det vært tekniske utfordringer som har medført manglende tilgjengelighet til systemene i perioder. I tillegg har det vært tekniske problemer ifht uthenting av data fra aktuelle systemer. Det er laget en tiltaksplan for forbedring av intern styringsinformasjon som oppdateres ukentlig. For en del av indikatorene er data per 1. tertial hentet direkte fra de ulike pasientadministrative systemene.

3.2. Somatikk

Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	18 416	-617	-3,2 %	77 378	-2 101	-2,6 %	78 973	-1 595	-2,0 %
	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	12 151	2 547	26,5 %	45 392	5 326	13,3 %	44 672	720	1,6 %
	Liggedøgn	39 957	-4 218	-9,5 %	185 226	951	0,5 %			
	Dagopphold	5 164	-3 780	-42,3 %	23 107	-14 204	-38,1 %	22 809	298	1,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	67 998	2 149	3,3 %	280 466	3 263	1,2 %	281 190	-724	-0,3 %

Aktivitetsrapporteringen viser et negativt avvik for totalt antall DRG-poeng på 2.101 DRG-poeng, tilsvarende 2,6 pst. Dette inkluderer DRG-poeng for biologiske legemidler og Legevakten som budsjettert.

Tabellen ovenfor viser faktiske tall for 2010 sammenlignet med faktiske tall for 2009 (ut fra fjorårets regelverk). Antall avsluttede døgnopphold og antall dagopphold er noe høyere i 2010 enn i 2009, mens antall polikliniske konsultasjoner er omtrent på samme nivå. Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid må korrigeres for vridninger mellom omsorgsnivåene. For å vise den faktiske aktivitetsutviklingen er det nødvendig å sammenligne faktisk aktivitet i 2010 med faktiske tall for 2009 slik de ville sett ut med ISF-regelverk for 2010, da det er større endringer i regelverket (særlig for poliklinikk) og rapporteringsformat som kan påvirke fordelingen av aktivitet mellom omsorgsnivåene (dag/døgn/poliklinikk). På dette tidspunkt foreligger ikke grunnlag for slike analyser.

3.2.1. Søknad om sammenslåing av institusjonsnummer og utsettelse av frist for lukking av 1. tertial 2010

Som følge av arbeidet med innføring av felles pasientadministrativt system har foretaket gjennom Helse Sør-Øst RHF søkt Helsedirektoratet om sammenslåing av institusjonsnumre (rapporteringsenheter) og utsatt frist for lukking av 1. tertial. I søknaden ble det forutsatt at det gis økonomisk kompensasjon for bortfall av ISF-inntekter som følge av sammenslåingen.

Svar på søknaden ble mottatt 13. mai. Oppsummering av svaret:

Direktoratet har vurdert søknaden om sammenslåing av institusjonsnumre, økonomisk kompensasjon for konsekvensen av dette og søknaden om utsatt lukking. Direktoratet viser til at OUS har valgt å gjøre store tekniske omlegginger på samme tidspunkt, noe som vanskeliggjør beregning av konsekvensen av omleggingen. Direktoratet ber derfor om at det for rapporteringsenhetene Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet rapporteres på formatet NPR-record i tillegg til NPR-melding for 1. tertial 2010. Dette er en forutsetning for at konsekvensen av den tekniske omleggingen skal kunne beregnes på en mest mulig korrekt måte. Rapportering på formatet NPR-record gjør det også mulig å håndtere institusjonene som tre enheter i 1. tertial. Gitt at Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet rapporterer på NPR-record i 1. tertial 2010 kan konsekvenser både av sammenslåing til en enhet, samt overgangen til NPR-melding beregnes, slik overgang til rapportering på et institusjonsnummer og på NPRmeldingsformat kan gjøres kontrollert fra 2. tertial 2010. Søknaden om utsatt lukking avslås på nåværende tidspunkt. Hvorvidt direktoratet vil anbefale ovenfor Helse og omsorgsdepartementet å korrigere i endelig ISF-avregning 2010 for eventuelle mangler i 1. tertialdata vil imidlertid kunne vurderes på nytt på et senere tidspunkt når årsakene til eventuelle mangler og konsekvensen av dem er kartlagt.

Innføring av felles pasientadministrativt system og sammenslåing av institusjonsnumre er gjort med utgangspunkt i intensjonen om å effektivisere helhetlige pasientforløp innen helseforetaket, og for å unngå å måtte gjøre en teknisk oppdeling av et samlet pasientforløp. Innføring av felles pasientadministrativt system samtidig med endring av nasjonalt rapporteringsformat er i seg selv krevende. Uavhengig av når dette gjennomføres innebærer det en risiko for forsinkelser og feil i rapporteringsgrunnlaget. Ut fra tilbakemeldingen fra Helsedirektoratet arbeides det nå for fullt med nødvendig kvalitetssikring av aktivitetsdata for 1. tertial innenfor gjeldende frister. Dersom det likevel oppstår en situasjon hvor ledelsen vurderer at det er en risiko for økonomisk tap som følge av tekniske- eller systemmessige forhold, vil Oslo universitetssykehus HF umiddelbart ta opp saken på nytt med Helse Sør-Øst RHF.

3.3. Psykisk helsevern for voksne

Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Voksen psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	249	-5	-2,0 %	952	-83	-8,0 %	1 000	-48	-4,8 %
	Liggedøgn	9 878	-331	-3,2 %	39 203	-1 229	-3,0 %	41 489	-2 286	-5,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	8 404	212	2,6 %	36 770	-890	-2,4 %	36 907	-137	-0,4 %

Per april 2010 er det negative akkumulerte avvik for antall utskrevne pasienter, antall liggedøgn og antall polikliniske konsultasjoner.

Hittil i år har antall liggedøgn et negativt avvik på 3 pst. og sammenlignet med 2009 er reduksjonen om lag 8 pst. Reduksjonen er knyttet til reduksjon i døgnplasser fra 2009 til 2010, samt lavere belegg på noen avdelinger. Dette anses ikke som bekymringsfullt da avdelingene med lavt belegg ikke har ventelister på innleggelser. Avvik på antall utskrivninger henger sammen med avvik på antall liggedøgn. Parameteren er korrigert for et

for lavt rapportert antall utskrivinger fra Aker. Parameteren vurderes å være en dårlig indikator på aktivitet og er vanskelig å periodisere korrekt.

Antall polikliniske konsultasjoner er 2,4 pst. lavere enn plantall og sammenlignet med 2009 har aktiviteten omtrent på samme nivå. Det kan være noe usikkerhet til tallene og klinikken jobber med kvalitetssikring.

Samlet vurderes aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien å være innenfor klinikkens aktivitetsmål.

3.4. Psykisk helsevern for barn og unge

Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Barne- og ungdoms psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	8	-4	-33,3 %	52	11	26,8 %	39	13	33,3 %
	Liggedøgn	611	87	16,6 %	2 412	235	10,8 %	2 348	64	2,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	7 699	2 149	38,7 %	26 899	2 386	9,7 %	24 842	2 057	8,3 %

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten høyere enn budsjettert for alle indikatorer. Det er skrevet ut 11 flere pasienter enn planlagt hittil i år, og 13 flere enn i samme periode 2009. Antall døgnplasser er ikke endret slik at døgnavdelingene har større belegg i 2010 enn i 2009. Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 10 pst. høyere enn budsjettert og 8 pst. høyere enn i samme periode i 2009.

Samlet vurderes aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien å være innenfor foretakets aktivitetsmål.

3.5. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	267	-4	-1,5 %	884	-198	-18,3 %	918	-34	-3,7 %
	Liggedøgn	3 078	-671	-17,9 %	13 014	-1 980	-13,2 %	14 258	-1 244	-8,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	1 275	173	15,7 %	4 731	3	0,1 %	4 183	548	13,1 %

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det negative avvik for døgnvirksomheten, mens den polikliniske aktiviteten hittil i år er som budsjettert. Sammenlignet med samme periode i 2009 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn, mens antall polikliniske konsultasjoner er økt med 13 pst. Avviket for antall liggedøgn skyldes manglende oppmøte ved innleggelse og noe lavere antall henvisninger enn antatt.

Utover den aktiviteten som rapporteres til Helse Sør-Øst har Senter for rus og avhengighet en stor andel aktivitet (konsultasjoner) som er ikke-refusjonsberettiget. Denne aktiviteten har økt med om lag 60 pst. fra 2009. Inkludert i dette tallet ligger etableringen av Rusakutt - mottak.

3.6. Organisering og ledelse (kvalitetsindikatorer)

Organisasjon og ledelse		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Andel korridor pas.	Somatikk	1,8 %	1,8 %	1,8 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
	Psykisk helsevern	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	-0,1 %	-0,1 %
Epikriser sendt innen 7 dager	Somatikk	69,5 %	-10,5 %	-10,5 %	65,0 %	-15,0 %	-15,0 %	64,2 %	0,8 %	0,8 %
	Psykisk helsevern	78,7 %	-1,3 %	-1,3 %	77,3 %	-2,7 %	-2,7 %	60,0 %	17,3 %	17,3 %
	TSB	66,9 %	-13,1 %	-13,1 %	67,2 %	-12,8 %	-12,8 %	60,1 %	7,1 %	7,1 %
Liggedgr UK-pasienter	Somatikk	2,2 %			2,6 %			3,5 %	-0,9 %	-0,9 %
	Psykisk helsevern	2,8 %			4,1 %			3,5 %	0,6 %	0,6 %
Andel fristbrudd	Somatikk	11,6 %			12,3 %			11,2 %	1,1 %	1,1 %
	Psykisk helsevern	21,5 %			22,4 %			22,5 %	-0,1 %	-0,1 %
	TSB	2,6 %			5,8 %			10,0 %	-4,2 %	-4,2 %
Prevalens (1. tert.)	Prevalens av sykehusinfeksjoner	6,4 %			6,4 %			6,4 %	0,0 %	0,0 %
Strykninger (1. tert)	Strykninger av planlagte operasjoner	7,8 %	2,8 %	2,8 %	7,8 %	2,8 %	2,8 %	8,0 %	-0,2 %	-0,2 %

Som beskrevet tidligere i saken har foretaket hittil i år hatt fokus på etablering av styringsinformasjon med god kvalitet. Det er etablert en første fase av LIS-OUS (elektronisk ledelsesinformasjonssystem). Det arbeides med å fullføre planlagt leveranse og utvikle innholdet i løsningen ut fra behovene for styringsinformasjon i foretaket. Dette inkluderer også kvalitetsindikatorene. Felles LIS for OUS er basert på data fra NPR-melding, og ikke på data direkte fra pasientsystemene. Etter Dag 2 når PasDoc også er innført på Rikshospitalet, og innholdet i NPR-meldingen er godkjent (har ønsket kvalitet), er det lagt opp til å hente datagrunnlag for felles styringsinformasjon direkte fra pasientsystemene. Som følge av innføring og oppgradering av PasDoc ved forrige rapportering, er dette første rapportering av status for disse indikatorene i 2010. Dette gjør at det i hovedsak beskrives status i denne saken, og at det jobbes videre med tiltak internt.

3.6.1. Andel korridorpasienter

Innenfor somatikken er andel korridorpasienter hittil i år 1,5 pst. og innenfor psykisk helsevern er andelen på 0,6 pst. Både for somatikk og psykisk helsevern er andelen omtrent på samme nivå som i 2009. Oslo universitetssykehus har som mål å unngå korridorpasienter. Status på området ble gjennomgått i ledermøte 18. mai. Det arbeides med å finne fram til hvilke senger som kan brukes ved overkapasitet, herunder også å definere senger og rom og korridorer som absolutt ikke kan brukes. De mest risikofylte steder er kartlagt. Klinikken er bedt om å rapportere inn status for behandling på ledermøte 25. mai.

3.6.2. Andel epikriser sendt innen 7 dager

Det har vært manglende rapportering av epikrisetid som følge av manglende tilleggsleveranse etter oppgradering av elektronisk pasientjournal ved Ullevål og Rikshospitalet fra leverandør i september 2009. Dette er nå rettet, og det rapporteres nå epikrisetider for Oslo universitetssykehus HF samlet for første gang siden høsten 2009.

Nasjonalt målsetting er at andel epikriser sendt innen 7 dager skal være minst 80 pst. Per april 2010 er status for somatikken at 65 pst. av epikrisene er sendt innen 7 dager, dvs. et avvik på 15 pst. Andelen er omtrent på samme nivå som per april 2009. Innenfor psykisk helsevern er

andel epikriser sendt innen 7 dager på 77 pst. Sammenlignet med samme periode i 2009 er dette en økning på 17 pst. (fra 60 pst.). Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen i 2010 på 67 pst., noe som gir en forbedring på 7 pst. fra 2009 (fra 60 pst.).

3.6.3. Andel liggedager utskrivningklare pasienter

Innenfor somatikken en andelen liggedager for utskrivningsklare pasienter hittil i år på 2,6 pst. Andelen er noe redusert fra samme periode i 2009.

Innenfor psykisk helsevern er andel liggedager for utskrivningsklare pasienter 4 pst og omtrent på samme nivå som i 2009.

3.6.4. Andel fristbrudd

Det er en målsetting at andel fristbrudd skal reduseres. Innenfor somatikken er andel fristbrudd hittil i år 12,3 pst. og innenfor psykisk helsevern er andelen hittil i år 22 pst. For somatikken er dette en liten økning fra samme periode i 2009 mens det for psykisk helsevern er på nivå i 2010 som i 2009. Innenfor TSB er andelen fristbrudd redusert med om lag 4 pst.-poeng, fra 10 pst. i 2009 til 5,8 pst. i 2010.

3.6.5. Prevalens av sykehusinfeksjoner

Målsettingen er at andelen skal reduseres. For Oslo universitetssykehus HF var andel prevalens av sykehusinfeksjoner rapportert for 1. tertial 6,4 pst. og på samme nivå som i 1. tertial 2009.

3.6.6. Andel strykninger av planlagte operasjoner

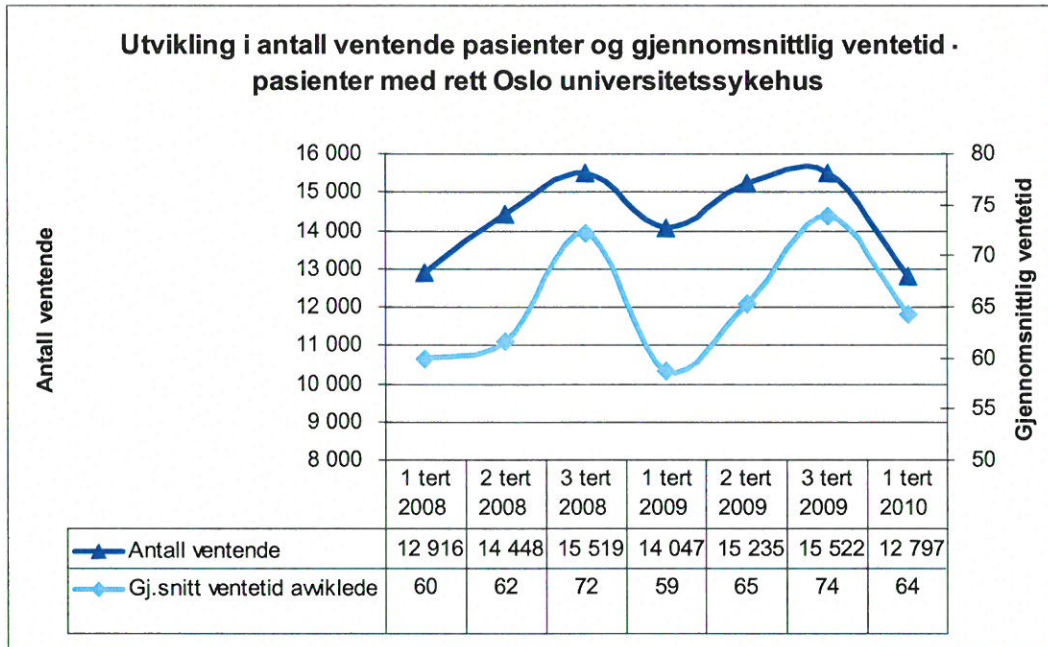
Målsettingen er at andel strykninger av planlagte operasjoner ikke skal overstige 5 pst. For 1. tertial er andelen strykninger på 7,8 pst., dvs. 2,8 pst.-poeng høyere en målet, men noe lavere enn i 2009. Oslo universitetssykehus har ikke et felles operasjonsplanleggingssystem, og første del av arbeidet med å redusere andel strykninger har vært å etablere et system for ukentlig måling og rapportering av strykninger. Systemet skal gi informasjon om hvor det er strykninger og hva som er årsaken til disse. Dette som grunnlag for iverksetting av tiltak for reduksjon og bedre utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten i sykehuset. Systemet er tatt i bruk. Inntil videre er det basert på manuell innsamling av data fra de ulike kilde-systemene. Status gjennomgås med klinikklederne hver uke.

3.6.7. Ventelistedata

I felles LIS-OUS skal det utvikles rapporter for ventelistedata på ny organisasjonsstruktur ut fra samme regelsett som Norsk pasientregister (NPR) benytter for presentasjon av offisielle ventelistedata. Interne tall skal normalt være mer oppdaterte enn NPR sine tall. Disse tallene foreligger imidlertid ikke, men det foreligger statistikk fra NPR også for Oslo universitetssykehus HF for antall ventende, gjennomsnittlig ventetid for ventende og

gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp. I figuren under er det for pasienter med rett til nedvending helsehjelp, vist utvikling i antall ventende pasienter og gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp (avviklede).

Antall ventende pasienter med rett til nødvendig helsehjelp for Oslo universitetssykehus totalt (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling) ser ut til å være noe lavere hittil i 2010 enn i 2009. Det kan se ut som om rapportert antall ventende for januar ikke er komplett. Dette undersøkes nærmere. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter (helsehjelp startet), er per 1. tertial 2010 om lag på samme nivå som per 2. tertial 2009, men høyere enn i 1. tertial 2009.



4. NÆRMERE OM ØKONOMISK RESULTAT OG RESSURSBRUK

Økonomi		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
	Resultat (i 1000)	-28 581	4 099	0,3 %	-111 416	-73 528	-1,2 %			
Økonomi	Realiserte budsjett tiltak	20 696	1 178	6,0 %	55 918	-19 495	-25,9 %			

Rapportert resultat viser et negativt akkumulert avvik i forhold til budsjett per april på 73,5 mill kroner. Isolert for perioden er det et positivt avvik på 4 mill kroner. Korrigert for engangsinntekter (blant annet engangsinntekter fra pandemien i 2009) og tekniske justeringer, er det imidlertid ingen reduksjon i det underliggende underskuddet denne måneden. Effekt av engangsinntekter og tekniske korrigeringer i april er på om lag 25 mill kroner. Korrigert for engangsforskjell er det akkumulerte avviket per april i underkant av 100 mill kroner.

Akkumulert avvik per april fordeler seg med et negativt avvik for driftsinntekter på 25 mill kroner og for driftskostnader et negativt avvik på 43 mill kroner.

Avviket på inntektssiden relaterer seg i hovedsak til lavere aktivitetsbaserte inntekter (ISF) enn budsjettet, jfr. det negative avviket for antall DRG-poeng på 2,6 pst. Sum ISF-relaterte inntekter viser et negativt akkumulert avvik på om lag 41 mill kroner.

På kostnadssiden er resultatavviket i all hovedsak relatert til lønn. Sum lønn viser et negativt avvik på 59 mill kroner. Inkludert innleie av helsepersonell er det et negativt avvik på 75 mill kroner. Avvik på lønn henger i stor grad sammen med manglende budsjetterte tiltak. Kjøp av helsetjenester og avskrivninger viser et positivt resultatavvik, mens det er negative avvik for varekostnader.

Tabellen under viser økonomiske hovedtall for resultat/budsjett/avvik per april 2010 og resultat 2009 sammenlignet med resultat 2010. Som vedlegg 1 en oversikt over resultat, budsjett og avvik på ØBAK-linjenivå (rapporteringsformat til Helse Sør-Øst RHF), inkl. sammenligning med 2009.

Oppsummert resultatoversikt 04-2010	Ars budsjett	Hittil i år				Hittil i fjor		
		Resultat	Budsjett	Avvik	I %	Resultat	Endring	I %
Basisramme	10 567,9	3 645,6	3 645,6	0,0	0,0 %	3 579,6	66,0	1,8 %
ISF-inntekter	5 350,8	1 787,6	1 831,3	-43,7	-2,4 %	1 600,1	187,5	11,7 %
Andre inntekter	1 920,4	661,6	643,3	18,3	2,8 %	742,6	-81,0	-10,9 %
Sum driftsinntekter	17 839,1	6 094,7	6 120,1	-25,4	-0,4 %	5 922,3	172,4	2,9 %
Varekostnader	2 533,7	848,9	850,3	1,4	0,2 %	819,7	29,2	3,6 %
Lønnskostnader	12 048,6	4 271,5	4 212,0	-59,5	-1,4 %	4 104,4	167,0	4,1 %
Andre driftskostnader	3 178,0	1 051,3	1 065,8	14,5	1,4 %	1 027,8	23,5	2,3 %
Sum driftskostnader	17 760,3	6 171,7	6 128,1	-43,6	-0,7 %	5 952,0	219,7	3,7 %
Driftsresultat	78,8	-77,0	-8,0	69,0	1,1 %	-29,7	-47,3	
Netto finans	78,8	34,4	29,9	-4,6	-15,3 %	26,9	7,5	27,9 %
RESULTAT	0,0	-111,4	-37,9	-73,5	-1,2 %	-56,6	-54,8	

I teksttabellen under beskrives avvik hittil i år og endring fra 2009:

Kontogruppe	Kommentar avvik hittil i år og endring fra 2009
Basisramme	Endringen fra 2009 skyldes endringer i tildelt basisramme fra 2009 til 2010, men også endringer i periodisering mellom årene. Basisramme inntektsføres hver måned som budsjett.
ISF-inntekter (inkl.)	Avvik skyldes lavere antall DRG-poeng enn budsjettet.

gjestepasientinntekter)	Sammenlignet med 2009 er det en økning i aktivitetsbaserte inntekter på 187 mill. kr., omlag 12 pst. Endringen henger sammen med at det i 2009 var lav aktivitet/etterslep i registrering de første månedene, generell prisjustering og omlegging av gjestepasientoppgjøret, jf omtale i styresak 10/2010.
Andre inntekter	<p>Andre inntekter viser en merinntekt ifht budsjett på 18,3 mill kroner. Dette er i hovedsak relatert til avvik for øremerkede inntekter. Nivå for øremerkede midler er noe høyere enn forutsatt i budsjettet.</p> <p>Sammenlignet med 2009 er det store endringer som blant annet skyldes måten økt tildeling av pensjonsmidler ble regnskapsført i 2009.</p>
Varekostnader (hele kontoklasse 4)	<p>Kontogruppen viser et mindreforbruk på 1,4 mill kroner.</p> <p>Sammenlignet med 2009 er det en økning i varekostnader på 29 mill kroner. Det er reduserte kostnader til kjøp av helsetjenester, mens det er økte kostnader knyttet til aktivitet og innleie.</p>
Lønn	<p>Sum lønn viser et negativt avvik på 59,5 mill kroner. Inkludert innleie av helsepersonell er det et negativt avvik på 74,9 mill kroner. Avvik på lønn henger i stor grad sammen med manglende budsjetterte tiltak, og realisering av budsjetterte tiltak. Noe av avviket henger også sammen med høyere øremerkede inntekter enn budsjettert.</p> <p>Sammenlignet med 2009 er det en økning i lønnskostnadene på 167 mill kroner, tilsvarende 4,1 pst. Dette inkluderer både pensjon og avsetninger for årets tariffoppgjør. Deler av denne økningen skyldes endringer i budsjettprinsipper og periodisering av kostnader. Samtidig må det tas hensyn til at lønnskostnadene i 2010 er lavere enn i 2009 som følge av endringer i virksomheten gjennom 2009 (SSR, Lønn og IKT til Sykehuspartner m.m.). For øvrig er det mange endringer innenfor lønnsområdet.</p>
Andre driftskostnader	<p>Det er store variasjonen i avvik for andre driftskostnader mellom klinikkene. Totalt sett er det et positivt avvik på 14,5 mill kroner. Avskrivningskostnader, som er lavere enn budsjettert på grunn av senere ferdigstilling av investeringer enn budsjettert, fører isolert sett til et positivt avvik på 9 mill kroner. De største negative avvikene relaterer seg til pasientreiser (-7 mill kroner) og energi (- 11 mill kroner). Avvik på andre driftskostnader henger også noe sammen med manglende budsjetterte tiltak, og realisering av budsjetterte tiltak.</p> <p>Sammenlignet med 2009 er det en økning i andre driftskostnader på 23 mill kroner. En vesentlig del av dette er relatert til at foretaket nå kjøper IKT- og lønntjenester fra Sykehuspartner. Dette gjenspeiles isolert sett i lavere lønnskostnader og i lavere avskrivningskostnader.</p>

Tabellen under viser resultatavvik per klinikk.

	Årsbudsjett	Budsjettet hittil	Akkumulert avvik fra budsjett			<input type="checkbox"/> ÅRS avvik resultat <input checked="" type="checkbox"/> ÅRS avvik resultat forrige
			Inntekt	Kostnad	Resultat	
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGH	2 034 895	701 793	9 365	-7 523	1 842	1 842 2 544
MED MEDISINSK KLINIKK	1 042 457	362 900	10 428	-20 949	-10 521	-10 521 -8 094
KKK KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 589 840	554 246	3 776	-10 715	-6 938	-6 938 -8 649
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 277 700	441 872	-2 205	1 105	-1 100	-1 100
KRK KLINIKK FOR KREFT OG KIRURGI	1 295 008	448 134	4 436	-12 481	-8 045	-8 045 -4 832
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	896 721	316 627	-437	-1 413	-1 850	-1 850 910
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG	787 296	264 653	-78	-8 721	-8 799	-8 799 -4 921
AKU AKUTTAKLINIKKEN	1 888 347	650 392	-2 201	-16 992	-19 193	-19 193 -13 242
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN	1 821 451	636 615	-11 364	-12 413	-23 777	-23 777 -21 661
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 773 777	636 866	2 282	-8 629	-6 347	-6 347 -14 167
KRG KREFTREGISTERET	116 289	39 505	-2 372	1 854	-518	-518 -361
STA STAB	1 088 227	368 318	-487	4 622	4 135	-1 420 4 135
FPO FELLESPOSTER	2 238 614	736 340	-32 301	40 872	8 571	-3 796 8 671
AS KONSERN	-11 553	-260	0	-965	-965	-965 230
RESULTAT	17 839 069	6 158 001	-21 160	-52 346	-73 506	-73 506 -77 628

Det er store forskjeller i avvik mellom klinikkene. Klinikken psykisk helse og avhengighet og Stab har positive avvik, mens øvrige klinikker har negative resultatavvik per april.

Negative avvik på klinikkene skyldes i stor grad at estimert tiltaksbehov ikke er lukket ved konkretisering av tiltak, men også i noen grad at planlagte tiltak ikke har gitt forventet effekt. Klinikresultatene må også sees på bakgrunn av at alle ISF-relaterte inntekter per april 2010 er bokført under Fellesposter, dvs utenom klinikkene, på grunn av IT-tekniske forhold. Det arbeides med å finne en god måte å fordele DRG-inntektene ned på klinikk. Når dette er gjort vil de klinikkvise (negative) resultatavvikene for somatiske klinikker øke med om lag 41 mill kroner, mens resultatavviket på fellesposter blir forbedret tilsvarende.

Det understrekes at det fortsatt er en del usikkerhet til de beregnede resultatavvikene. Dette relaterer seg i hovedsak til større endringer i kontoplan, helt ny intern organisering, reduserte tidsfrister og innføring av felles budsjett- og regnskapsprinsipper. Dette er nærmere beskrevet i styresak 044-2010 Rapportering per mars.

Vurdering av årsestimat – risiko for budsjettoverskridelse

Helse Sør-Øst RHF ba helseforetakene gi årsestimat i forbindelse med rapporteringen for april. Justert for forhold av engangskaraktér er det per april 2010 et negativt resultatavvik på om lag 100 mill kroner. Videreføring av dette vil på årsbasis gi et negativt resultatavvik på 300 mill kroner. Engangsinntekter som i noen grad er realisert allerede anslås å gi inntekter på om lag 50 mill kroner. Det er således rapportert en risiko for et negativt resultatavvik for 2010 på 250 mill kroner for Oslo universitetssykehus. Av dette anslås at om lag 150 mill kroner er relatert til omstillingskostnader (programkontor, IKT mv). Utenom disse kostnadene, som det ikke er gitt egne inntekter til, ville årsestimatet vært et underskudd på om lag 100 mill kroner.

5. NÆRMERE OM BEMANNINGSRAPPORTERING (HR)

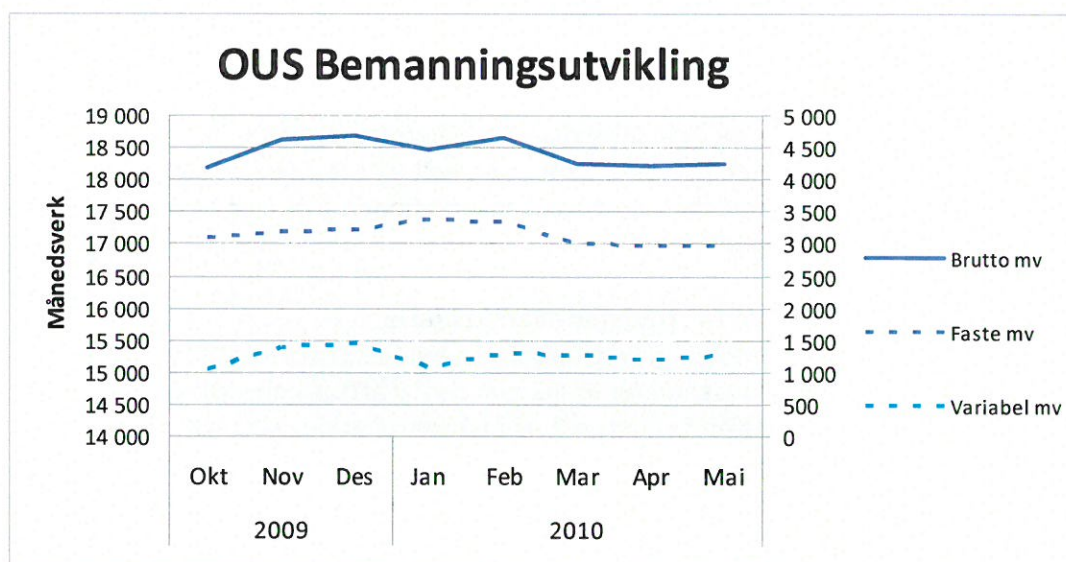
For Oslo universitetssykehus HF totalt er antall utbetalte månedsverk per april lavere enn både budsjett og samme periode i 2009. Sett i forhold til samme periode i 2009 er det en reell reduksjon på 123 årsverk, tilsvarende 0,7 pst. Sykefraværet hittil i 2010 er på 7,6 pst. for Oslo universitetssykehus HF totalt.

Bemanning		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Personell	Årsverk totalt (brutto)	18 210	-308	-1,7 %	18 400	-196	-1,1 %	18 523	-123	-0,7 %
	Sykefravær	7,5 %	-0,7 %	-8,5 %	7,6 %	-0,6 %	-7,3 %	8,6 %	-1,0 %	-1,0 %

5.1. Årsverk totalt

Rapportert antall årsverk for 2009 er korrigert for endringer i virksomheten gjennom 2009 (SSR, lønn og IKT til sykehuspartner). Korrigeringene utgjør 536 årsverk. For 2010 viser de faktiske bemanningstallene et avvik på 308 årsverk sett i forhold til plantall. Avvik ifht plantall må imidlertid tolkes med forsiktighet. Plantall for årsverk totalt er sannsynligvis satt noe lavt, da utgangspunktet for dette har vært netto årsverk, med korrigeringer for forventet fravær m.m. som påvirker indikatoren. Endring i forhold til samme periode i 2009 vurderes å gi mest korrekt informasjon om den samlede bemanningsutviklingen på sykehusnivå. Justert for endringer i virksomheten er det en reduksjon på 123 årsverk.

Grafen under viser utviklingen for brutto årsverk, samt faste og variable årsverk, for perioden oktober 2009 til mai 2010. For 2009 vises bemanningstall kun for siste kvartal 2009. Dette skyldes at oktober er første måned hvor alle sykehusene hadde felles lønnsystem.



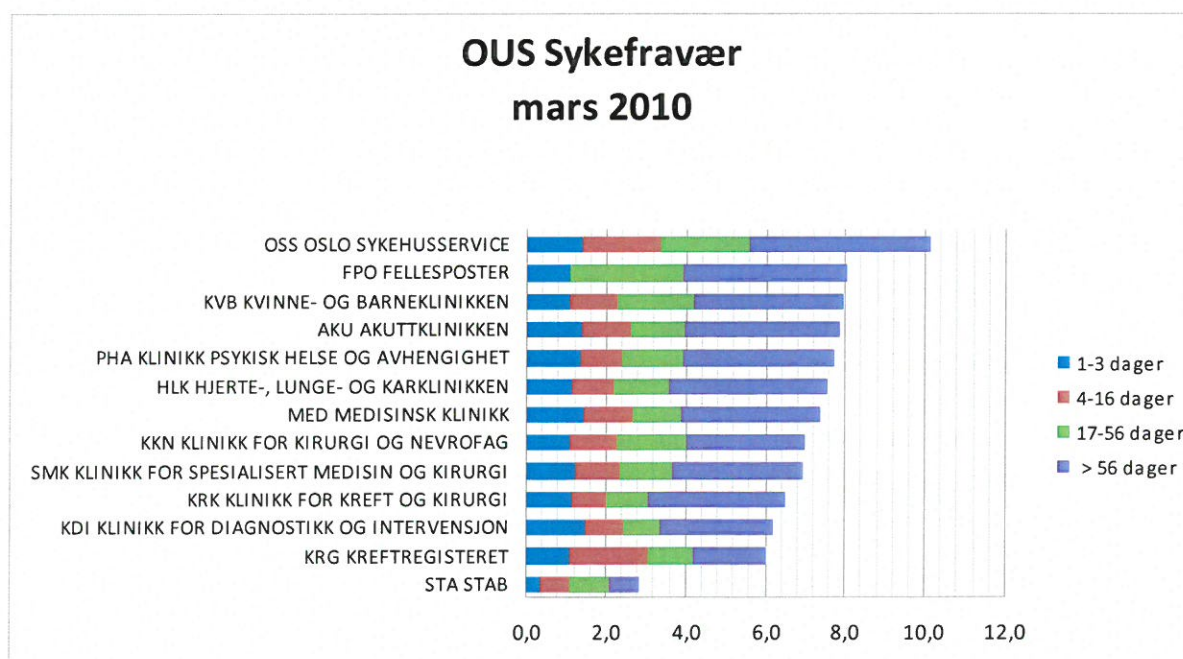
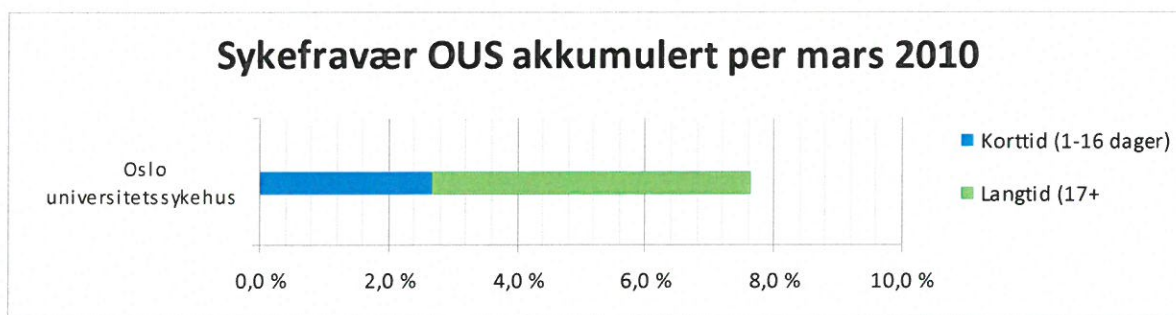
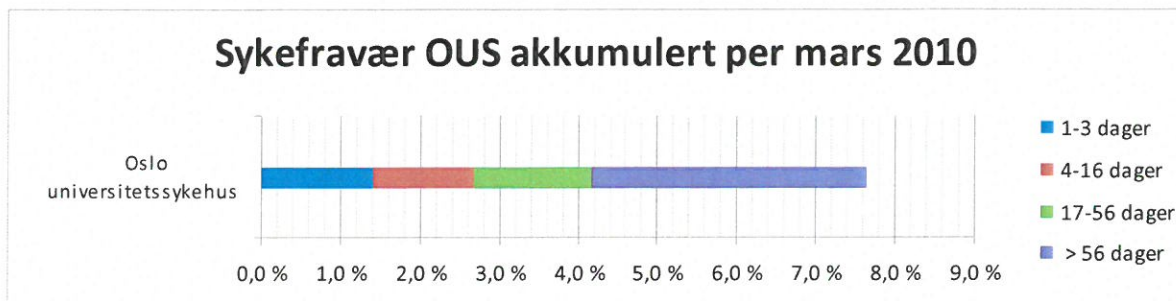
Perioden mars og april er på omtrent samme nivå som oktober 2009.

5.2. Sykefravær

Samlet sykefravær for Oslo universitetssykehus var per mars 2010 7,6 pst. Sett i forhold til samme periode i 2009 er dette en reduksjon på 1,0 prosentpoeng. Endring av nasjonale HR-definisjoner fra 1.1.2010 påvirker nivået for sykefravær gjennom at antall mulige dagsverk er utvidet, slik at med samme faktiske antall fraværdager vil fraværsprosenten reduseres. Nærmere gjennomgang viser at det er en større reduksjon i faktiske fraværsdager enn i totale årsverk. Endringer i virksomheten (Spesialsykehuset for Rehabilitering og virksomhetsoverdragelser til Sykehuspartner) og ulike tidspunkt for overgang til felles lønnsystem for Aker og Ullevål gjennom 2009, gjør det vanskelig å vurdere tallene. Sett i lys av at det er en reduksjon i antall faktiske fraværsdagsverk fra 1. kvartal 2009 til 1. kvartal

2010 på om lag 6 pst. tyder gjennomgangen av tilgjengelige data at det har vært en reduksjon i sykefraværet ved Oslo universitetssykehus HF det siste året.

Figuren under viser hvordan sykefraværet er fordelt på ulike fraværslengder, fordelt korttids- og langtidsfravær, for Oslo universitetssykehus HF totalt og per klinikk:



Som det fremkommer av figuren ovenfor er det relativt store variasjoner i fravær mellom klinikkene.

6. GJENNOMFØRING AV OMSTILLINGSTILTAK

Sett i forhold til budsjettert omstilling per april er det et negativt avvik per april 2010 på 19,5 mill kroner, tilsvarende 26 pst. Dette skyldes først og fremst forsinket iverksettelse av tiltak. Fordeling på klinikk fremkommer i tabellen under:

Klinikk		Total tiltakspakke akk.pr april Budsjett	Total tiltakspakke akk.pr april Prognose	Avvik	Total tiltakspakke med effekt 2010 Budsjett	Total tiltakspakke med effekt 2010 Prognose	Avvik
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	-	-	-	-	-	-
B	Medisinsk klinikk	10,6	8,3	-2,3	42,1	30,2	-11,8
C	Klinikk for hode, bev. rekonstr. og nevro	11,3	7,0	-4,3	42,4	38,0	-4,4
D	Kvinne- og barneklippen	6,0	5,9	-0,0	23,3	23,2	-0,0
E	Klinikk for kreft og kirurgi	5,1	5,2	0,1	18,1	18,3	0,2
F	Hjerte-, lunge- og karklinikken	16,3	4,6	-11,7	54,4	33,9	-20,6
G	Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	4,0	2,1	-1,8	15,0	12,1	-2,9
H	Akuttlinikken	11,5	5,2	-6,3	38,1	22,1	-16,0
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	0,5	0,5	-	38,5	38,5	-
J	Oslo sykehusservice	15,4	15,4	-	66,4	66,4	-
Stb	Stab	1,6	1,7	0,1	19,3	19,8	0,5
Totalt		82	56	-26	357	302	-55

Klinikkene har rapportert inn tiltak med utgangspunkt i at de skal styre mot økonomisk balanse i 2010. Tiltakene skal dekke det utfordringsbildet som klinikken har i form av utgangsfart fra 2009 og rammejusteringer for 2010. For 2010 har Oslo universitetssykehus i budsjett 2010 beregnet en samlet omstillingsutfordring på 536 mill kroner. For å løse omstillingsutfordringen er det så langt planlagt gjennomført tiltak på 357 mill kroner. Sykehuset jobber kontinuerlig med den resterende tiltaksutfordringen. Deler av dette er delt ut som rammekutt til sykehusets enheter.

Per april er det budsjettert med 82 mill kroner i tiltak. Av dette melder klinikkene at de har realisert 56 mill kroner.

Klinikkenes årsprognose på effekt av tiltak er på 302 mill kroner, noe som tilsvarer en oppnåelse på 85 pst. Dette er noe høyt i henhold til historisk tiltaksoppnåelse.

Klinikkene melder inn realisert tiltak hittil og oppdatert prognose på budsjetterte tiltak i forkant av månedlig rapportering til HSØ. Klinikkene blir fulgt opp på aktivitet, resultat, bemanning og tiltak gjennom månedlige oppfølgingsmøter. Her må de også redegjøre for klinikkens restutfordring, og prognose for året. Hvordan restutfordringen blir håndtert i klinikkene varierer, noen velger å fordele ut restutfordringen som styringskrav nedover i organisasjonen, andre jobber fortsatt med å komme opp med nye tiltak.

7. REGJERINGENS TILTAKSPAKKE OG ØVRIGE INVESTERINGER

Ved behandling av styresak 164-2009 Status regjeringens tiltakspakke ba styret om at det for fremtiden gis en månedlig status for Regjeringens tiltakspakke sammen med den ordinære månedsrapporteringen. Øvrige investeringsprosjekter vil rapporteres tertialvis. Se pkt. 7.2 om øvrige investeringer.

7.1. Regjeringens tiltakspakke

Gjennom regjeringens tiltakspakke er det finansiert 10 prosjekter innenfor en samlet ramme på 174,6 mill kroner (inkl. rusakutt Legevakten). Det første prosjektet startet i juni 2009 (Felles mottak Ullevål) og det siste forventes ferdigstilt senhøstes 2010 (Arytmi-lab på Rikshospitalet og Fasade/Tak bygg 08).

Sluttprognose for prosjektene 14,4 mill kroner høyere enn tildelt ramme. Dette skyldes at Arytmi-lab på Riksen har økt med 5.4 mill etter siste anbudsrunde, i tillegg har Rusakutt Aker fase 2 kommet inn som ny med kr. 5.0 mill samt tidligere avtalt omfordeling og legevakt som lå opprinnelig i oppstillingen. Endringene er forutsatt finansiert innenfor ordinært investeringsbudsjett 2010.

Nedenfor gis en kort kommentar til gjennomføringen av hvert enkelt prosjekt:

Felles mottak. Føde /Gyn. (Ullevål)

Arbeidene er godt i gang og i henhold til plan. Innredningsarbeidene i nybygget er godt i gang og prosjektet i god rute med fremdriftsplan. Fase 2 er beregnet ferdig siste halvdel av juni 2010, og innflytting er planlagt til 21.06.10. Deretter starter oppussing av fase 3 som forventes ferdig siste halvdel av august.

Forskningslab. Dyrestall (Ullevål)

Arbeidene er godt i gang, og er i rute i henhold til plan. Heismontasje er utført og det pågår utvendig kledning av sjakt med tegl. Innredning er kommet godt i gang og det samme gjelder tekniske anlegg. Prosjektet er planlagt ferdig i siste halvdel av august.

Fasade/tak. Kvinneklubben (Ullevål)

Anbud ble mottatt 07.04.2010, og det kom inn tre anbud. Disse er gjennomgått og det er avholdt avklaringsmøter. På grunn av for høye anbud i forhold til budsjett er prosjektet grundig gjennomgått for om mulig å redusere kostnader. Dette er nå utført og anbyderne er bedt om å gi pris på bare tak og fasade sør/øst. Frist for innlevering av revidert tilbud var satt til 12.05.10. I tillegg til redusert omfang er det også bedt om pris på alternativ fasadekledning og billigere vinduer. På grunn av dette er prosjektet blitt noe forsinket og oppstart er nå satt til juni 2010, mot mai tidligere. Fremdeles forventes prosjektet ferdig i løpet av oktober 2010.

Arytmi-Lab. (Rikshospitalet)

Avdeling D7: Arbeidene er ferdige og tatt i bruk 06.05.2010 som forutsatt.

Avdeling D4: Kontrakter er ferdig utarbeidet og sendt til signering. Arbeidene forventes ferdig sept/okt 2010. Prosjektet ligger etter planen dels på grunn av at leverandør av medisinsk-teknisk utstyr ikke er avklart. Dette medfører at endelig løsning ift. takkonstruksjon/takoppheng, tekniske føringer i tak, kjøleanlegg, strømforsyning og lignende ikke kan bestilles og produseres før leverandør av utstyr er bestemt. Mye av dette er spesielløsninger som har lang leveringstid og vil kunne forsinke prosjektet betydelig. Endelig sluttdato vil bli satt når dette er avklart. Pr dato er prosjektet 4 uker etter planen.

Nødstrømsaggregat (Radiumhospitalet)

Bygningsmessige arbeider pågår. På grunn av forsinket leveranse av aggregater er arbeidene forsinket. Ferdigdato er nå satt til 15.07.10 men det vurderes å utsette omkobling til over ferien på grunn av ferieavvikling i driftsavdelingen for å sikre et funksjonelt anlegg.

Operasjonsstuer (Aker)

Arbeidene er ferdig og overtatt. Sluttoppgjør pågår.

Rusakutt fase 1 og 2 (Aker)

Bygging var planlagt startet i januar 2010 og planlagt ferdig desember 2010. Budsjett er satt til 5 mill kroner for hver fase. Samlet budsjett på 10 mill kroner. Fremdrift rusakutt 1 er planlagt til oppstart jan 2010 og ferdig juni 2010. Bygging fase 1 er nå startet, ca. tre måneder senere enn planlagt, men forventes ferdig som planlagt. Fremdrift rusakutt 2 er planlagt til oppstart juni/juli 2010 og ferdig desember 2010. Gjennomføring av rusakutt fase 2 er avhengig av ferdigstillelse av rusakutt 1 på grunn av flytteprosess.

Midlertidig rusakutt (Aker)

Byggearbeidene er i hovedsak ferdigstilt. Overtakelse av bygningsmessige arbeider, maler, rør og elektro fant sted 15.12.2009. Sluttoppgjør pågår. Sluttprognose på 5,5 mill kroner mot budsjett på 6 mill kroner. Overskytende midler overføres til Rusakutt fase 1 og 2.

Rusakutt (Legevakten)

Prosjektet er fulgt opp av Oslo kommune i direkte dialog med Helse Sør-Øst. Prosjektet er ferdigstilt. Prosjektets budsjett var på 4,5 mill kroner.

7.2. Øvrige investeringer

Tilgjengelig likviditet for investeringer

Styret har i ulike møter fattet vedtak knyttet til gjennomføring av investeringer spesielt innenfor medisinsk teknisk utstyr, IKT og omstillingsprosjekter. I denne saken gis en oppdatering etter at Helse Sør-Øst i brev av 28.04.2010 (vedlegg 4) og påfølgende møte har klargjort noe nærmere premissene for investeringsregimet for 2010.

I brev av 28.04 redegjør Helse Sør-Øst RHF for hvilken likviditet som er tilgjengelig for investeringer ved Oslo universitetssykehus HF forutsatt drift i balanse (tall i mill. kroner):

Tilført regional likviditet	305	Frie midler
Likviditet fra budsjettert salg av eiendom	160	forutsatt drift
Ikke budsjettert, men planlagt salg av eiendom	ca. 100-150	i balanse
Total sum	ca. 565-615	

I tillegg kommer:

Andel av regionale IKT-investeringer (prosjekter spesifikt for Oslo universitetssykehus HF)	ca. 110	Disponert
Andel av regionale midler avsatt til gjennomføringen av sak 108-08 (hovedstadsprosessen)	0-150	HSØ skal komme tilbake med søknadsprosedyre.
Lånefinansiert tilbygg til pårørende overnatting Rikshospitalet	ca. 65	Disponert

Helse Sør-Øst har på bakgrunn av brev fra Oslo universitetssykehus HF vedrørende gavemidler til ablasjonsbehandling gitt tilbakemelding om at investeringsmidler tilsvarende

29 mill kroner og opprinnelige gavemidler på 17 mill kroner, totalt 46 mill kroner, vil komme i tillegg til ovenstående ramme.

Som presentert i rapportering av driften viser regnskapet et negativt avvik hittil i år og prognosen for 2010 vurderes på dette tidspunktet å bli -250 mill kroner hvorav 150 mill kroner er knyttet til omstilling/integrasjon i Oslo. Dette bidrar til å redusere handlingsrommet for investeringer.

Når det gjelder adgang til å disponere likviditet fra eiendomssalg til investeringer, vil Helse Sør-Øst vurdere dette basert på søknad fra Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har videre varslet at de vil følge opp investeringssituasjonen ved Oslo universitetssykehus HF løpende.

Slutføring av investeringsprosjekter vedtatt tidligere år og gjennomføring av vedtak om anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr i styresak 137/09 og IKT-prosjekter i styresak 138/09 vil føre til utbetalinger i inneværende år. Det anslås at disse investeringene vil belaste tilgjengelig likviditet med om lag 250 mill kroner.

Investeringsbeslutninger fattet i 2010

Styret har behandlet budsjetttrammer for investeringer for Oslo universitetssykehus HF og gitt administrerende direktør beslutningsfullmakter ved behandling av styresakene 167/2009 og 10/2010 .

Beslutningsprosessen mht investeringer i Oslo universitetssykehus HF er sentralisert til den administrative sykehusledelsen. Alle investeringer blir behandlet av en egen gjennomføringsgruppe der den sentrale ledelsen innen medisin/helsefag, Oslo sykehusservice og økonomi er representert.

Per 18. mai er følgende nye investeringsbeslutninger fattet:

Nr	Investering	Behov		Dato	Innvilget		Kilde	Saknr	OUS	LM	Kommentar
		tnok	Status		tnok	Finansiering					
68	Ablasjoner	46 000	Vedtatt	20.04.2010	46 000	Gave+HSØ tilleggsbevilgning	Avver	186/10			
57	Linac	5 000	Vedtatt	12.05.2010	5 000	Investeringsbudsjett 2010	2010	186/10			
71	RH-doc	272	Vedtatt	12.05.2010	272	Investeringsbudsjett 2010	2010	186/10			Andel av nr 71
53	Co2-apparat	1 200	Vedtatt	12.05.2010	1 200	Sammenbrudd	2010	186/10			Andel av nr 53
53	Rtg utstyr, Ullevål (lab 6)	2 500	Vedtatt	12.05.2010	2 500	Sammenbrudd	2010	186/10			Andel av nr 53
69	Ambulanser, 10 stk	14 000	Vedtatt, med forbehold om godkjenning fra HSØ.	12.05.2010	14 000	Investeringsbudsjett 2010	2010	186/10			
66	Nytt mottak føde/gyn - utstyr	5 000	Under behandling	12.05.2010		Investeringsbudsjett 2010	2010	186/10			
0	Biobank	4 500	Vedtatt	12.05.2010	4 500	Investeringsbudsjett 2010	2010	228/10			Ikke del av 186/10
SUM					73 472						

Som følge av at investeringer over 10 mill kroner (utenom bygg hvor grensen er 50 mill kroner) må godkjennes av Helse Sør-Øst RH vil anskaffelsen av ambulanser (10 ambulanser til 14 mill kroner samlet) forelegges Helse Sør-Øst før bestilling iverksettes.

Prioriteringsutvalget for MTU behandler erstatning av sammenbrutt utstyr. Så langt er det på dette grunnlaget vedtatt anskaffet utstyr tilsvarende 15,8 mill kroner.

Når det gjelder oppfølging av vedtak i sak 137/2009 der det ble gitt fullmakt til å iverksette effektivering av bestilling av sammenbrutt/nær sammenbrutt medisinsk teknisk utstyr, er det foreløpig igangsatt anskaffelse av utstyr tilsvarende 55 mill kroner.

For Oslo universitetssykehus HF er det totalt avsatt 163 mill kroner til IKT-investeringer for 2010, hvorav 142 mill relaterer seg til omstillingen, mens drøye 21 mill kroner er andre investeringer. I stor grad knytter de siste seg til avsluttende kontraktuelle forpliktelser og økninger i lisenser for systemer og tjenester som er innført tidligere, deriblant RIS/PACS og Elektronisk kurve. Av dette er 32 mill kroner forutsatt finansiert av regionale midler utenfor den investeringsrammen som er omtalt ovenfor. Utover de 163 millionene til IKT, er det avsatt 19 mill kroner til innføring av Nytt Nødnett. Hovedtyngden av investeringene i Nytt Nødnett knytter seg til endringer i bygg/eiendom, men prosjektledelsen ligger til IKT så midlene rapporteres i samme akse.

For hovedtyngden av IKT-prosjektene er økonomien så langt i tråd med budsjettene. Det er varslet en forsinkelse på prosjektet "Klinisk arbeidsflate", men det er for tidlig å si om dette har noen budsjettmessige konsekvenser. Det arbeides med å få konsekvensene kartlagt og avklart. Ettersom det for 2010 ble gjennomført en endring i policy i foretaksgruppen knyttet til overføring av investeringsmidler fra 2009 til 2010 har det vært enkelte tiltak som ikke har vært finansiert som forutsatt i 2010. I øyeblikket innebærer dette en underdekning på i underkant av 3 mill kroner, men det arbeides med tiltak for å få håndtert dette innenfor gjeldende rammer.

Status omstillingsprosjekter

Oslo universitetssykehus har fortsatt arbeidet med å planlegge prosjekter som underbygger omstillingsprosessen og vil så snart søknadsprosedyre foreligger fra Helse Sør-Øst, oversende søknader forløpende. På dette tidspunkt er det ikke foretatt noen bindende beslutninger.

7.3. Større byggeprosjekter

Statusrapport per april 2010 for Forskningsbygget, Sykehotell og Foreldreovernatting følger vedlagt (vedlegg 3). Som det fremkommer av statusrapporten ser det ut til at alle disse prosjektene gjennomføres innenfor eller under vedtatte økonomiske rammer.

8. FINANS

Oslo universitetssykehus HF har levert finansbudsjett til Helse Sør-Øst RHF bestående av investeringsbudsjett (herunder budsjett for investeringer som følge av Regjeringens tiltakspakke), balansebudsjett, likviditetsbudsjett og kontantstrømbudsjett. Finansbudsjettene er avledet av resultatbudsjettet og bygger blant annet på en forutsetning om driftsresultat i balanse. Finansbudsjettene ble nærmere omtalt i styresak 22/2010.

Periodiseringen i likviditetsbudsjettet er basert på erfaringer fra de tidligere foretakene. Det er imidlertid en viss usikkerhet knyttet til periodiseringen. For å tilfredsstille rapporteringskravene fra Helse Sør-Øst RHF og for å kunne ha en god likviditetsstyring i Oslo universitetssykehus HF er finansfunksjonen under oppbygging.

Tabellen nedenfor viser at årsprognosen er forverret med 142,7 mill kroner i forhold til årsbudsjettet. Dette forklares i hovedsak med at resultatprognosen viser et forventet årsresultat på minus 250 mill kroner, som er innarbeidet i årsprognosen nedenfor med en tilsvarende likviditetseffekt. Ut over dette er årsprognosen bedret med 107,3 mill kroner, som

primært gjelder innbetalinger for salg av eiendom. Bakgrunnen for dette er at salgssummene på dette tidspunktet ikke er godkjent av Helse Sør-Øst RHF til finansiering av investeringer.

Per april er likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF 345,2 mill kroner bedre enn likviditetsbudsjettet. Det er flere årsaker til dette. De viktigste forholdene er at Oslo universitetssykehus HF foreløpig ikke har mottatt premiefakturaer fra pensjonsleverandørene som forutsatt i likviditetsbudsjettet og store avvik på utbetalinger til drift og investeringer. Noe av forklaringen på lavere investeringsutbetalinger er at prosjektene igangsettes senere enn forutsatt. I tabellen nedenfor er årsakene til endring i årsprognose og avvikene nærmere kommentert.

Oppsummert likviditetsoversikt	Årsbudsjett og årsprognose			Hittil i år		
	Drift	Årsbudsjett	Årsprognose	Endring	Likviditetsregnskap	Budsjett
Driftsinnbetalinger fra Helse Sør-Øst RHF	12 543,4	12 525,5	-17,9	4 181,1	4 181,1	0,0
Gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter	2 406,4	2 378,6	-27,8	788,4	820,1	-31,8
Øremerkede tilskudd	845,1	878,1	33,0	346,2	386,2	-40,0
Andre inntekter	686,4	686,4	0,0	248,7	238,0	10,7
Sum driftsinnbetalinger	16 481,4	16 468,7	-12,7	5 564,4	5 625,5	-61,1
Brutto lønnsutbetalinger	-9 333,7	-9 513,0	-179,2	-2 960,5	-3 066,6	106,2
Pensjons- og reguleringspremie	-1 500,6	-1 500,6	0,0	-344,1	-616,6	272,4
Arbeidsgiveravgift	-1 523,5	-1 523,5	0,0	-479,3	-456,0	-23,3
Utbetalinger varekjøp og andre driftsutbetalinger	-4 791,3	-4 846,3	-55,0	-1 607,7	-1 743,6	135,9
Andre betalinger	238,9	262,1	23,3	-359,8	-186,5	-173,3
Sum driftsutbetalinger	-16 910,3	-17 121,3	-211,0	-5 751,4	-6 069,4	317,9
Tilbakeholdt likviditet fra drift	-429,0	-652,6	-223,7	-187,0	-443,8	256,8

Investeringer	Årsbudsjett	Årsprognose	Endring	Likviditetsregnskap	Budsjett	Avvik
Investeringsutbetalinger	-659,4	-715,7	-56,3	-140,0	-239,5	99,5
Salg av anleggsmidler (salgssum)	142,0	227,2	85,2	159,3	142,0	17,3
Utbetalinger investeringer	-517,4	-488,5	29,0	19,3	-97,5	116,8

Finansiering	Årsbudsjett	Årsprognose	Endring	Likviditetsregnskap	Budsjett	Avvik
Innbetalinger lån og tilskudd	489,7	541,7	52,0	145,3	173,8	-28,5

Endring i likviditet	-456,8	-599,5	-142,7	-22,4	-367,5	345,2
-----------------------------	---------------	---------------	---------------	--------------	---------------	--------------

I tabellen under kommenteres endring i årsprognose og avvik hittil i år:

Gruppe	Endring i årsprognose og avvik hittil i år
Driftsinnbetalinger fra Helse Sør-Øst RHF	Endringen i årsprognosen på 17,9 mill kroner er i samsvar med endret resultatprognose for 2010 og skyldes forventet lavere aktivitet.
Gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter	Årsprognosen er endret med 27,8 mill kroner, i samsvar med endret resultatprognose for 2010. Det negative avviket på 31,8 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år skyldes både lavere aktivitet og manglende fakturering. Faktureringssetterslepet skyldes manglende grunnlag for fakturering av faktisk aktivitet.
Øremerkede tilskudd	Årsprognosen er endret med 30 mill kroner, i samsvar med endret resultatprognose for 2010. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF fått en innbetaling på 3 mill kroner vedrørende Raskere tilbake som

	<p>ikke er budsjettert.</p> <p>Det er et negativt avvik mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år på 40 mill kroner. Årsaken til dette er ikke identifisert, men vi forutsetter at innbetalingene kommer i 2010.</p>
Andre inntekter	Det er et positivt avvik på 10,7 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år.
Brutto lønnsutbetalinger	<p>Årsprognosen er endret med 179,2 mill kroner, i samsvar med endret resultatprognose for 2010.</p> <p>Det er et positivt avvik på 106,2 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år. En forklaring kan være ulik periodisering mellom resultatbudsjettet og likviditetsbudsjettet. I sistnevnte er det forutsatt at tiltak for å komme i økonomisk balanse ikke har kontanteffekt tidlig i året, men at dette får større kontanteffekt senere.</p>
Pensjons- og reguleringspremie	Det er et positivt avvik på 272,4 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år. Dette skyldes at vi foreløpig ikke har mottatt ordinære premiefakturaer fra Kommunal Landspensjonskasse og Oslo Pensjonsforsikrering, samt faktura for reguleringspremie på 192 mill kroner fra Oslo Pensjonsforsikrering. Reguleringspremien fra Oslo Pensjonsforsikrering vil først bli sendt når Oslo Pensjonsforsikrering har mottatt faktureringsgrunnlag fra Oslo universitetssykehus HF. Forsinkelsen skyldes tekniske problemer med filoverføring, som ventes løst i juni.
Arbeidsgiveravgift	Det er et negativt avvik på 23,3 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år. Avviket forklares delvis med større utbetaling for 6. termin 2009 enn forutsatt.
Utbetalinger varekjøp og andre driftsutbetalinger	<p>Årsprognosen er endret med 55 mill kroner, i samsvar med endret resultatprognose for 2010.</p> <p>Det er et positivt avvik på 135,9 mill kroner mellom likviditetsbudsjett og likviditetsregnskap hittil i år. Avviket forklares i hovedsak med at det i første tertial er kostnadsført ca. 74 mill kroner for drift og avskrivninger vedrørende IKT fra Sykehuspartner. Fakturaene forfaller medio mai, men i likviditetsbudsjettet er dette periodisert månedlig.</p>
Andre betalinger	<p>Årsprognosen er endret med 23,3 mill kroner som gjelder en innbetaling vedrørende Raskere tilbake, som ikke er budsjettert.</p> <p>Det negative avviket mellom budsjett og likviditetsregnskapet hittil i år på 173,3 mill kroner skyldes i hovedsak at det i budsjettet er forutsatt forskudd fra Helse Sør-Øst RHF på 200 mill kroner. På grunn av likviditetsutviklingen var det imidlertid ikke behov for forskudd per april.</p>
Investeringer	Årsprognosen er bedret med 29 mill kroner. Endringen forklares i hovedsak ved investeringsutbetalinger på 46 mill kroner i medisinsk teknisk utstyr vedrørende ablasjonsbehandling og økte innbetalinger

	<p>vedrørende salg av eiendom på 85 mill kroner.</p> <p>Det positive avviket på 116,8 mill kroner mellom budsjett og likviditetsregnskapet hittil i år skyldes at investeringsprosjekter generelt ligger etter det som er forutsatt i budsjettet og innbetaling for salg av eiendom.</p>
Finansiering	<p>Årsprognosen er bedret med 52 mill kroner. Endringen forklares i hovedsak ved finansiering av ablasjonsbehandlingen på 46 mill kroner og et tilskudd fra leietaker av sykehotellet på 6 mill kroner til investeringer.</p> <p>Det negative avviket mellom budsjett og likviditetsregnskapet hittil i år på 28,5 mill kroner skyldes i hovedsak lavere innbetalinger knyttet til Regjeringens tiltakspakke på 30,1 mill kroner og tilskuddet på 6 mill kroner fra leietaker av sykehotellet. Avviket knyttet til Regjeringens tiltakspakke må ses i sammenheng med at investeringsutbetalingene er lavere enn forventet.</p>

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Vedlegg 1 - Detaljert oversikt over resultater for sentrale styringsparametre innenfor pasientbehandling, økonomi og personell

Oslo universitetssykehus HF										
Rapportering april 2010										
Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - april 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	18 416	-617	-3,2 %	77 378	-2 101	-2,6 %	78 973	-1 595	-2,0 %
	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	12 151	2 547	26,5 %	45 392	5 326	13,3 %	44 672	720	1,6 %
	Liggedøgn	39 957	-4 218	-9,5 %	185 226	951	0,5 %			
	Dagopphold	5 164	-3 780	-42,3 %	23 107	-14 204	-38,1 %	22 809	298	1,3 %
Voksen psykiatri	Polikliniske konsultasjoner	67 998	2 149	3,3 %	280 466	3 263	1,2 %	281 190	-724	-0,3 %
	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	249	-5	-2,0 %	952	-83	-8,0 %	1 000	-48	-4,8 %
	Liggedøgn	9 878	-331	-3,2 %	39 203	-1 229	-3,0 %	41 489	-2 286	-5,5 %
Barne- og ungdoms psykiatri	Polikliniske konsultasjoner	8 404	212	2,6 %	36 770	-890	-2,4 %	36 907	-137	-0,4 %
	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	8	-4	-33,3 %	52	11	26,8 %	39	13	33,3 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Liggedøgn	611	87	16,6 %	2 412	235	10,8 %	2 348	64	2,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	7 699	2 149	38,7 %	26 899	2 386	9,7 %	24 842	2 057	8,3 %
Organisasjon og ledelse	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	267	-4	-1,5 %	884	-198	-18,3 %	918	-34	-3,7 %
	Liggedøgn	3 078	-671	-17,9 %	13 014	-1 980	-13,2 %	14 258	-1 244	-8,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	1 275	173	15,7 %	4 731	3	0,1 %	4 183	548	13,1 %
Andel korridor pas.	Somatikk	1,8 %	1,8 %	1,8 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %
	Psykisk helsevern	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	-0,1 %	-0,1 %
Epikriser sendt innen 7 dager	Somatikk	69,5 %	-10,5 %	-10,5 %	65,0 %	-15,0 %	-15,0 %	64,2 %	0,8 %	0,8 %
	Psykisk helsevern	78,7 %	-1,3 %	-1,3 %	77,3 %	-2,7 %	-2,7 %	60,0 %	17,3 %	17,3 %
Liggedøgn UK-pasienter	TSB	66,9 %	-13,1 %	-13,1 %	67,2 %	-12,8 %	-12,8 %	60,1 %	7,1 %	7,1 %
	Somatikk	2,2 %			2,6 %			3,5 %	-0,9 %	-0,9 %
Andel fristbrudd	Psykisk helsevern	2,8 %			4,1 %			3,5 %	0,6 %	0,6 %
	Somatikk	11,6 %			12,3 %			11,2 %	1,1 %	1,1 %
Prevalens (1. tert.)	Psykisk helsevern	21,5 %			22,4 %			22,5 %	-0,1 %	-0,1 %
	TSB	2,6 %			5,8 %			10,0 %	-4,2 %	-4,2 %
Strykninger (1. tert.)	Prevalens av sykehusinfeksjoner	6,4 %			6,4 %			6,4 %	0,0 %	0,0 %
	Strykninger av planlagte operasjoner	7,8 %	2,8 %	2,8 %	7,8 %	2,8 %	2,8 %	8,0 %	-0,2 %	-0,2 %
Økonomi og personell										
Økonomi	Resultat (i 1000)	-28 581	4 099	0,3 %	-111 416	-73 528	-1,2 %			
	Realiserte budsjett tiltak	20 696	1 178	6,0 %	55 918	-19 495	-25,9 %			
Personell	Årsverk totalt (brutto)	18 210	-308	-1,7 %	18 400	-196	-1,1 %	18 523	-123	-0,7 %
	Sykefravær	7,5 %	-0,7 %	-8,5 %	7,6 %	-0,6 %	-7,3 %	8,6 %	-1,0 %	-1,0 %

Vedlegg 2 - Resultat, budsjett og avvik på ØBAK-linjenivå, inkl. sammenligning med 2009

Linje	Ars budsjett	Hittil 2010			Hittil 2009	
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Endring 09 - 10
Basisramme	10 567 893	3 645 574	3 645 574	0	3 579 595	65 979
ISF egne pasienter	2 736 972	851 355	935 259	(83 903)	999 009	(147 654)
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	383 231	197 183	131 249	65 935	-	197 183
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR	41 532	14 199	14 194	5	-	14 199
Gjestepasienter	465 343	133 483	164 175	(30 693)	146 120	(12 637)
Konserninterne gjestepasientinntekter	1 723 674	591 340	586 403	4 937	454 946	136 394
Polikliniske inntekter	367 336	123 303	125 343	(2 040)	119 972	3 331
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	14 157	5 249	4 720	529	17 872	(12 623)
Andre øremerkede tilskudd	868 797	305 158	287 277	17 881	193 002	112 156
Andre driftsinntekter	670 134	227 870	225 919	1 952	411 761	(183 891)
Sum driftsinntekter	17 839 069	6 094 715	6 120 113	(25 398)	5 922 277	172 438
Kjøp av offentlige helsetjenester	60 288	20 257	20 293	(36)	17 305	2 952
Kjøp av private helsetjenester	131 934	34 567	40 785	(6 218)	56 998	(22 431)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppe	2 212 076	751 394	747 160	4 233	733 096	18 298
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	75 818	39 762	24 304	15 458	12 445	27 317
Konserninterne gjestepasientkostnader	53 608	2 946	17 800	(14 854)	(99)	3 045
Lønn til fast ansatte	8 389 162	3 033 928	2 970 265	63 663	2 804 406	229 522
Overtid og ekstrahjelp	782 074	262 017	257 373	4 644	357 927	(95 910)
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 964 241	656 711	656 711	(0)	626 789	29 922
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	(556 265)	(186 266)	(185 795)	(471)	(180 432)	(5 834)
Annen lønn	1 469 340	505 063	513 449	(8 385)	495 739	9 324
Avskrivninger	920 392	297 527	306 796	(9 269)	360 624	(63 097)
Nedskrivninger	-	0	-	0	40	(40)
Andre driftskostnader	2 257 621	753 796	759 010	(5 214)	667 151	86 645
Sum driftskostnader	17 760 289	6 171 701	6 128 149	43 552	5 951 989	219 712
Driftsresultat	78 780	(76 987)	(8 037)	(68 950)	(29 712)	(47 275)
Finansinntekter	26 581	(2 283)	5 269	(7 552)	11 335	(13 618)
Finanskostnader	105 361	32 146	35 120	(2 975)	38 261	(6 115)
Finansresultat	78 780	34 429	29 851	4 578	26 926	7 503
Ordinært resultat	-	111 416	37 888	73 528	56 638	54 778

Forskningsbygget Sykehotellet Foreldreovernatting

Statusrapport April 2010

Sammendrag





Innholdsfortegnelse

1	SAMMENDRAG – FORSKNINGSBYGGET	4
1.1	FREMDRIFT	4
1.2	ENTREPRISENE	5
1.3	ØKONOMI	5
1.4	KVALITETSKONTROLL OG HMS	7
1.5	HØVEDAKTIVITETER	7
2	SAMMENDRAG - SYKEHOTELL	8
2.1	FRAMDRIFT	8
2.2	ØKONOMI	8
2.3	AVVIK	9
2.4	KVALITETSKONTROLL OG HMS	9
2.5	HØVEDAKTIVITETER	9
2.6	PREMISSENDRINGER	9
3	SAMMENDRAG – FORELDREOVERNATTING	10
3.1	FREMDRIFT	10
3.2	ØKONOMI	10
3.3	AVVIK	10
3.4	KVALITETSKONTROLL	10
3.5	HMS	11
3.6	SAMARBEIDSFORHOLD MED EKSISTERENDE SYKEHUSDRIFT OG ANDRE AKTØRER	11
3.7	SPESIELLE FOKUSOMRÅDER	11
3.8	PREMISSENDRINGER	11

1 Sammendrag – Forskningsbygget

1.1 Fremdrift

Avdeling for Celleterapi

Avdelingen er i ordinær drift. Det gjenstår overflytting av de siste kryo-oppbevaringstanker. Tidspunktet er planlagt til 03.05.2010. Det arbeides fortsatt med å avklare kvalitet (partikkelinnhold) i det flytende nitrogen som leverandøren YaraPraxair, leverer. Det gjenstår noe på å ferdigstille de siste avsluttende rapporter om hele planleggings- og byggeprosessen.

Senter for Komparativ medisin - Radiumhospitalet (SKM - Rad)

Innregulering av ventilasjon og befuktning har vært utfordrende og er fortsatt ikke helt ferdig. Leverandøren vil foreta en omfattende utskifting av deler i og rengjøring av befukterne. Arbeidet planlegges ferdigstilt ultimo mai. Deretter vil nødvendige vedlikeholdstiltak for å opprettholde nødvendig kvalitet bli drøftet og bestemt. Avklaring av befukterproblematikk, samt lukking av de siste punkter i restanselister er avgjørende for når ytterligere dyr kan tas inn i avdelingen.

Laboratorieområdene 2. - 6. etasje øst- og vestfløy

Innflyttingen i laboratoriefløyene var fullført 20.08.2009.

Programmering

Intet å rapportere

Utstyr

111 av 113 leveranser er overtatt.

Prosjektering

Tilpasninger av SD anlegget pågår fortsatt, etter hvert som anlegget tas i bruk mer og mer ved tilsyn og drift av tekniske anlegg. Tilpasninger i SD anlegg vil ofte bli en løpende aktivitet ift. driftsorganisasjon. Det må avtales en overgang mellom BP og EIE mht. ytterligere tilpasning.

Fullføring og oppdatering av FDVU dokumentasjonen i entreprise F345 pågår fortsatt, spesielt oppdatering av tegninger til ”som bygget”.

Kontrahering av utstyr

Intet spesielt å rapportere, annet enn at det foretas diverse suppleringer.

Tekniske systemer.

Byggherren har nå overtatt 23 av 23 entrepriser. Det ble gjennomført delovertakelse av entreprise F345 den 25.03. Følgende kontraktsarbeider ble da overtatt:

- Tekniske anlegg i SKM med tilhørende forsynings-, styrings-, regulerings- og overvåkningssystemer som sikrer funksjonalitet i SKM.
- Varmeanlegget omfattende hele bygget.
- Kjøleanlegget omfattende hele bygget.

- Automatikkfordelinger for de anleggene som ikke var omfattet av delovertakelsen den 28.01.2010, samt programvare og skjermbilder.

Ovennevnte anlegg var unntatt ved delovertakelsen den 28.01. Den gang ble følgende anlegg overtatt:

- Tekniske anlegg i arealer fra og med etasje U2, U1 til og med etasje 06, samt tekniske anlegg på taket.
- Automatikkfordelinger for de anleggene som ble overtatt.

Det som nå gjenstår å overta under entreprise F345 er:

- Befukterenhetene i SKM
- FDVU

Frist for utbedring av avvik, feil og mangler ble satt til 01.05.2010. Det gjelder ikke forhold som er avhengig av gitte klimatiske betingelser for å kunne ferdigstilles, testes og kontrolleres.

1.2 Entrepisene

Entreprise F345: *Totalentreprise teknikk VVS og elektro* har i mars hatt en bemanning på ca. 8 personer. Som for i forrige måned har aktivitetene i hovedsak bestått av:

- Tilpasninger i SD-anlegget
- Befuktningsanlegg i Senter for komparativ medisin.
- ”Inntuning” av klimaanleggene for å oppnå stabilitet over tid.
- Lukking av punkter i OMS
- Oppdatering av FDVU dokumentasjon
- Dokumentere stabilitet i anleggene

Entreprise F750: *Utomhusarbeider - parallellvei*. Entreprisen er overtatt og arbeidet med sluttoppgjøret pågår.

1.3 Økonomi

Gjeldende kostnadsramme er 1 280,92 mill. kr. (prisenivå januar 2010). Jf. Sak 05-2010 til Styringsgruppen.

Forventet sluttkostnad pr. mars er 1 280,4 mill. kr, uendret siden forrige rapportering. Differansen mellom prisregulert ramme på 1 280,9 mill. kr. og P50 gir en usikkerhetsavsetning på 0,5 mill. kr. Innenfor P50 inngår for øvrig en uspesifisert post på 0,36 mill. kr.

Det er pt. fakturert for 1 251,1 mill. kr.

Økonomisk status pr. utgangen av mars er som følger:

Forskningsbygget m/P-veien	Budsjett ¹⁾	Forventet ²⁾	Avvik	Fakturert
A1. Tett hus m/P-anlegg	132 921 887	132 921 887	0	132 921 886
A2. BYGG	203 388 831	203 411 676	-22 845	203 712 191
B. UTOMHUS m/PARALLELLVEI	74 850 000	74 053 563	796 437	73 522 720
C. Teknikk og IKT	249 064 564	248 291 306	773 258	244 468 506
D. Spesialområder	65 123 526	64 417 410	706 116	64 333 842
E. Brukerutstyr	81 100 000	81 100 000	0	66 095 800
F. Rådgivning	48 593 000	48 836 270	-243 270	48 006 270
G. Ufordelt	174 248 526	174 863 643	-615 117	172 435 637
H. Merverdiavgift	250 694 914	252 162 257	-1 467 343	245 696 722
I. Forventede tillegg	434 752	361 988	72 764	
Styringsmål - P50	1 280 420 000	1 280 420 000	0	1 251 193 574
Usikkerhetsavsetning	500 000	500 000	0	
Kostnadsramme / P85	1 280 920 000	1 280 920 000	0	

1)

Prisdato januar 2010, 2) Forventet = sluttprognose, 3) Ufordelt = Hovedgruppe 8 Generelle kostnader minus "Rådgivning"

For å ha tilstrekkelig sikkerhet for ikke å overskride kostnadsrammen på 1 280,9 mill. kroner, er det valgt å la et *udisponert* beløp på 5,1 mill. kr. innenfor *brakerutstyr* stå på "hold" inntil det foreligger tilstrekkelig avklaring mht. gjenstående sluttoppgjør og noen utestående saker.

Det gjenstår mao. å foreta noe utstysinnkjøp. Videre vil det fortsatt ta noe tid å konkludere et par gjenstående sluttoppgjør og noen utestående saker. Ref. pkt. 1) til 6) nedenfor.

Andre forhold og gjenværende usikkerhet:

1. Det er knyttet noe usikkerhet til behandlingen av et par gjenstående sluttoppgjør.
2. I forhold til oppdatert budsjett på 81,1 mill. kr. for *brakerutstyr* er det forpliktet 67,6 mill. kr. Uforpliktet beløp på 13,5 mill. kr. (eks. mva.) består av en avsetning for kjøp av en MR-maskin til 8,5 mill. kr. (eks. mva), samt gjenstående planlagte, men udisponerte midler pr. mars på drøyt 5 mill. kr.
3. Det foreligger avklaring fra Skatteetaten om at prosjektet vil bli refundert mva. for Parallellveien. Et foreløpig estimat viser at vi vil få refundert ca 2,5 mill. kr. Avklaringen i saken trekker ut i tid. Det er ikke tatt til inntekt en evt. refusjon i rapporteringen.
4. Føyen Advokatfirma har på sykehusets vegne oversendt krav til Prosjekteringsgruppen knyttet til sjaktsaken. Det fremmes to krav (dvs. to skadetilfeller) på til sammen 10,7 mill. kr (eks. mva.). Dersom det *ikke* foreligger grov uaktsomhet er taket *pr. skadetilfelle* 3,0 mill. kr. (inkl. mva). I kostnadsstatus pr. mars har vi ikke tatt til inntekt at det kan komme til erstatningsutbetaling. Det kan ennå ta lang tid før det vil foreligge en avklaring mht. størrelsen på en eventuell erstatning.
5. Sluttoppgjøret under entreprise F750: *Utomhusarbeider med parallellveien* har vært krevende. Partene har i perioden kommet til enighet, med unntak av et mindre beløp på ca kr. 300.000,-.
6. Byggeprosjektet mottok 26.10.2009 et faktureringsgrunnlag fra Eiendomsavdelingen knyttet til energiforbruk (inkl. vannforbruk) for perioden 01.06.2008 til 01.07.2009.

Beløpet er på 2,35 mill. kr. (inkl. mva) og kommer utenom energikostnader som er budsjettert og fakturert prosjektet med ca 6,8 mill. kroner. Posten er ikke budsjettert og må gjennomgås nærmere. Det har i kostnadsoppfølgingen blitt lagt til grunn at det som løpende har blitt fakturert og kostnadsført har dekket det totale energiforbruket.

1.4 Kvalitetskontroll og HMS

	Antall denne periode	Akkumulert
Antall skader med fravær utover 1 dag	0	6
Antall RUH (= Rapport om Uønsket Hendelse)	0	959
Skader på materiell og ytre miljø (A)	0	6
Antall vernerunder	0	21(B)

Kommentarer:

(A) I HENT sin rapportering lød dette punktet "Materielle skader/nestenulykker".

(B) Ikke rapportert før 01.10.08.

I møte 02/2010 den 26.03 sluttet Styringsgruppen seg til at det tas ut stevning i sjaktsaken. Denne ble sendt samme dag.

Søknaden om ferdigattest er oversendt Plan- og bygningsetaten.

1.5 Hovedaktiviteter

Pågående arbeider er i hovedsak knyttet til:

- F262: Ferdigbehandle sluttoppgjøret
- F345: Gjennomføre arbeider/aktiviteter for å bli "ferdig - ferdig"
- F345: Fullføre tilpasninger i SD-anlegget
- F345: Avklare problemløsning vedr. befruktninganlegget i SKM.
- F345: Oppdatere FDVU dokumentasjon
- F345: Utkvittering av OMS punkter
- F345: Gjennomføre avsluttende uttesting av sikkerhetssystemene.
- F345: Forberede sluttoppgjør
- Avklare problemløsning vedr. LN2, forbruk og forurensninger.
- Forberede totaltest 1.
- Omlegging RK i Sby. fra containeraggregat til permanent reservekraft aggregat i Sby.
- Bistå RadPark / EIE vedr. reklamasjoner i P-huset.

2 Sammendrag - Sykehotell

2.1 Framdrift

Hotellet er i drift. Reklamasjonssaker håndteres av driftsavdelingen. Hovedprosjektet er avsluttet.

Følgende punkter er etablert i haleprosjektet:

- Ny glassdør til resepsjonen – utføres i uke 15
- Ombygging i hovedtavlen – prosess pågår
- Etablering av utvendig avfallsplass - arbeid pågår
- Kompletteringer av SD anlegget – ikke igangsatt

2.2 Økonomi

Detaljprosjektering og bygging - hovedprosjekt

Sluttregnskapet for sykehotellet fase 2 er avsluttet og viser en sluttkostnad på 145,69 mill. kroner. Dette er 21,3 mill. kroner lavere enn den budsjetterte kostnadsrammen pr januar 2009. Avstemmingsnotat blir oversendt styringsgruppen separat.

Haleprosjekt

Det er besluttet i styringsgruppen, møte 11-2009 evt sak 6, å opprette et haleprosjekt. Det er besluttet å overføre 5 087 500 NOK (inkl mva) fra Sykehotellets byggeprosjekt (369650) til haleprosjektet (369651), hvorav også inneholder reserver og administrasjon.

Økonomisk status pr. mars 2010 som følger:

Summert for Haleprosjekt 369651:

Haleprosjekt 369651	Budsjett rev1.0	Forventet	Avvik	Fakturert
Entreprišekosnader	2 460 000	2 302 236	157 764	
Generelt	610 000	610 000		
Spesielt (mva)	767 500	728 059	39 441	
Forventede tillegg	600 000	600 000	0	
Kostnadsramme	5 087 500	4 240 295	847 205	369 149

Utstyr og Inventar

Viser til godkjent sak <21-2009 Revidert Innstilling Innkjøp utstyr og inventar v3.0>. Styringsgruppen godkjenner det reviderte budsjett v3.0, og anbefaler dette som grunnlag for igangsetting av kontrahering. Det er 5 leverandører som er valgt/kontrahert for leveransen(e).

Godkjent kostnadsramme for innkjøp av utstyr og inventar utgjør 7.602.907 kroner. Dette finansieres *utenfor* prosjektets kostnadsramme.

Alle innkjøp er foretatt.

Økonomisk status fjor utstyr og inventar pr. mars 2010 er som følger:

Summert for KF og RH:

Utstyr og Inventar	Budsjett rev 3.0	Forventet	Avvik	Fakturert
Møbler inkl. adm. og mva.	6 904 025	6 665 588	238 437	
Risiko	698 882	0	698 882	
Kostnadsramme	7 602 907	6 665 588	937 319	6 412 188

2.3 Avvik

Hovedprosjekt

Sluttkostnaden for hovedprosjektet rapporteres å bli 21 307 263 kroner lavere enn budsjett P50. Som rapportert i forrige månedsrapport.

Haleprosjekt

Sluttprognosen for haleprosjektet ligger pr februar 847 205 kroner lavere enn budsjettP50

Utstyr og Inventar:

Det gjenstår en ubenyttet post på ca 120.000 nok eks mva, for koffertstativ. Denne er besluttet å kjøpe inn. Innkjøp pågår.

Det er holdt igjen 50.000 kr for leverandøren J.B. Interiør. Dette er gjort fordi leverandøren skal skifte ut noen lamper på overnattingsrommene. Disse inngår i regnskapet som forventet kostnad, men er pr d.d. ikke fakturert.

2.4 Kvalitetskontroll og HMS

2.4.1 HMS

Intet å rapportere

2.4.2 Kvalitet

Intet å rapportere

2.5 Hovedaktiviteter

Sluttoppgjør og avstemming av utstysprosjekt.

Oppfølging av haleprosjekt. Igangsetting av avtalte arbeider.

2.6 Premissendringer

Alle konseptendringer skal behandles i styringsgruppen. Det er i perioden ingen bestilte konseptendringer til prosjektet.

3 Sammendrag – Foreldreovernatting

3.1 Fremdrift

Det er fortsatt meget bra fremdrift på byggarbeidene, og disse ligger på plan. Kritiske aktiviteter ligger i stor grad noe foran plan. Utvendig arbeides det med teglkledning. Dette planlegges ferdigstilt iløpet av april. Innnvendig arbeides det med overflater – gulvbelegg, maling, himling – samt tekniske anlegg. Tilkobling mot eksisterende sykehus er godt i gang.

Kranseskål ble avholdt på byggeplassen 24. mars. Hendelsen ble dekket av RH sin interne informasjonsavdeling med oppslag på intranettet.

Anbudskonkurranse for innkjøp av møbler og inventar er avholdt, og en vinner kåret. Signering av kontrakten ligger utenfor prosjektleders fullmakt og må således godkjennes/signeres av styringsgruppa.

Dato for overtagelse av kontraktsarbeidene fra totalentreprenør er 23.06.2010. Tidspunkt for overlevering av bygget til hoteldrift er 09.07.2010.

3.2 Økonomi

Prosjektets sluttprognose ligger innenfor prosjektleders budsjett. Det er kun mindre justeringer av budsjettet ift forrige rapportering.

Post	(1) Gjeldende budsjett	(2=4+5+6+7) Sluttprognose	(3=1-2) Avvik	(4) Kontrakt	(5) Godkjent endring	(6) Anslått endring	(7) Reserve	(8=4+5) Forpliktet	(9) Godkjent fakturert
1 Totalentreprise K200	53 750 000	52 017 281	1 732 719	45 617 981	4 459 387	1 039 913	900 000	50 077 368	34 604 513
2 Overnattingsrigg	1 500 000	2 621 208	-1 121 208	1 022 200	799 008		800 000	1 821 208	1 811 108
3 Utstyr og inventar	7 000 000	6 500 000	500 000				6 500 000	0	
4 Generelle kostnader	6 062 500	3 344 025	2 718 475		1 444 025	1 500 000	400 000	1 444 025	1 444 025
5 Uforutsett	3 000 000	500 000	2 500 000				500 000	0	
6 Avsetninger	0	1 000 000	-1 000 000			1 000 000		0	
PL Styringsramme	71 312 500	65 982 514	5 329 986	46 640 181	6 702 420	3 539 913	9 100 000	53 342 601	37 859 646
7 Reserve	10 203 021								-
SG sin styringsramme	81 515 521								-
8 Marginer	16 300 000								-
Kostnadsramme	97 815 521								-

Alle tall inkl mva

3.3 Avvik

Det er ikke registrert avvik av vesentlig betydning i perioden

3.4 Kvalitetskontroll

Kvalitet på prosjektering og utførelse følges opp med systematisk tilstedeværelse på byggeplassen. Det er prosjektleders oppfatning at både prosjektering og utførelse jevnt over holder god kvalitet.

3.5 HMS

Det er rapportert om en stk skade i perioden som har medført fravær. Uhellet var en heismontør som skar seg i fingeren på en heisomramming og måtte sy. Status på skader og uhell i prosjektet følger av tabellen under.

SKADER		A			B			C		
		Antall	I per	Akk	Antall	I per	Akk	Antall	I per	Akk
1	Person	Førstehjelpsskade	1	1	Skade m/fravær til og med 3 dg.	0	0	Skade m/fravær 4 dg. eller mer	0	0
2	Miljø	Ubetydelig miljøskade	0	0	Middels miljøskade	0	0	Stor miljøskade	0	0
3	Materiell	Materiell skade til kr 10.000	0	1	Materiell skade kr. 10.000 - 100.000	0	1	Materiell skade over kr. 100.000	0	0

Akkumulert H1: 0 (H1 er antall skader med fravær pr 1.000.000 arbeidstimer)

Akkumulert H2: 30 (H2 er antall skader uten fravær pr 1.000.000 arbeidstimer)

Kildesorteringsgraden på avfall ligger på 80,1% mot myndighetskravet på 60%

3.6 Samarbeidsforhold med eksisterende sykehusdrift og andre aktører

Samarbeidsforhold mot sykehus drift og andre er bra.

3.7 Spesielle fokusområder

Fokusområder i kommende periode vil være:

- Byggeplassoppfølging.
- Oppfølging av teknisk tilknytning mot eksisterende sykehus
- Signering av avtale vedr møbler og inventar.

3.8 Premissendringer

Intet nytt å rapportere.

Oslo universitetssykehus HF
Trondheimsveien 235

0514 Oslo

Vår referanse:

10/00378-1/000

Deres referanse:

2010/8587

Dato:

28.04.2010

Saksbehandler:

Line Alfarrustad/Hanne Gaaserød

Disponering av investeringsmidler 2010 – søknad om finansiering til omstillingsprosjekter

Det vises til brev fra Oslo universitetssykehus HF datert 24. mars 2010 vedrørende disponering av investeringsmidler 2010, og søknad om finansiering til omstillingsprosjekter. Det vises også til møte mellom ledelsen ved Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2010.

Vedtaket i sak 108-08 stiller store krav til Oslo universitetssykehus HF, og Helse Sør-Øst RHF ser at det er krevende oppgaver som skal gjennomføres ved foretaket i løpet av de nærmeste årene.

Helse Sør-Øst RHF legger den felles forståelsen etablert i møtet 8. mars 2010 til grunn i vurderingene knyttet til finansiering av omstillingsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF.

Problemstillinger knyttet til løpende drift og investeringer

Det økonomiske handlingsrommet for Oslo universitetssykehus HF i 2010 er nedfelt i "Oppdrag og bestilling 2010 for Oslo universitetssykehus HF" gjort gjeldende i foretaksmøte 3. februar 2010.

For budsjettåret 2010 er følgende midler tilgjengelig for investeringer ved Oslo universitetssykehus HF ved drift i balanse (tall i mill. kroner):

Tilført regional likviditet	305
Likviditet fra budsjettert salg av eiendom	160
Ikke budsjettert, men planlagt salg av eiendom	ca. 100-150
Total sum	ca. 565-615

I tillegg kommer

Andel av regionale IKT-investeringer (prosjekter spesifikt for Oslo universitetssykehus HF)	ca. 110
Andel av regionale midler avsatt til gjennomføringen av sak 108-08 (hovedstadsprosessen)	0-150
Lånefinansiert tilbygg til pårørende overnatting Rikshospitalet	ca. 65

Tabellene viser at investeringsnivået ved Oslo universitetssykehus HF kan nå inntil ca 900 millioner kroner i 2010 gitt gjennomføring av planlagte salg og drift i balanse.

Disponering av likviditet fra rammetildelingen

For foretaksgruppen samlet vil oppfølging av likviditet og investeringer gjennom 2010 kreve god styring. Følgende prinsipper ble derfor etablert i samarbeid med foretakene i årets budsjettprosess:

1. Foretakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer for 2010, til drift og investeringer
2. Foretakene skal ta hensyn til risiko for
 - resultatavvik i drift og
 - i pågående investeringsprosjekterfør etablering av nye investeringsforpliktelser
3. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
4. Foretakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko

For 2010 gjelder følgende vurderinger i tillegg til prinsippene over:

1. Det skal ikke skje omfordeling mellom foretak i løpet av året
2. Det stilles ikke krav om styrt nedbetaling av forskudd fra 2009, men regimet for tildeling av nye forskudd strammes til
3. Egen sparing fra 2009 som følge av overskudd på drift kan disponeres til investeringer etter dialog med det regionale helseforetaket (RHF). RHF vil gjøre en vurdering av om foretaksgruppens likviditetssituasjon gjennom 2010 tilsier en slik disponering
4. Egen sparing i 2010 som følge av overskudd på drift kan disponeres til investeringer når foretaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat for 2010, og etter dialog med det regionale helseforetaket
 - Alle investeringer må besluttes iht. gjeldende fullmaktsregime

Disponering av likviditet fra eiendomssalg

Oslo universitetssykehus HF omtaler likviditet fra eiendomssalg ved to tilfeller:

- Gjennomførte salg på 160 millioner kroner (budsjettert 142 millioner kroner)
- Planlagte salg på ca 100-150 millioner kroner

Likviditet fra gjennomførte salg i 2009, med oppgjør i 2010, lik 160 millioner kroner godkjennes til investeringer ved Oslo universitetssykehus HF i 2010 innenfor det gjeldende fullmaktsregimet. Av disse midlene er allerede 142 millioner kroner innarbeidet i budsjettet, slik at økningen på 18 millioner kroner representerer en likviditetstilførsel til foretaket.

Planlagte, men ikke allerede gjennomførte salg, må søkes godkjent benyttet til investeringer etter at salgene er gjennomført i henhold til gjeldende rutiner. Helse Sør-Øst RHF kan derfor ikke forhåndsgodkjenne dette, men ber foretaket legge til grunn at likviditet generert ved salg av eiendom i 2010 verken vil bli omfordelt eller at det vil bli krevd nedbetaling av lån.

Ved salg av eiendom som gir regnskapsmessige gevinster, forutsettes det i utgangspunktet at gevinsten fremstår som resultatmessig overskudd dersom hele salgsbeløpet skal brukes til investeringer.

I 2010 forventer Oslo universitetssykehus HF økte driftskostnader som følge av omstillingene. Disse knyttes først og fremst til flytting og sluttavtaler med ansatte. En belastning av driftsresultatet med disse omstillingskostnadene kan resultatmessig helt eller delvis oppveies av regnskapsmessige gevinster ved eiendomssalg i 2010. Dette vil imidlertid innebære at ikke hele salgssummen vil være til disposisjon for investeringer. En slik disponering av likviditet fra eiendomssalg skal skje i dialog med det regionale helseforetaket.

Det vises videre til omtale i punktet "Særskilte omstillingsutfordringer".

Særskilte omstillingsutfordringer

I møtet 8. mars 2010 ble det lagt gode forutsetninger for at Helse Sør-Øst RHF gjennom dialog og samarbeid med Oslo universitetssykehus HF skal bidra til at de særskilte investeringer som følger av omstillingene sikres tilstrekkelig finansiering til å kunne gjennomføres. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har etablert jevnlig oppfølgingsmøter med berørte foretak for å drøfte felles problemstillinger og legge til rette for gjennomføring. I denne sammenheng er det også naturlig å drøfte omstillingsutfordringene og hvordan det regionale helseforetaket vil kunne bidra.

Foruten regionalt avsatte midler på 150 millioner kroner (omtalt nedenfor), vil det regionale foretaket legge til rette for å kunne tilføre Oslo universitetssykehus HF ekstra likviditet til å kunne håndtere omstillinger ved behov. Dette er imidlertid midler som vil være aktuelle som et supplement til likviditet generert ved Oslo universitetssykehus HF, og som først vil bli utløst når Oslo universitetssykehus HF selv ikke har mulighet til å fremskaffe nødvendig likviditet knyttet til de omstillinger som må gjennomføres.

Helse Sør-Øst RHF er i e-post av 20. april 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om særskilt rapportering på likviditetsutviklingen og om framdriften i investeringer knyttet til omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF bes foreslå et opplegg for slik rapportering som inngår i den ordinære månedlige rapporteringen til Helse Sør-Øst og som vil danne grunnlag for diskusjoner i etablert oppfølgingsregime for hovedstadsprosessen.

Disponering av regionale midler til omstilling

For finansiering av omstillingen har det regionale helseforetaket avsatt 150 millioner kroner til omstillingsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Slike omstillingsmidler vil bli tildelt basert på en forutgående søknadsprosess fra de to foretakene. En slik prosess skal sikre likebehandling og riktig prioritering.

I det oversendte brevet fra 24. mars 2010 gis en tabellarisk oversikt over et samlet likviditetsbehov på ca 300 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF ber om at aktuelle prosjekter for søknad om omstillingsmidler behandles av styret ved Oslo universitetssykehus HF og prioriteres i forhold til vesentlighet og risiko, samt tidspunkt for gjennomføring. Sammenstillingen skal også inneholde gjennomføringen av prioriterte investeringsprosjekter innenfor rammen av ordinære investeringsmidler. Helse Sør-Øst RHF vil sende et formelt brev til Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF som beskriver planlagt tildelingsprosess. Et slikt brev vil foreligge innen kort tid. Oslo universitetssykehus kan imidlertid iverksette planlegging av de foreslåtte prosjektene innenfor den likviditet som helseforetaket har til disposisjon parallelt med en slik søknadsprosess.

Disponering av øremerkede midler og tidligere gaver

Gaver og øremerkede tilskudd som ikke tidligere er benyttet, kan benyttes til investeringer i 2010 etter dialog med det regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF ber om at bruk av gavemidler/øremerkede tilskudd i investeringsprosjekter fremmes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i henhold til gjeldende fullmaktsregime.

Spesielt om finansiering av ablasjonsbehandling

Det vises til brev fra Helse Sør-Øst RHF 20. april 2010 hvor Helse Sør-Øst RHF gir sitt samtykke til at Oslo universitetssykehus HF gjør de nødvendige investeringer i MTU/laboratorier for arytmi innenfor en total ramme på 46 millioner kroner til utstyrsinvesteringer, og bekrefter at tidligere mottatte gavemidler på til sammen 17 millioner kroner kan benyttes som delvis finansiering av investeringen.

Resterende finansieringsbehov på inntil 29 millioner kroner kan forutsettes finansiert, slik at tildelt likviditetsramme til Oslo universitetssykehus HF ikke påvirkes. Endelig finansiering tildeles Oslo universitetssykehus HF når investeringen er slutført. Eventuelt midlertidig likviditetsbehov før slutføring dekkes ved forskudd fra Helse Sør-Øst RHF.

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF vil bidra til å sikre en god gjennomføring av sak 108-08. Finansiering til omstillingstiltak må primært skaffes innenfor Oslo universitetssykehus HFs handlingsrom fra eiendomssalg, og regionalt reserverte midler på 150 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF vil imidlertid legge opp til en tett dialog knyttet til behov for eventuell nødvendig tilleggsfinansiering utover i 2010 for å sikre nødvendig finansiering av omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst RHF ser frem til den videre dialog med Oslo universitetssykehus HF, og vil ta initiativ til et møte for å drøfte hvordan Oslo universitetssykehus sammen med Helse Sør-Øst RHF kan etablere en løpende dialog for å sikre mest mulig fleksibilitet i videre prosess for å sikre gjennomføringen av sak 108-08.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Bente Mikkelsen
Adm.dir.

Atle Brynestad
Viseadm.dir.

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Deres ref.: 09/00115-42/012
Saksbehandler: PMG
Vår ref.: 10/2892
Dato: 12.05.2010

Vedr. søknad om sammenslåing av institusjonsnumre og utsettelse av frist for lukking av 1. tertial 2010 ved Oslo universitetssykehus HF

Det vises til brev datert 23. april 2010, mottatt av direktoratet 29. april 2010, fra Helse Sør-Øst RHF. Vedlagt brevet fra Helse Sør-Øst fulgte søknad av 25. mars 2010 fra Oslo universitetssykehus til Helse Sør-Øst om sammenslåing av institusjonsnumre og utsatt lukking av 1. tertial 2010. I følge søknaden forutsettes det at det gis økonomisk kompensasjon for bortfall av ISF-inntekter som følge av sammenslåingen. Det fremgår av brevet fra Oslo universitetssykehus at søknaden om sammenslåing av institusjonsnummer faller bort hvis søknaden om økonomisk kompensasjon ikke innvilges.

Korrigerer for teknisk endring i målt aktivitetsnivå

Det ligger som et grunnlag for ISF-ordningen at det er reell aktivitetsendring som skal medføre endring i utbetalingene til de regionale helseforetak. På denne bakgrunn korrigeres det for tekniske omlegginger. En forutsetning for å korrigere for tekniske omlegginger er imidlertid at det foreligger et datamateriale som gjør analyse av dette mulig.

Sammenslåing fra flere til en rapporteringsenhet medfører at opphold som tidligere var selvstendige sykehusopphold ved flere sykehus nå blir avdelingsopphold innenfor ett sykehusopphold. Som et resultat kan antall sykehusopphold og antall DRG-poeng bli færre selv om aktiviteten reelt sett er den samme.

Det er etablert praksis at det gis kompensasjon for dette i basisrammen til det regionale helseforetak. I perioden mellom sammenslåing og korreksjon av basisrammen korrigeres dette i ISF-avregningen. Beregning av kompensasjonens størrelse gjøres ved at siste tilgjengelige årsdatasett fra de aktuelle institusjoner teknisk grupperes som en institusjon. Kompensasjonen beregnes ut fra avviket mellom antall DRG-poeng beregnet som en institusjon og faktisk antall poeng samme år. Det er imidlertid kun avdeling norsk pasientregister (NPR) som har tilgang til det datagrunnlag som er nødvendig for å gjennomføre denne regruppering. NPR bruker i mai alle ressurser på datamottak og det er derfor ikke praktisk mulig å gjennomføre regrupperingen på nåværende tidspunkt.

Helsedirektoratet • Divisjon helseøkonomi og finansiering

Avd. økonomi og analyse
Paul Martin Gystad, tlf.: 913 53 377

Postboks 6173 Sluppen, 7435 Trondheim • Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim • Tlf.: 810 20 050
Faks: 932 70 500 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Et forhold som ikke fremgår av søknaden er at det, basert på den rapportering som til nå er mottatt, også ser ut for at Oslo universitetssykehus skifter rapporteringsformat, fra NPR-record til NPR-melding. Dette vil på lik linje med sammenslåing av institusjonsnumre kunne medføre en teknisk endring i målt aktivitet. Dette kan skje blant annet fordi NPR-melding inneholder flere opplysninger enn NPR-record, og DRG-plasseringen kan bli endret. Antall DRG-poeng vil altså kunne være forskjellig avhengig av rapporteringsformat selv om aktiviteten reelt sett er den samme.

Overgangen til rapportering på NPR-melding har derfor foregått gjennom en godkjenningssprosess, hvor NPR har sammenlignet og dokumentert avvikene mellom de to rapporteringsformatene. Det har i denne godkjenningssprosessen i utgangspunktet vært lagt til grunn et krav om avvik på under 0,5 % i antall DRG-poeng for godkjenning av NPR-melding som rapporteringsformat. Samlet effekt nasjonalt er beregnet og korrigert mot registreringsendring. Verken Ullevål, Radiumhospitalet eller Rikshospitalet er foreløpig godkjent for rapportering på NPR-meldingsformat.

Basert på den rapportering som til nå foreligger fra Oslo universitetssykehus for 1. tertial 2010 er det altså to forhold som medfører en teknisk endring i aktivitetsnivå. For det første at Ullevål og Radiumhospitalet rapporterer som en enhet, og for det andre at en iverksetter overgang fra NPR-record til NPR-melding. Slik data nå foreligger, er det ikke mulig å korrigere for overgangen til NPR-melding. Direktoratet, ved NPR, har derfor bedt om rapportering på NPR-record fra Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet slik at konsekvensen av overgangen til nytt rapporteringsformat kan beregnes.

Direktoratet konkluderer med at det er grunnlag for å korrigere endringen som skyldes sammenslåing av flere rapporteringsenheter til en enhet. Det er imidlertid ikke mulig å beregne effektene av dette på nåværende tidspunkt. Hvorvidt dette medfører at OUS ønsker å trekke søknaden om sammenslåing av institusjonsnumre må OUS vurdere.

En mest mulig korrekt korrigeringsfor alle tekniske endringer forutsetter imidlertid at Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet i tillegg rapporterer på NPR-record for 1. tertial 2010. Dette vil også gjøre det mulig å håndtere disse som tre institusjoner i ISF-sammenheng i 1. tertial, og eventuelt benytte dette som grunnlag for å gjennomføre en kontrollert overgang til rapportering på NPR-melding og som en institusjon fra 2. tertial.

Utsatt lukking av 1. tertial 2010

Rapporteringsfrister for aktivitet som skal være med i beregningsgrunnlaget for ISF er gitt av regelverket for ISF. Lukking av tertialdata innebærer at det er data rapportert innenfor disse fristene som etter kontroll hos NPR vil være det endelige beregningsgrunnlaget for ISF-refusjon. Det finnes i regelverket "Innsatsstyrt finansiering 2010" ingen generell åpning for fritak fra regelen om lukking av tertial. Lukking skjer imidlertid i praksis noen dager etter siste rapporteringsfrist. Gitt at det oppstår problemer med rapporteringen kan det derfor i særskilte tilfeller vurderes en kort utsettelse av siste rapporteringsfrist. Dette må det i så fall søkes direkte til NPR om på e-postadressen npr@helsedir.no.

Selv om regelverket ikke gir noen generell åpning for fravikelse av regelen om lukking har direktoratet i særskilte tilfeller anbefalt ovenfor departementet at det korrigeres i ISF-avregningen for mangler/feil i det lukkede datagrunnlaget. Dette er gjort med bakgrunn i det overordnede prinsipp at ISF-avregningen skal gjøres basert på faktisk aktivitetsnivå. Det presiseres imidlertid at datakvaliteten er helseforetakets ansvar. Det vil derfor i utgangspunktet være i tilfeller der avviket skyldes forhold utenfor helseforetakets kontroll at det vil kunne være grunnlag for eventuell fravikelse av regelen om lukking av tertial.

En vurdering av om det skal korrigeres i ISF-avregningen som følge av feil eller mangler i det lukkede datagrunnlaget vurderes med bakgrunn i årsaken til manglene og konsekvensen av dem. Ingen av disse forholdene foreligger nødvendig dokumentert på nåværende tidspunkt. Det presiseres også at det ved tekniske omlegginger ikke kan planlegges med utgangspunkt i at utsatt lukking vil innvilges. Direktoratet avslår derfor på nåværende tidspunkt søknaden om utsatt lukking av 1. tertial 2010.

Oppsummering

Direktoratet har vurdert søknaden om sammenslåing av institusjonsnumre, økonomisk kompensasjon for konsekvensen av dette og søknaden om utsatt lukking. OUS har valgt å gjøre store tekniske omlegginger på samme tidspunkt, noe som vanskeliggjør beregning av konsekvensen av omleggingen. Direktoratet ber derfor om at det for rapporteringsenhetene Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet rapporteres på formatet NPR-record i tillegg til NPR-melding for 1. tertial 2010.

Dette er en forutsetning for at konsekvensen av den tekniske omleggingen skal kunne beregnes på en mest mulig korrekt måte. Rapportering på formatet NPR-record gjør det også mulig å håndtere institusjonene som tre enheter i 1. tertial. Gitt at Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet rapporterer på NPR-record i 1. tertial 2010 kan konsekvenser både av sammenslåing til en enhet, samt overgangen til NPR-melding beregnes, slik overgang til rapportering på et institusjonsnummer og på NPR-meldingsformat kan gjøres kontrollert fra 2. tertial 2010.

Søknaden om utsatt lukking avslås på nåværende tidspunkt. Hvorvidt direktoratet vil anbefale ovenfor Helse og omsorgsdepartementet å korrigere i endelig ISF-avregning 2010 for eventuelle mangler i 1. tertialdata vil imidlertid kunne vurderes på nytt på et senere tidspunkt når årsakene til eventuelle mangler og konsekvensen av dem er kartlagt.

Vennlig hilsen

Leena Kiviluoto e.f.
avdelingsdirektør

Paul Martin Gystad
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet	Postboks 8011 Dep	0030	OSLO
Oslo universitetssykehus HF	Trondheimsveien 235	0586	OSLO

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Leder i Klinikk psykisk helse og avhengighet

SAK 55/2010 – ETABLERING AV RUSAKUTT OG AVGIFTNINGSENHET

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 108-2008:

”Helse Sør-Øst RHF vil, i samarbeid med Oslo kommune, etablere et akuttmottak (”Rusakutten”) med observasjonssenger for TSB i Oslo.”

Helse- og omsorgsdepartementet gav i oppdragsbrevet for 2009 Helse Sør-Øst RHF følgende oppdrag:

”Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Oslo kommune starte arbeidet med etablering av en avdeling/institusjon for rusmiddelavhengige som har behov for akuttjenester.”

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 17. desember 2009 (sak 163/2009) følgende:

- 1. Styret slutter seg til administrerende direktørs vurderinger og ber administrerende direktør etablere lokaler til Avdeling rusakuttmottak – sengepost som skissert i saken og så raskt som det er praktisk mulig..*
- 2. Styret slutter seg til administrerende direktør forslag om å planlegge og etablere drift for avgiftningsenhet samlokalisert med Avdeling rusakuttmottak innen utgangen av 2010 ved sykehusområde Sinsen.*

For ytterligere bakgrunn vises det til omtalen i styresak 163/2009. I denne saken gis status for etablering av Avdeling rusakuttmottak og avgiftningstilbud. Etableringen gjennomføres i 3 faser:

Fase 0: Midlertidig rusakuttmottak med fagteam: 15. desember 2009.

Fase 1: Åpning av sengepost med 12 plasser: planlagt til 30. august 2010

Fase 2: Samlokalisering av enheter for avgiftning og abstinensbehandling. I henhold til styrevedtak 163/2009 skal dette gjennomføres innen utgangen av 2010.

Status rusakuttmottaket:

Fagteamet er etablert i henhold til plan. Sengeposten skal etableres i tredje etasje i bygg 2 på Sinsen, i fristilte lokaler fra tidligere kirurgisk poliklinikk. Totalt vil det bli 12 senger; 10 enerom og en stor stue med 2 senger (observasjonsrom), i tillegg til kontorer og felles ekspedisjon. Total kostnadsramme for fase 1 er seks millioner kroner. Oppsatt fremdriftsplan følges. Alle arbeidere ferdigstilles medio august.

Status samlokalisering av avgiftningstilbudet:

Klinikk psykisk helse og avhengighet har igangsatt en omstilling av hele akutt- og avgiftningstilbudet. Bygg 12 på Sinsen (som i dag huser Akuttpsykiatrisk avdeling) skal brukes til avgiftning fra januar 2011. Etableringen av rusakuttmottaket med 12 sengeplasser fra august i år forutsetter samlokalisering på Sinsen av avgiftningsenhetene som i dag driftes i Montebello Terrasse 15 og i Storgata 36 C.

For å tilpasse driften til de økonomiske rammene gjøres det en gjennomgang av eksisterende driftsenheter, inkludert en kompetansekartlegging av de ansatte. Et sentralt mål er å sikre økt tilgjengelighet til akutt- og avgiftningsapparatet, noe som bl.a. forutsetter et mer differensiert tilbud enn det som har eksistert hittil. Pasientene skal sikres tidlig og omfattende vurdering av sitt rusproblem, slik at det kan legges planer for videreføringen i behandlingsapparatet. For å sikre sammenhengende pasientforløp arbeides det med å utvikle gode samhandlingsrutiner mellom OUS sine tilbud, Oslo kommunale legevakt, bydelene og Oslo kommunes rusmiddeletat.

Driften ved enheten på Montebello avvikles når rusakuttmottakets sengepost åpner i august. Den samlede kapasiteten i akutt- og avgiftningstilbudet vil opprettholdes (totalt 65 senger) ved åpning av sengeposten på Rusakuttmottaket.

På sikt er det et mål å samle all akutt- og avgiftningsaktivitet i nærhet til somatisk og psykiatrisk akuttmottak, jfr. tidligere styresak 163/2009.

Etter relokalisering av aktiviteten fra enhetene i Storgata 36 C og i Montebello Terrasse 15 til Sinsen, planlegges disse to eiendommene avhendet, jfr. styresak 163/2009.

Forslag til vedtak

1. Styret tar status til orientering.
2. Styret ber om en ny orientering i saken når fase 1 av etableringen er gjennomført.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Styresekretær

SAK 56/2010 – TEMASAK

Det vil i styremøte bli gitt en orientering om samhandling med Oslo kommune og andre sykehus i Oslo.

Forslag til vedtak

Styret tar presentasjonen til orientering.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Prosjektdirektør

Vedlegg: 1) Revidert framdriftsplan Oslo Universitetssykehus – Ahus
2) Overføring Akershus universitetssykehus – statusrapportering, inkl. risikovurdering
3) Framdriftsplan Oslo Universitetssykehus – Vestre Viken
4) Overføring Vestre Viken – statusrapportering, inkl. risikovurdering

SAK 57/2010 OVERFØRING TIL AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG VESTRE VIKEN HF - STATUS

1. Bakgrunn

Det vises til sak 46/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, behandlet i styremøte 29. april 2010 der styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelsen til orientering og vedlagte fremdriftsplan og risikovurdering til etterretning.*
- 2. Styret tar til etterretning at styret blir forelagt oppdatert fremdriftsplan og risikovurdering i hvert styremøte frem til overføring har funnet sted.*
- 3. Styret forutsetter at prosessene som skal gå forut for og under overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken er forsvarlige og skaper den nødvendige trygghet for at pasienter og ansatte er i fokus.*
- 4. Styret er av den oppfatning at det for ansatte som skifter arbeidsgiver i forbindelse med overføringen skal legges til grunn en modell for rettigheter og plikter for de ansatte som følger reglene for virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16.*

Styrets vedtak følges opp i denne saken.

2. Status for overføring til Akershus universitetssykehus HF

2.1. Framdriftsplan Oslo Universitetssykehus - Akershus Universitetssykehus

Det vises til vedlagte reviderte framdriftsplan for overføringsprosjektet Oslo

universitetssykehus – Akershus universitetssykehus (vedlegg 1). Sluttdatoer er skjøvet i tid innenfor områdene HR, tverrfaglig spesialisert behandling og forskning og utvikling. Dette vil ikke påvirke sluttdato for overføringstidspunkt 1. januar 2011.

2.2 Sikring av ivaretagelse av pasienter, ansatte og samarbeidspartnere

Prosjektet går nå over i en fase hvor det blir satt størst fokus på pasienter og eksterne samarbeidspartnere. Fokus er å snu pasientstrømmer på en måte som skaper trygghet, kvalitet og forutsigbarhet for pasient, pårørende og helsepersonell både i og utenfor Oslo universitetssykehus. I tillegg skal det sikres god informasjon, opplæring og logistikk for ut- og inn fasing av pasienter og personale. Oslo universitetssykehus har faste møtefora med Oslo og - Follokommunene på ulike nivåer i organisasjonene, herunder møter med bydelssjefene, bydelsoverleger og direktør for sykehjemsetaten.

Oslo universitetssykehus etablerer også et omstillingssenter som har som hovedoppgave å ivareta de medarbeidere som ikke omplasseres i vårt sykehus, eller får ny stilling i Akershus universitetssykehus eller Vestre Viken. Omstillingssenteret vil samarbeide med arbeidstakerorganisasjonene samt invitere til samarbeid med kommunene.

2.3 Frivillig overgang av ansatte

I de tilfeller en ikke står overfor virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens kapittel 16 vil overgang av ansatte til Akershus universitetssykehus HF bygge på frivillige overgangsordninger.

En felles retningslinje og timeplan for å sikre enhetlige regler og framgangsmåte ved frivillig overgang av personell er nå vedtatt. På bakgrunn av tilbakemeldingene etter drøftingsmøte ble retningslinjen justert og vilkår konkretisert. Akershus universitetssykehus besluttet at personell som ønsker overgang til Akershus universitetssykehus, vil få lønns- og arbeidsvilkår i tråd med de regler som gjelder ved en virksomhetsoverdragelse (jf. arbeidsmiljølovens kap. 16). Vilkårene vil gjelde for ansatte i Oslo universitetssykehus ved interne utlysninger og eventuelle eksterne utlysninger som knytter seg kapasitetsøkning for nytt opptaksområde. Ansatte i Oslo universitetssykehus vil også ha fortrinn ved eventuelle eksterne utlysninger fra Akershus universitetssykehus for disse stillingene.

Tidsplanen for iverksettelse av retningslinjen er også revidert på bakgrunn av tilbakemeldinger fra tillitsvalgte/vernetjeneste og de totalvurderinger som ledelsene ved de to helseforetakene har foretatt i fellesskap. Tidsplanen er som følger.

10. mai	Ahus bekjentgjør/utlyser stillinger i rekrutteringsportalen Webcruiter. Samtidig presenteres skissene til klinikkens bemanningsplaner i Oslo universitetssykehus.
20. mai	Ahus holder informasjonsmøter for ansatte i Oslo universitetssykehus
15. juni	Søknadsfrist for ansatte i Oslo universitetssykehus

Iht. til overordnet tidsplan for overføringsprosjektet er HR-prosessene i rute.

2.4 Endring i risikobildet og rapportering til Helse Sør-Øst RHF.

Det vises til vedlagte statusrapportering, inkl. risikovurdering (vedlegg 2). Det er

få endringer i risikobildet, område 1 Overføring av pasienter, 4 IKT og 5 FOU.

3. Status for overføring til Vestre Viken HF

3.1 Framdriftsplan Oslo universitetssykehus – Vestre Viken

Styringsgruppen for Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF er etablert og framdriftsplanen er godkjent (vedlegg 3). Fagområder som berøres av overføringen til Vestre Viken:

Klinikker	Fagområder
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Nevrologi, ØNH, Øye
Kvinne- og barneklubben	Pediatri, Fødsler, BUP
Klinikk for kreft og kirurgi	Mammascreeing/ brystkirurgi
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	Hematologi, Nefrologi /dialyse, Klinisk service
Akuttklubben	Akutfunksjoner
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Patologi, Laboratorie, Radiologi
Oslo sykehusservice	Ikke medisinske støtiefunksjoner Behandlingshjelpemidler

3.2 Frivillig overgang av ansatte

Når det gjelder framdrift for frivillig overgang av ansatte, er det enighet om å ta utgangspunkt i modellen som er etablert for Oslo universitetssykehus/Akershus universitetssykehus. Foretakene samarbeider godt og det tas blant annet sikte på at Vestre Viken lyser ut stillinger innen pediatri og nevrologi før søknadsfristen til Akershus universitetssykehus går ut. Dette muliggjør en helhetlig prosess for kompetanseområder som berøres av endringer i opptaksområdene som samtidig går på tvers av alle tre foretak. Iht. til overordnet tidsplan for overføringsprosjektet er HR-prosessene i rute.

3.2 Rapportering til Helse Sør-Øst RHF

Det vises til vedlagte statusrapportering, inkl. risikovurdering (vedlegg 4) som også skal forelegges Helse Sør- Øst RHF.

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen til orientering.*
2. *Styret tar til etterretning vedlagte framdriftsplaner og statusrapporteringer, inkludert risikovurderinger.*

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Framdriftsplan overføringsprosjekt OUS – Ahus, revisjon 03, 22.04.2010, korrigert 26.4.2010

ID	Aktivitetsnavn	Start	Slutt	K2 09		K3 09			K4 09			K1 10			K2 10			K3 10			K4 10	
				mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov
1	Etablering av fellessekretariat	06.11.2009	25.02.2011	▶																		
2	Forberedende aktiviteter, felles og ved begge foretak	06.11.2009	31.12.2009	■																		
3	Felles prosjektstab	06.11.2009	25.02.2011	■																		
4	Styringsgruppe	26.11.2009	25.02.2011	▶																		
5	Mandat for overføringsprosjektet	26.11.2009	03.12.2009	■																		
6	Gjennomføre rapportering til styringsgruppen i hht. plan	03.12.2009	25.02.2011	■																		
7	Gjennomføre løpende risikovurd., rapp. til SG i hht. plan	08.01.2010	02.12.2010	■																		
8	Justere milepælsplan – planlegge høstens aktiviteter	01.06.2010	16.06.2010	■																		
9	Rammebetingelser aktivitet og personell	13.11.2009	10.05.2010	▶																		
10	Avklare metode somatikk og Psykisk helsevern	13.11.2009	18.12.2009	■																		
11	Avklare grunnlagsdata TSB	13.11.2009	15.04.2010	■																		
12	Øke presisjonsnivået og konkl. hovedomfang for overføring- Somatikk og psykisk helsevern	18.12.2009	25.01.2010	■																		
13	Øke presisjonsnivået og konkl. Hovedomfang for overføring TSB	18.12.2009	15.04.2010	■																		
14	Avklare omfang av avtalt overføring,	08.01.2010	28.01.2010	■																		
15	Avklare omfang personelloverføring virksomhetsoverdragelser	01.12.2009	27.04.2010	■																		
16	Avklare omfang ØK. Og eiendom Av virksomhetsoverdragelser	01.12.2009	22.04.2010	■																		
17	Avklare grunnlagsdata medisinske støttefunksjoner	01.12.2009	30.04.2010	■																		
18	Avklare grunnlagsdata ikke-Medisinske støttefunksjoner	01.12.2009	30.04.2010	■																		
19	Ahus avklarer aktivitet innen PH det er behov for i OUS sine lokaler	13.01.2010	21.01.2010	■																		
20	Arealbehov for Ahus i OUS lokaler avklares	08.01.2010	10.05.2010	■																		
21	Avklare konkret behov for personell og komp. Som. PH, TSB	29.01.2010	10.05.2010	■																		
22	Avklare konkret behov for pers og komp med og ikke med støtte	26.02.2010	10.05.2010	■																		
23	FOU	15.04.2010	30.09.2010	▶																		
24	Avklare omfang og aktiviteter UIO og høyskoler	15.04.2010	28.05.2010	■																		
25	Etablere førsteutkast for overføring av FOU-aktivitet	15.04.2010	30.06.2010	■																		
26	Endelig plan for overføring av FOU-aktivitet	18.05.2010	30.09.2010	■																		
27	Kommunikasjon	13.11.2009	31.12.2010	▶																		
28	Etablere felles kommunikasjonsplan	13.11.2009	08.01.2010	■																		
29	Etablere tidsplan for å avholde infomøter internt og eksternt	08.01.2010	28.01.2010	■																		
30	Informasjonsmøter om oppstart, internt og eksternt	28.01.2010	25.03.2010	■																		
31	Informasjonsmøter internt og eksternt	26.03.2010	31.12.2010	■																		
32	Intern og eksternt prosjekttale	08.01.2010	31.12.2010	■																		
33	HR - overføring av personell	10.06.2009	31.12.2010	▶																		
34	Etablere avtale om indre arbeidsmarked	10.06.2009	31.12.2009	■																		
35	Etablere modell for overføring av personell	07.01.2010	04.05.2010	■																		
36	Utforme utvalgsriterier og prosedyrer	18.01.2010	04.05.2010	■																		
37	Identifisere personell for overføring	06.04.2010	30.06.2010	■																		
38	Samkjøre handl. pl for pers. overføring og oppl .plan OUS og Ahus	16.08.2010	30.09.2010	■																		
39	Gjennomføre overføring	31.12.2010	31.12.2010	■																		
40	Økonomi	01.10.2009	31.12.2010	▶																		
41	Driftssimulering opp- og nedskalering av inntektsbilde	01.10.2009	30.04.2010	■																		
42	Avklare økonomiske rammebetingelser PH og TSB	01.12.2009	01.09.2010	■																		
43	Avklare øk. Forhold for ut og innfasing av pasienter	10.06.2010	17.09.2010	■																		
44	Identifisere anleggsmidler og forpliktelser som overf. i virksomhetsoverdr.	15.02.2010	31.12.2010	■																		
45	Overføring av eiendom, avtaler m.m.	01.03.2010	31.12.2010	▶																		
46	Etablere en modell for å gjennomføre virksomhetsoverdragelse	01.03.2010	30.04.2010	■																		
47	Klargjort for virksomhetsoverdragelser	03.05.2010	31.12.2010	■																		
48	Etablere avtaler for drift av psykisk helsevern i OUS lokaler	01.03.2010	01.09.2010	■																		
49	IKT	01.12.2009	31.12.2010	▶																		
50	Utarbeide underlag for vurdering av arbeidsomfang IKT-området	01.12.2009	30.04.2010	■																		
51	Søknad om investeringsmidler IKT Ahus	01.12.2009	29.03.2010	■																		
52	Implementere teknisk infrastruktur - tilgjengeliggjøre klinisk info.	01.06.2010	31.12.2010	■																		
53	Klinisk ibrukttagelse	30.04.2010	17.09.2010	▶																		
54	Etablere plan for å endre pasientstrømmer	30.04.2010	30.06.2010	■																		
55	Etablere utkast plan for ut- og innfasing endrede opptaksområder	10.06.2010	17.09.2010	■																		
56	Overføring	02.12.2010	02.12.2010	■																		

Statusrapport for omstillingsprogrammet, hovedstadsprosessen. Overføringsprosjektene OUS – AHUS, OUS - Vestre Viken og AHUS - Vestre Viken

Delrapport 2 for overføringsprosjektet mellom OUS og AHUS – statusrapport gitt fra Oslo universitetssykehus HF

Rapportperiode	Pr. 20.05.2010
Ansvarlig	Adm dir Siri Hatlen

1 Overordnet status

Tabellen under viser overordnet status per hovedområde sett fra OUS sitt perspektiv. Det vises til punkt 3 for detaljer.

	Område	Resultat	Tid	Forankring/dialog med ulike interessenter
1	Overføring av pasienter			
2	HR- Overgang av personale			
3	Økonomi / eiendom			
4	IKT			
5	FOU			
6	Omdømme			
7	Samlet avtale for overføring			

Lite symbol markerer siste rapportering til Helse Sør Øst 28.04.2010.

2 Fremdrift

Figuren under viser status på de viktigste milepælene. Milepælsplanen justeres ved mer detaljert planlegging av høstens aktiviteter innen 16.06.2010. Milepælene viser sluttdato.

Milepælene er markert med farge alt etter status på aktiviteten. Grønn indikerer at arbeidet er i hht. plan. Gul indikerer forsinkelse, der korrigerende tiltak er iverksatt. Uten farge indikerer milepæl der startdato ikke er passert. Nærmere omtale av særskilte områder vil være under punkt 3.

Aktiviteter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	2.halvår
1. Overføring av pasienter							
1.1 Avklare omfang av aktiviteter for overføring				◆			
1.2 Plan for ut- og innfasing av pasienter							◇
1.3 Plan for å endre pasientstrømmer i samarbeid med bydeler og kommuner						◇	
2. HR – overgang av personell							
2.1 Fastsette modell og prosedyre for overgang					◆		
2.2 Identifisere personell for overgang						◇	
2.3 Gjennomføre virksomhetsoverdragelser og overgang av personell							◇
3. Økonomi /eiendom							
3.1 Transportere aktuelle avtaler fra OUS til Ahus ifm overdragelser							◇
3.2 Identifisering av anleggsmidler som skal overføres i virksomhetsoverdragelsen og formelt behandle de regnskapsmessige balanseforhold							◆
3.3 Identifisere evt andre økonomiske forpliktelser; leieavtaler, rettighetspasienter, personal etc ifm overdragelse							◆
4. IKT							
4.1 Beslutte hvilket klinisk informasjonsgrunnlag som skal være tilgjengelig fra overføringsdato og hvordan denne informasjonsoverføringen skal gjennomføres				◆			
4.2 Etablere teknisk infrastruktur for å sikre overføring av pasientinformasjon							◇
5. FOU							
5.1 Avklare omfang UiO og høyskoler					◆		
5.2 Plan for overføring av studenter og undervisning						◇	
6. Omdømme							
6.1 Etablere felles plan for kommunikasjon	◆						
6.2 Gjennomføre felles informasjon om overføringsprosjektet				◆			
7. Samlet avtale om overføring							
7.1 Etablere ramme for samlet avtale om personell, økonomiske forutsetninger, disponering av bygg, førsteutkast						◆	

3 Detaljer per område

Område 1 Overføring av pasienter:

Forankring/dialog med ulike interessenter har gått fra rød til gul med følgende begrunnelse: Det foreligger et forslag om at Ahus kjøper kapasitet for spesialpsykiatri, psykose- og sikkerhetspsykiatri i OUS i et tre-års perspektiv, for deretter å løse dette i en mer permanent løsning i nye lokaler. For alderspsykiatri foreslås det at Ahus leier lokaler av Oslo Universitetssykehus på Gaustadområdet for drift av sin andel pasienter.

I styringsgruppen 06.05. ble styringsgruppens rolle og mandat gjennomgått, Helse Sør Øst har i den forbindelse kommet med følgende presisering: Det er de aktuelle styrene som innenfor gjeldende fullmakter og vedtak i foretaksmøter som har ansvaret for beslutningene og gjennomføringen. Styringsgruppene skal bidra med råd i prosessen. Organisering av arbeidet tilligger de respektive helseforetak.

Første utkast til plan for ut- og innfasing av pasienter skal ferdigstilles 30.06. Dette er en kompleks planprosess hvor det er behov for bred involvering av interne og eksterne aktører. Tid er derfor satt på rødt.

Område 2 HR Overgang av personale:

OUS vurderer fortsatt tidsplan og forankring av HR-prosessen som rød grunnet flere parallelle prosesser, stor belastning på ledere og knapp tid til forberedelse og gjennomføring.

Område 3 Økonomi/eiendom:

Forventet resultat er varslet i rødt pga. manglende omstillingsmidler.

Område 4 IKT:

Forankring/dialog med ulike interessenter har gått fra gul til grønn da prosess med aktuelle interessenter er godt i gang. Resultat og tid ligger på fortsatt på kritisk tidslinje.

Område 5 FOU:

Forankring/dialog med ulike interessenter har gått fra grønn til gul – det er behov for et møte på overordnet nivå mellom Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo, Oslo Universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Tidsplan er varslet gul pga stort omfang av studenter som berøres ifht endrede undervisnings- og praksissteder.

Område 6 Omdømme:

Prosjektet går nå over i en fase hvor det blir satt størst fokus på pasienter og eksterne samarbeidspartnere. Fokus er å snu pasientstrømmer på en måte som skaper trygghet, kvalitet og forutsigbarhet for pasient, pårørende og helsepersonell både i og utenfor Oslo universitetssykehus. I tillegg skal det sikres god informasjon, opplæring og logistikk for ut- og inn fasing av pasienter og personale. Det er særlig viktig å identifisere alle de aktivitetene som vil påvirke disse prosessene og mht dette er det god dialog og samspill med både Follo kommunene og berørte bydeler i Oslo sentralt.

Forankring/dialog med ulike interessenter har gått fra gul-rødt til gul. Oslo universitetssykehus har faste møtefora med Oslo og - Follo-kommunene på ulike nivåer i organisasjonene, herunder møter med bydelsdirektører, bydelsoverleger og direktør for sykehjemsetaten. Det vises også til kommentar gitt på område 1.

Område 7 Samlet avtale for overføring:

Gjennomføres i hht. plan.

4 Risikovurdering av overføringsprosjektet OUS - Ahus – sett fra OUS` s perspektiv

4.1 Risikomatrixe

KONSEKVENNS		SANNSYNLIGHET					
NR	Betegnelse	1. Meget liten	2. Liten	3. Moderat	4. Stor	5. Svært stor	
5	Svært alvorlig			1			1. Manglende akuttberedskap ved ut- og infasing av pasientstrømmer 2. Økning i ventelister 3. Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen 4. Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale 5. Kompleks og krevende HR prosess.med fare for overtallinghet 6. Kostnadskontroll/gjennomføringskostnader 7. Fremdrift innen angitt plan 8. Omdømme
4	Alvorlig			2 3 8	4 5 6 7		
3	Moderat						
2	Lav						
1	Ubetydelig						

Overordnet plan for overføring av oppgaver fra Oslo universitetssykehus HF til Vestre Viken HF

Versjon 4: Oppdatert i felles prosjektsekretariat 19.05.10

Nr.	Aktivitet	Dato Start	Dato Slutt
Felles prosjektsekretariat		15.12.09	28.01.11
1	Forberedende aktiviteter, felles og ved begge foretak	15.12.09	25.03.10
2	Utarbeide mandat for overføringsprosjektet	04.01.10	20.04.10
3	Justere milepælsplan - planlegge høstens aktiviteter	16.08.10	31.08.10
Styringsgruppe		04.01.10	28.01.11
4	Godkjenne mandat for overføringsprosjektet	05.05.10	05.05.10
5	Møteplan for styringsgruppen	05.05.10	28.01.11
6	Gjennomføre rapportering til styringsgruppen	05.05.10	28.01.11
7	Løpende risikovurdering til styringsgruppen	16.06.10	28.01.11
Aktivitet som skal overføres		14.01.10	
8	Avklare modell for overføring av aktivitet	14.01.10	29.04.10
9	Avklare hvilke funksjoner og pasientgrupper som er berørt	07.01.10	15.04.10
10	Konkludere grunnlagsdata somatikk	14.01.10	04.06.10
11	Avklare grunnlagsdata medisinske støttefunksjoner	25.05.10	18.06.10
12	Avklare grunnlagsdata ikke-medisinske støttefunksjoner	25.05.10	18.06.10
13	Avklare organisering av flerområdefunksjoner	22.04.10	
FoU		19.05.10	30.09.10
14	Avklare utfordr. knyttet til overføring av høyskoleakt. og UiO	19.05.10	18.06.10
15	Plan for overføring av studenter og undervisning	19.05.10	30.09.10
Kommunikasjon		29.04.10	28.01.11
16	Etablere felles kommunikasjonsplan	29.04.10	03.06.10
HR - overføring av personell		15.04.10	
17	Etablere evt avtale om indre arbeidsmarked	15.04.10	30.05.10
18	Etablere modell for overgang av personell	15.04.10	30.05.10
19	Detaljutforme utvalgsriterier og prosedyrer	15.04.10	15.06.10
20	OUS avklarer konkret behov for personell og kompetanse	15.04.10	30.05.10
21	VV avklarer konkret behov for personell og kompetanse	15.04.10	30.05.10
22	Aklare legehjemler	10.05.10	01.09.10
23	Inngå forpliktende kontrakt for overgang på individnivå	VV	VV
24	Gjennomføre personellovergang	01.01.11	01.01.11
Økonomi og eiendom		29.04.10	31.12.10
25	Avklare økonomisk modell for overføring	29.04.10	01.09.10
26	Konstruere nye åpningsbalanser i 2011	29.04.10	31.12.10
27	Identifisere investeringsbehov av kapasitetsjusteringen	29.04.10	25.06.10
IKT		06.05.10	31.12.10
28	Avklare IKT-utfordringer ved overføring av pasientinformasj.	06.05.10	10.06.10
29	Etablere tekn. infrastruktur for å sikre overføring av pas.info.	01.06.10	31.12.10
Plan for klinisk ibruktakelse		14.06.10	17.09.10
30	Etablere plan for å endre pasientstrømmer	14.06.10	17.09.10
31	Etablere konkret plan for ut- og innfasing	14.06.10	17.09.10
Overføring			

--	--






















Statusrapport for omstillingsprogrammet, hovedstadsprosessen. Overføringsprosjektene OUS – AHUS, OUS - Vestre Viken og AHUS - Vestre Viken

Delrapport 2 for overføringsprosjektet mellom OUS og Vestre Viken – statusrapport gitt fra Oslo universitetssykehus HF

Rapportperiode	Pr. 20.05.2010
Ansvarlig	Adm dir Siri Hatlen

1 Overordnet status

Tabellen under viser overordnet status per hovedområde sett fra OUS sitt perspektiv. Det vises til punkt 3 for detaljer

	Område	Resultat	Tid	Forankring/dialog med ulike interessenter
1	Overføring av pasienter			
2	HR- Overgang av personale			
3	Økonomi / eiendom			
4	IKT			
5	FOU			
6	Omdømme			
7	Samlet avtale for overføring			

2 Fremdrift

Figuren under viser status på de viktigste milepælene. Milepælsplanen justeres ved mer detaljert planlegging av høstens aktiviteter innen 31.08.2010. Milepælene viser sluttdato.

Milepælene er markert med farge alt etter status på aktiviteten. Grønn indikerer at arbeidet er i hht. plan. Gul indikerer forsinkelse, der korrigerende tiltak er iverksatt. Uten farge indikerer milepæl der startdato ikke er passert. Nærmere omtale av særskilte områder vil være under punkt 3.

Aktiviteter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	2.halvår
1. Overføring av pasienter							
1.1 Avklare omfang av aktiviteter for overføring						◆	
1.2 Plan for ut- og innfasing av pasienter							◆
1.3 Plan for å endre pasientstrømmer i samarbeid med bydeler og kommuner							◆
2. HR – overgang av personell							
2.1 Fastsette modell og prosedyre for overgang						◆	
2.2 Identifisere personell for overgang						◆	
2.3 Gjennomføre virksomhetsoverdragelser og overgang av personell							◆
3. Økonomi /eiendom							
3.1 Avklare øk modell for overføring							◆
3.2 Konstruere nye åpningsbalanser							◆
3.3 Identifisere investeringsbehov av kapasitetsjustering							◆
4. IKT							
4.1 Beslutte hvilket klinisk informasjonsgrunnlag som skal være tilgjengelig fra overføringsdato og hvordan denne informasjonsoverføringen skal gjennomføres						◆	
4.2 Etablere teknisk infrastruktur for å sikre overføring av pasientinformasjon							◆
5. FOU							
5.1 Avklare omfang UiO og høyskoler						◆	
5.2 Plan for overføring av studenter og undervisning							◆
6. Omdømme							
6.1 Etablere felles plan for kommunikasjon						◆	
6.2 Gjennomføre felles informasjon om overføringsprosjektet							◆
7. Samlet avtale om overføring							
7.1 Etablere ramme for samlet avtale om personell, økonomiske forutsetninger, disponering av bygg, førsteutkast							◆

3Detaljer per område

Område 1 Overføring av pasienter:

Tid er varslet på rødt da prosessen kom sent i gang og har kommet kort i forhold til gjennomføring tidspunkt 1/1 2011. Forankring/dialog er varslet i gult, da det ikke har vært kommunikasjon med Oslo kommune om tilbakeføring av 1000 fødsler fra SAB/VV til OUS.

Område 2 HR Overgang av personale:

Tidsplanen og forankring/ dialog er varslet i rødt grunnet at prosessen er i start fasen med gjennomføringstid 1/12011, samt flere parallelle prosesser, stor belastning på ledere og knapp tid til forberedelser og gjennomføring.

Område 3 Økonomi/eiendom:

Forventet resultat er varslet i rødt pga manglende omstillingsmidler.

Område 4 IKT:

Gjennomføres i hht. fremdriftsplan.

Område 5 FOU:

Tidsplan er varslet på rødt da FOU prosess ikke har kommet i gang mellom OUS og Vestre Viken. Forankring/dialog med ulike interessenter er varslet på gult da det er behov for et møte på overordnet nivå mellom Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo, Høgskolen i Buskerud, Oslo Universitets-sykehus og Vestre Viken.

Område 6 Omdømme:

Gjennomføres i hht fremdriftsplan.

Område 7 Samlet avtale for overføring:

Gjennomføres i hht fremdriftsplan.

2 Risikovurdering av overføringsprosjektet OUS – Vestre Viken – sett fra OUS`s perspektiv

4.1 Risikomatrixe

KONSEKVENNS		SANNSYNLIGHET				
NR	Betegnelse	1. Meget liten	2. Liten	3. Moderat	4. Stor	5. Svært stor
5	Svært alvorlig		1			
4	Alvorlig			3 8	2 4 5 6 7	
3	Moderat					
2	Lav					
1	Ubetydelig					

1. Manglende akuttberedskap ved ut- og infasing av pasientstrømmer
2. Økning i ventelister
3. Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen
4. Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale
5. Kompleks og krevende HR prosess med fare for overtallighet
6. Kostnadskontroll/gjennomføringskostnader
7. Fremdrift innen angitt plan
8. Omdømme

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	VAD Medisin og helsefag

SAK 58/2010 STATUS DAG 2

1. Sammendrag

Styret gis i denne saken en orientering om status for arbeidet med å nå Dag 2.

Ved Dag 2 skal det være lagt til rette for at Oslo universitetssykehus i organiseringen av pasientbehandlingen skal kunne fungere som ett helhetlig og integrert sykehus. Først når Dag 2 er gjennomført, vil det være fullt ut mulig å flytte pasienter og personell mellom de tidligere helseforetakene og de ulike lokalisasjonene.

2. Tidspunkt for Dag 2

Det har vært en ambisjon at Dag 2 er oppnådd 1. juni 2010. Denne datoen har først og fremst vært knyttet til innføringen av et felles pasientadministrativt system (PAS), innføring av en felles klinisk arbeidsflate og operasjonalisering av en komplett organisasjonsstruktur for hele Oslo universitetssykehus.

Felles PAS vil legge til rette for felles ventelister og henvisningshåndtering ved foretaket. Felles klinisk arbeidsflate vil sikre at man kan hente ut relevant klinisk informasjon på tvers av lokalisasjoner og enheter.

Arbeidet med innføring av nytt PAS ved Rikshospitalet og ny organisasjonsstruktur er forsinket. Leveransen av selve PAS-produktet er fortsatt sikret til 1. juni. Som et risikoreducerende og kvalitetsmessig tiltak er imidlertid tidspunkt for innføringen av nytt PAS på Gaustad og operasjonalisering av ny komplett organisasjonsstruktur utsatt til over sommeren og satt til 13. september 2010. Dette representerer milepælen Dag 2 A. Ved valg av dato ble det vektlagt at man ikke innfører et nytt PAS rundt månedsskifte august/september, av hensyn til rapportering av aktivitet til Helsedirektoratet for 2. tertial.

Styret er tidligere varslet om at arbeidet med implementering av klinisk arbeidsflate er forsinket og tidspunkt for innføring av løsningen vil bli lagt til en egen Dag 2 B. Det vil i styremøtet bli gitt en oppdatert status for dette arbeidet.

3. Organisering av Dag 2-prosjektet

Prosjektene "Dag 2" og "IKT" er nå slått sammen til et integrert "Dag 2-program" for å sikre at alle leveranser til Dag 2 er koordinert og plassert i én ansvarslinje. I tillegg er også enkelte leveranser som til nå har ligget i Programkontoret eller i linjen og som har vesentlig betydning for milepælen Dag 2 blitt inkludert i Dag 2-programmet.

Dag-2 programmet har følgende ansvar:

- Implementere et felles klinisk informasjonsgrunnlag med ny organisasjonsstruktur i sykehuset, og tilrettelegge for muligheten til å flytte pasienter og personell innenfor foretaket.
- Endre pasientbrev og skilting slik at disse samsvarer med ny organisasjonsstruktur og nye navn i organisasjonen.
- Etablere nye prosedyrer og henvisningsrutiner for å samsvare med ny organisasjonsstruktur og navn.
- Sikre formålstjenlige og fleksible IKT- fellesløsninger for å tilrettelegge for muligheten til å flytte pasienter og personell innenfor foretaket.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: VAD medisin

SAK 59/2010 SAMLOKALISERING OG AREALREDUKSJON MOT DAG 4

Oslo universitetssykehus sitt oppdrag med å realisere Helse Sør-Østs styrevedtak 108-2008 innebærer samlokalisering og arealreduksjon. I gjennomføringen av dette vedtok styret den 17. februar følgende (sak 9/2010):

- 1. 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.*
- 2. 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.*
- 3. Styret tar til etterretning at etablering av storbysykehuset ved Kirkeveien innebærer en avgrensning mot regionale funksjoner som i tråd med forutsetningene i hovedsak planlegges samlet på Gaustad.*
- 8. 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.*
- 9. Styret legger til grunn at den geografiske samling av virksomheten bidrar til å redusere det samlede bygningsareal for sykehusvirksomhet innen Oslo universitetssykehus i tråd med*

premissene fra sak 108/2008 Helse Sør-Øst RHF. Avvikling av arealer utenom de sentrale sykehusområdene må i den forbindelse ha prioritet.”

I møte 24. mars (sak 27/2010) ble det redegjort for videre prosess med arealtilpasninger, tilrettelegging og flyttinger av funksjoner som følge av overføring av virksomhet til Akershus universitetssykehus (Dag 3) og at forarbeidet med å etablere prosjektorganisasjon for å gjennomføre kommende sammenflyttinger var påbegynt.

Areal- og aktivitetsprosjektet har nå lagt frem en oversikt over nødvendige og mulige løsninger for flyttinger med sikte på en god samlokalisering av fagområder innenfor eksisterende bygningsmasse inn mot Dag 4. Løsningene er diskutert med alle klinikker, og forankret ledergruppen. Tillitsvalgte har medvirket i prosjektarbeidet, og rapporten blir presentert for alle foretakstillitsvalgte forut for styremøtet. Arbeidet fra prosjektet vil bli videreført som del av utviklingsprosjektet for Oslo universitetssykehus mot Dag 4 som er under etablering (ref sak 60/2010)

Prosjektets anbefalinger vil bli presentert for styret i møte 27. mai 2010. 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.

Arbeidet med å planlegge og klargjøre for samlokaliseringsprosessen er iverksatt. For å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet er det i tråd med fullmakt engasjert ekstern støtte til videre detaljplanlegging og prosjektledelse av samlokaliseringen. Styret vil bli holdt løpende orientert om arbeidet. Det henvises også til sakene 60/2010 og 61/2010 som tar utgangspunkt i det arbeid som er gjort av areal- og kapasitetsprosjektet.

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelsen om samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4 som presentert i møtet til orientering.*
- 2. Styret tar til etterretning at areal- og aktivitetsprosjektets 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.*

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: VAD Medisin og helsefag

Vedlegg:

SAK 60/2010 STRATEGISK HOVEDPLAN FOR VIDERE UTVIKLING AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS MOT DAG 4 (2012)

1. Bakgrunn

Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre et svært omfattende integrasjons- og omstillingsprogram parallelt med ordinær drift i årene framover, jf. styresakene 108-2008 og 130-2008 fra Helse Sør-Øst RHF.

Det henvises til sak 24/2010 Oppdrag og bestilling 2010 Oslo universitetssykehus, behandlet i styremøte 24. mars 2010 der styret fattet følgende enstemmige vedtak:

- 1. Styret viser til styresak 6/2010 Oppdrag og bestilling 2010 og tar til etterretning oppsummering fra møte mellom Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF 8. mars 2010.*
- 2. Styret tar til etterretning at Helse Sør-Øst bekreftet de bestillinger som er gitt i foretaksmøter i 2009 og 2010 og understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF styreprotokoll 24. mars 2010 fortsetter det flerårige omstillingsprosjektet med utvikling av Oslo universitetssykehus i henhold til styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.*
- 3. Styret konstaterer at Helse Sør-Øst deler den overordnede situasjonsbeskrivelsen som ble gitt av Oslo universitetssykehus i møtet, inklusive vurderingene av risiko og utfordringer i 2010 og i de etterfølgende årene.*
- 4. Styret er tilfreds med at Helse Sør-Øst legger til grunn at omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus defineres som et flerårig*

utviklingsprosjekt som må finne sin langsiktige løsning i det forestående arbeidet med økonomisk langtidsplan for 2011-2014 for Helse Sør-Øst.

5. Styret tar Oppdrag og bestilling 2010 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.”

Utviklingen av Oslo universitetssykehus er et flerårig prosjekt i flere faser som er ment å føre fram til fusjonens mål om et bedre, et mer samordnet pasienttilbud og en bedre ressursutnyttelse, jf. ovennevnte styrevedtak. Status for den helhetlige hovedplanen for prosjektet og den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus presenteres for styret i møte 27. mai 2010.

Som styret tidligere er orientert om gjennom sak 30/2010 og 48/2010 har hovedplanen hovedfokus på perioden til og med 2012 (Dag 4). Hovedplanen skal legge til rette for å fullføre en vellykket utvikling av Oslo universitetssykehus i overensstemmelse med vedtak i Helse Sør-Øst RHF styresak 108/2008. Utvikling av planen har grunnlag, både fra hovedstadsprosessen, styresak 108/2008 Helse Sør-Øst RHF, og det arbeid som er gjort i Oslo universitetssykehus. Det vil bli lagt vekt på å sikre videreføring av den kunnskap og innsikt som hittil er ervervet gjennom integrasjonsarbeidet.

2. Utfordringsbildet fram mot Dag 4

Oslo universitetssykehus må gjennomføre betydelige endringer fram mot 2012 for at foretaket skal komme i en stabil og bærekraftig driftssituasjon fra Dag 4. Målet er en samlokalisert klinisk virksomhet i foretakets kjernearealer som gir grunnlag for god pasientbehandling, forskning og undervisning og en økonomi i balanse. Dette skal gi Oslo universitetssykehus handlingsrom framover med økonomi til å håndtere framtidige investeringer og et grunnlag for å begynne arbeidet med framtidige nybygg for å realisere målbildet til Dag 5.

Norsk helsevesen og medisinsk behandling er i endring. Det er en rask utvikling i medisinsk teknologi, nye behandlingsformer og nye måter å yte helsetjeneste på. Sykdomsmønstre i befolkningen endrer seg. Gjennomføring av samhandlingsreformen vil bety mer samarbeid med andre deler av helsetjenesten. Oslo universitetssykehus har et ansvar for å sørge for helhetlige pasientforløp, likeverdig helsetilbud til alle pasienter og utvikling og oppfølging av individuelle planer. Oslo universitetssykehus står også ovenfor spesielle utfordringer knyttet til forventet demografisk utvikling, med en aldrende befolkning, befolkningsvekst, flerkulturell befolkning og sosiale ulikheter.

Fra 2011 skal Oslo universitetssykehus betjene et mindre opptaksområde enn tidligere. Ansvaret for et pasientgrunnlag på nærmere 160 000 overføres til Akershus universitetssykehus. Ansvaret for flere funksjoner skal overføres til Vestre Viken HF, og med overføring av oppgaver følger også et redusert behov for arbeidskraft, bygningsmasse og areal. Det er forutsatt fra Helse Sør-Øst at Oslo universitetssykehus skal håndtere all overtallighet som oppstår som følge av at virksomheten skal neddimensjoneres med redusert opptaksområde. Det vises til styresak 57/2010 for status for dette arbeidet.

Som vedtatt arbeides det med sikte på å samle lands- og regionsfunksjoner på Gaustad samtidig som et Storbysykehus utvikles med tydelig lokalsykehusfunksjon i Kirkeveien. Hensynet til de gode pasientforløpene, forskning, fagutvikling og økonomi, tilsier at så mye som mulig samlokaliseres så raskt som mulig. Flyttinger planlagt i 2010 er i hovedsak flyttinger fra Kirkeveien til Gaustad. Disse vil frigjøre areal i Kirkeveien som etter Dag 3 gir plass for gjenværende klinisk døgnaktivitet fra Sinsen. Det vises til styresak 59/2010 Samlokalisering og arealreduksjon mot Dag 4 (2012).

For å kunne gjennomføre de planlagte omstillingene frem mot Dag 4, vil det påløpe betydelige engangskostnader og investeringer knyttet til flytting og omstilling, byggoppgraderinger, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Dette fører til en rekkefølgeproblematikk og behov for likviditetstilførsel. Det vises til styresak 61/2010 Innspill til langtidsbudsjett for Helse Sør-Øst RHF som redegjør for framtidige investeringsbehov.

Samlet gjennomføringsrisiko er høy, med stort omfang og kompleksitet når det gjelder likviditetssituasjon, bygningsmassen, avhengigheter mot andre aktører, overføringsprosessene med nedbemanning, omfattende IKT implementeringer, tilpasning av drift mot nye rammer. Det vil være krevende, men likevel mulig, under visse forutsetninger å komme over i en stabil og balansert driftssituasjon etter Dag 4. Dette forutsetter imidlertid et flerårig perspektiv med vesentlig netto tilførsel av likviditet de neste to til tre årene.

3. Fokuset i hovedplanen

Integrasjons- og omstillingsarbeidet går nå inn i en ny fase. Flere prosjekter er avsluttet eller er i ferd med å bli slutført. Disse har bidratt til å få på plass viktige premisser for realiseringen av det framtidige målbildet for Oslo universitetssykehus. Areal- og aktivitetsprosjektet har sannsynliggjort at det er mulig å få til en samling av område- og lokalsykehusfunksjoner i storbysykehuset, slik styret har lagt til grunn i sak 9/2010. Overføringsprosjektene for Akershus universitetssykehus og Vestre Viken har langt på vei etablert rammer og plan for overføring av aktivitet og funksjoner. IKT prosjektene knyttet til Dag 2 realisering legger til rette for at Oslo universitetssykehus i organiseringen av pasientbehandlingen skal kunne fungere som ett helhetlig og integrert sykehus. Det er nå behov for omdefinering og en annen organisering av enkelte prosjekter i det videre utviklingsarbeidet.

Hovedplanen etableres med klare milepæler, leveranser og beslutningspunkter. Videre skal avhengigheter og risikofaktorer være identifisert. Nedenfor omtales hovedelementene som inngår i hovedplanen fram til 2012.

Arbeidet mot Dag 3 vil fokusere på en sikker gjennomføring av overføringen til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, redesign i klinikkene, samt å realisere kortsiktige gevinster gjennom tidligere flyttinger. I perioden mellom Dag 3 og Dag 4 vil hovedfokuset være på å gjennomføre de resterende flyttinger, inkludert nødvendig oppgradering av areal for å muliggjøre en frigjøring av Sinsen. Målet er at Oslo universitetssykehus etter Dag 4 skal være i en stabil driftssituasjon med økonomi til å håndtere framtidige investeringer, og i en posisjon hvor arbeidet mot framtidige nybygg for å realisere målbildet til Dag 5 kan begynne.

4. Klinikkenes videre arbeid - redesign

Det er gjennomført en omfattende prosess med å integrere de tre tidligere helseforetakenes organisasjoner i ny struktur og under felles ledelse. Hver klinikk har en organisasjon som spenner geografisk over flere lokalisasjoner, men med felles ledelse. Arbeidet så langt i regi av de integrerte klinikkene viser store muligheter for gevinster innen fag og ressursbruk, og bekrefter de faglige forutsetninger som styrevedtakene i Hovedstadsprosessen bygger på. De største gevinstene både faglig og økonomisk, forutsetter imidlertid samlokalisering av miljøer som i dag er spredt. Klinikkenes videre arbeid kan deles i tre delvis overlappende hovedområder:

- 1. Overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.* Overføringen skal gjennomføres på en ordentlig måte for pasientene og ansatte.
- 2. Opprettholde aktivitet og kvalitetsnivå.* Driftssituasjonen skal stabiliseres for å sikre at drift, vedlikehold og investeringer ivaretas på en bærekraftig måte. Kvalitet på pasientbehandling, forskning og undervisning skal som minimum opprettholdes gjennom perioden med flytting og samlokalisering, og deretter videreutvikles og styrkes som følge av stabil driftssituasjon.
- 3. Redesign.* Det skal utvikles et nytt driftskonsept som styrker kvaliteten i pasientbehandling, understøtter satsning på forskning og undervisning, og sikrer stabil og bærekraftig drift. Samtidig skal dette gi et betydelig løft i effektivitet, med tilhørende reduksjon i kostnadsnivå til et nivå tilpasset framtidig inntektsramme. Dette arbeidet er definert som "klinikk redesign" og er kjernen i sykehusets forbedringsarbeid frem mot Dag 4. Det nye driftskonseptet skal være helhetlig og framtidsrettet, og peke mot Dag 5. Befolkningsutvikling og forventet utvikling i sykdomsmønstre, behandlingsformer og medisinsk teknologi må derfor også legges til grunn for prosessen.

Gjennom dette arbeidet utfordres klinikkene til å løsrive seg fra dagens praksis og tenke nytt rundt framtidig driftskonsept. Eksempler på elementer som forventes å inngå i redesignarbeidet er forbedrede pasientforløp, redusert liggetid, økt bruk av dagbehandling og enhetlig administrasjon av operasjonsstuer og poliklinikker. Beste praksis skal deles på tvers av steder og klinikker, eksempelvis innen størrelse og bemanning av sengeposter. Hele organisasjonen og alle nivåene i klinikkene vil involveres. Det utarbeides klinikkvise mandater for dette arbeidet.

5. Overordnet ledelse og organisering av utviklingsarbeidet

For å sikre nødvendig kvalitet, framdrift og helhet i det videre utviklingsarbeidet har administrerende direktør i større grad valgt å skille ressurser knyttet til driftsoppgaver og til utviklingsoppgaver. Programkontoret under ledelse av visadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen, vil ha ansvaret for å koordinere og lede utviklingsprosjektet. I tillegg skal programkontoret drive kritiske prosjekter og følge opp arbeidet med klinikk redesign som er ledet av klinikkene.

Prosjekter for å drive kritiske oppgaver, herunder planlegging av arealbruk og gjennomføring av flyttinger, overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, Dag 2 og Dag 3, skal etableres med klare mandat og dedikerte prosjektledere.

Det er engasjert sykehusplanleggere for å lede arbeidet med helhetlig planlegging og gjennomføringen av flyttinger, samt støtte klinikkene i deres arbeid med å samlokalisere klinisk virksomhet.

6. Orientering til styret om status i arbeidet

Styret vil bli forelagt status for utviklingsarbeidet i hvert styremøte. Herunder vil styret få seg forelagt rapportering med hensyn på ulike aspekter knyttet til risiko ved gjennomføringen.

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar til orientering foreløpig utkast til strategisk hovedplan for videre utvikling av Oslo universitetssykehus mot Dag 4 (2012).*
- 2. Styret ber om at hovedplanen legges frem for godkjenning i neste styremøte.*
- 3. Styret gir administrerende direktør, i samråd med styreleder, fullmakt til å iverksette investeringer i henhold til styresak 59/2010 for å holde framdriften i samlokaliseringsprosessen.*
- 4. For eventuelle investeringer som trenger godkjenning hos Helse Sør-Øst RHF gir styret administrerende direktør fullmakt til å oversende søknad om dette fortløpende for å unngå unødvendige forsinkelser.*

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	1. Brev av 23. april fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene 2. Svar brev fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF. (ettersendes)

SAK 61/2010 – Mål og budsjett 2011. Strategisk fokus og økonomisk langtidsplan 2011 - 2014.

I brev av 23. april inviterer Helse Sør-Øst RHF helseforetakene til å gi innspill til mål for 2011 og Langtidsplan 2011-2014. Svarfrist er satt til 21. mai.

Administrerende direktør er positiv til at Helse Sør-Øst RHF legger et flerårig perspektiv på sin planlegging. Mange av de utfordringene regionen står overfor og mange av de vedtakene regionen har fattet om endringer som direkte berører Oslo universitetssykehus HF forutsetter en slik flerårig tilnærming. Administrerende direktør vil imidlertid understreke at mange av utfordringene krever et perspektiv også utover den aktuelle 5-års perioden for å kunne bli håndtert på egnet måte. Dette gjelder ikke minst gjennomføringen av vedtakene fra hovedstadsprosessen, det vil si først og fremst styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

I svarbrevet vil Oslo universitetssykehus HF ta utgangspunkt i de to hovedutfordringene helseforetaket står overfor i planperioden:

- Gjennomføre lovpålagte oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring.
- Utvikle helseforetaket i samsvar med overordnede føringer – først og fremst styrevedtak 108-2008 – og egne tilpasninger.

For å kunne sette innspillene fra Oslo universitetssykehus HF i sin rette sammenheng vil det først bli gitt en oversikt over de strategiske utfordringene Oslo universitetssykehus HF står over for. Deretter gis innspill på de problemstillingene som er reist i brevet fra Helse Sør-Øst RHF, herunder forslag

til regionale målformuleringer for 2011. Som grunnlag for videre arbeid i Helse Sør-Øst RHF med mål og budsjett for 2011-2014 vil Oslo universitetssykehus HF oversende et foreløpig investeringsbudsjett for årene framover. I tillegg vil en synliggjøre særlige omstillingskostnader som forventes å påløpe.

Denne styresaken må sees i sammenheng med styresak 59/2010 og 60/2010. Innholdet i nevnte svarbrev vil være avstemt mot disse styresakene.

På grunn av svarfristen fra Helse Sør-Øst RHF vil innspillene fra Oslo universitetssykehus HF bli oversendt før styrebehandlingen 27. mai. Brevet vil bli ettersendt styret når det oversendes Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør vil be om at styret gir sin tilslutning til synspunktene og vurderingene i brevet.

Forslag til vedtak

Styret gir sin tilslutning til vurderingene om mål 2011 og økonomisk langtidsplan 2011-2014 slik de fremgår av Oslo universitetssykehus sitt brev av 21. mai 2010.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
Private ideelle sykehus

Vår referanse:

09/01947-2/123

Deres referanse:**Dato:**

23.04.2010

Saksbehandler:

Erik Hanssen, +47 994 58 925

Mål og budsjett 2011. Strategisk fokus og økonomisk langtidsplan 2011 - 2014.

1. Innledning – hensikten med brevet

Dette brevet danner utgangspunktet for planprosessen for 2011 og samspillet mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF, med sikte på endelig utforming av mål og budsjett for 2011, herunder også utarbeidelse av en økonomisk langtidsplan for perioden 2011-2014.

Prosessen skal bidra til å fastlegge mål og budsjettforutsetninger for 2011 i samsvar med overordnede krav og regionale strategier og prioriteringer.

Det legges til grunn at det i tilknytning til prosessen på regionalt nivå som beskrives nedenfor gjennomføres interne prosesser i helseforetakene, og at disse prosessene skjer i dialog og samarbeid med tillitsvalgte og brukere. De temaer som berøres vil også bli tatt opp til drøfting og videreutviklet i de forskjellige samarbeidsfora; direktørmøter, økonomidirektørmøter, fagdirektørmøter, fagråd mv.

Denne fasen av planarbeidet, jf oversikten nedenfor, vil bli konkludert ved behandling i styret for Helse Sør-Øst RHF 9. juni 2010.

Helseforetakene vil fram mot styremøte 9. juni 2010 bli bedt om innspill både i forhold til utforming av mål og øvrige budsjettforutsetninger. I dette dokumentet konkretiseres ønsker om innspill vedrørende mål 2011. Frist for helseforetakenes og sykehusenes tilbakemelding vedrørende mål settes til 21. mai 2010.

2. Planprosessen for 2011

Det vises til informasjon i direktørmøte 17.02.10 og utsendt presentasjonsmateriale fra møtet. Slik det ble redegjort for, vil arbeidet med utvikling av budsjett og mål for 2011, herunder også langtidsplan for 2011-14, omfatte følgende hovedprosesser:

Prosessen knyttet til "sørge for"-ansvaret er Helse Sør - Øst sin aktivitet for å planlegge, herunder å vurdere og analysere hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. Dette innebærer å ha oversikt over behov og tilbud for helsetjenester, samt ha oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Konkret omfatter planleggingen avklaring og beskrivelse av behovet for å dekke Helse Sør-Østs "sørge for"-ansvar ut fra alle kjente data; aktivitetsmål og kvalitetsindikatorer, herunder bl.a. ventetider og fristbrudd, opplysninger fra kvalitetsregistre og fritt sykehusvalg, innspill fra fagråd etc. Videre inngår prioritering og avklaring av fordeling av bestilling mellom egne foretak/avtalespesialister, sykehus med avtale og kjøpsavtaler fra private ideelle og kommersielle aktører, samt oppfølging av bestillingene gitt i de inngåtte avtaler med helseforetakene og øvrige leverandører.

Strategi og mål skal rulleres hvert fjerde år. Neste hovedrevisjon av plan for strategisk utvikling (omstillingsprogrammet) vil skje i 2012. I årene mellom en slik hovedrullering gjøres justeringer i forhold til strategisk fokus (justere målformuleringer, fange opp styringssignaler fra eier etc.). Mellom hovedrulleringene har denne prosessen som hovedmål å levere grunnlag for mål og strategi kommende år, og målformuleringene skal innarbeides i budsjettprosess for kommende år. Det legges opp til innspill fra helseforetak samt god forankring med brukere og tillitsvalgte.

Budsjettprosessen 2011 gjennomføres parallelt med målprosessen for 2011. Det legges frem en samordnet sak om budsjett og mål 2011 til RHF-styret i juni. I tilknytning til rullering av strategi og mål, utarbeides et 4-årig langtidsbudsjett (økonomisk langtidsplan) som rulleres årlig og justeres i takt med årlige målprosesser og strategisk fokus. I langtidsbudsjettet skal de økonomiske konsekvensene av strategien fremkomme (likviditet, investeringsbehov etc.). Det første året i økonomiplanperioden vil være årsbudsjett 2011.

Prosessen med utarbeidelse av oppdrags- og bestillerdokument ivaretar forarbeid, planlegging og dialog med helseforetakene frem til at arbeidet slutføres og oppdrag – og bestillerdokumentet for 2011 bekreftes i foretaksmøte i januar/februar. Dette dokumentet skal gi helseforetakene en totaloversikt over eiers krav og føringer som det skal leveres i forhold til, og gjøre styrenes og det regionale helseforetakets oppfølging enklere.

Dette arbeidet vil forløpe i følgende faser i 2010:

Periode	Fase	Aktiviteter
15.03-09.06	<p>Utforming av mål 2011 og budsjettforutsetninger 2011.</p> <p>Drøfting av forutsetninger, mål og strategiske føringer for økonomisk langtidsplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Drøfting av forutsetninger, mål og strategiske føringer for budsjettet 2011 og økonomisk langtidsplan. • Interne prosesser og forankring i HF og RHF • Felles drøfting av opplegg og tema gjennomføres i møter med direktører, økonomidirektører, fagdirektører mv. • Respons på overordnede tema og innspill til drøfting Foreløpige mål og budsjettpremisses for 2011 vedtas i RHF-styret
10.06-04.11	<p>Utarbeidelse av budsjett i HF</p> <p>Utforming av og dialog omkring oppdrag og bestilling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utsending av budsjettpremisses, foreløpige inntektsrammer/aktivitet mv basert på styrets vedtak 09.06. • HF-interne budsjettprosesser • Konkretisering og detaljering av krav og rammer for økonomi og aktivitet • Inntektsrammer og mål 2011, herunder strategisk fokus/ økonomisk langtidsplan 2011-2014 vedtas i RHF-styret 4.11.
05.11-31.12	Endelig fastsetting av økonomiske rammer og aktivitetsnivå.	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikring av innsendte HF- budsjetter • Dialogmøter og samspill for å utforme endelige økonomiske rammer og aktivitetsmål

3. Strategisk fokus 2011-14 og mål for 2011

Det vises til vedlegg 1 med skjematisk opplegg for diskusjon av mål for 2011. Helseforetakene og sykehusene bes vurdere eksisterende mål og måloppnåelse og fremme forslag til mål for 2011. Omforente forslag til mål innarbeides i styresak til RHF- styret i juni. I forslaget som legges frem for styret vil risikovurdering av målene pr. 1. tertial 2010 bli innarbeidet.

Plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 Helse Sør-Øst – ”Omstillingsprogrammet” er førende for planprosess og drøfting av mål for 2011. Det vises også til strategisk fokus og mål for 2010 vedtatt i sak 082-2009 (vedlegg 2) og øvrige vedtatte regionale strategier innen forskning, IKT-området, HR-området, innkjøp og logistikk mv.

Målene for 2011 skal uttrykke en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne gjeldende mål for 2011 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

4. Foreløpige budsjettforutsetninger og prioriteringer for 2011

4.1 Målområde pasientbehandling

Eiers krav til aktivitet i 2011 blir kjent når Prop 1 S legges frem primo oktober. Helse Sør-Øst RHF legger opp til at det enkelte sykehusområde i stor grad får frihet til å fordele eventuelle økte inntekter fra statsbudsjettet til aktivitetsvekst på tjenesteområder ut fra egen vurdering av behov. Samtidig som helseforetakene får prioritere aktivitetsveksten der utfordringene er størst, bl.a. for å sikre at fagområder med lange ventetider får tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, må RHFet gjennom de overordnede prioriteringene sørge for at regionen samlet ivaretar et regionalt likeverdig pasienttilbud. Det vil gjennomgående være et fokus på videre arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og omlegging til moderne driftsformer. Pasientenes behov vil være førende for dette arbeidet, som for hele budsjettets innretning.

I 2010 er det ikke et sentralt myndighetskrav at veksten i ressursbruk innen psykisk helsevern og TSB skal være større enn innen somatikken. Det legges til grunn at dette heller ikke blir et krav for 2011. Det vil imidlertid bli førende for innretningen av budsjettet for 2011 at det på en god måte understøtter arbeidet med å redusere ventetidene i tråd med eiers føringer og dekke behovet for helsetjenester.

Fra Helse Sør-Øst RHF sin side vil det imidlertid være et krav at aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og TSB skal ha en større vekst enn i somatisk virksomhet. Det forutsettes også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenesteområdene.

I tillegg skal følgende tiltak prioriteres i 2011 innenfor dette målområdet:

- arbeidet med å redusere ventetider og fristbrudd, herunder økt samhandling med avtalespesialister og fastleger innenfor sykehusområdet
- videreutvikling av tiltak for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen

4.2 Målområde forskning

I Prop 1 S for 2010 signaliserer Helse - og omsorgsdepartementet at de vil vurdere omlegging av forskningsfinansieringen i statsbudsjettet basert på innstillingen fra Magnussen - utvalget. Dette vil Helse - og omsorgsdepartementet eventuelt komme tilbake til i Prop 1 S for 2011.

Videre skal det i 2011

- Arbeides med å konkretisere målet om 5% andel av budsjettet til forskning innen 2018
- Utarbeides regionale retningslinjer for håndtering av overhead- kostnader knyttet til forskningsprosjekter

4.3 Målområde kunnskapsutvikling og god praksis

Det arbeides med en konkretisering og prioritering av virkemidler som kan bidra til reell endring av daglig klinisk praksis. Målet er at pasientbehandlingen skal gjennomføres kunnskapsbasert og effektivt samtidig som vi sikrer helhetlige og gode pasientforløp. Den prioriterte virkemiddelbruken, herunder eventuelle styringskrav som vil bli stilt til helseforetakene, vil være klar i god tid før oppdragsdokument 2011. Særlig aktuell virkemiddelbruk vil være innføring av kliniske styringsindikatorer for prioriterte diagnosegrupper – herunder å tilrettelegge for mer systematisk bruk av benchmarking mellom helseforetak.

4.4 Målområde organisering og utvikling av fellestjenester

Følgende utfordringsbilde legges foreløpig til grunn innen dette målområdet

IKT

- Svært krevende prioriteringsutfordringer i forhold til behov for midler til
 - o gjennomføring av myndighetspålegg og nasjonale fellesprosjekter,
 - o gjennomføring av virksomhetskritiske investeringsprosjekter som direkte konsekvens av omstillingsprogrammet (nye sykehusområder samt Sykehuspartner)
 - o i tillegg til behov for standardisering av infrastruktur og tjenesteportefølje.
 - o fullføring av allerede prioriterte og igangsatte prosjekter innen porteføljen, må prioriteres fremfor nye initiativ.
- Det må jobbes mer systematisk med gevinstrealisering, herunder behov for tiltak for synliggjøring og realisering av gevinst av allerede foretatte IKT- investeringer, effektivitet og kvalitet i klinisk virksomhet

Langtidsplan IKT som vil legges frem for forankring i foretaksgruppen før sommeren med sikte på behandling i styret i Helse Sør-Øst i september, vil belyse mange av disse temaene nærmere. Det tas sikte på at prioritert IKT-portefølje for 2011 (med prognoser for 2012 og 2013) legges frem til behandling i styret i Helse Sør-Øst sammen med budsjett 2011 i november.

Sykehuspartner

- Skal innen budsjettåret 2012 ha realisert 100 mill. kroner i gevinster i forhold til kostnadsnivået i dagens tjenesteportefølje, noe som krever en reorganisering og relokalisering av virksomheten, konsolidering og reforhandling av avtaleporteføljen samt en standardisering av prosesser og teknologi.
- I 2011 skal hovedfinansiering av Sykehuspartner være basert på prinsippet om tjenestepricing gjennom felles avtalemøll

Innkjøp/logistikk

Gevinster skal realiseres gjennom økt avtaledekning og avtalelojalitet, samt profesjonalisert avtaleforvaltning. Rolle/ansvar/oppgavefordeling mellom Sykehuspartner/HINAS/HF og RHF skal optimaliseres. Felles forsyningscenter skal

være hovedleverandør av varer til helseforetakene, finansieringsmodell for forsyningssenteret vil bli vurdert.

4.5 Målområde mobilisering av medarbeidere og ledere

Følgende utfordringsbilde legges foreløpig til grunn innen dette målområdet

- HR-strategi skal implementeres ved lokale handlingsplaner
- Fokus skal rettes mot
 - Utvikling av medarbeidere og ledere
 - Arbeid med å utvikle arbeidsmiljø og redusere sykefravær
 - Utvikling av hensiktsmessige bemanningsløsninger
 - Videreutvikle kompetansestyring og e-læringstilbud

4.6 Målområde bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

4.6.1 Økonomisk langtidsplan for perioden 2011-2014

En økonomisk langtidsplan skal vise de økonomiske konsekvensene av de vedtatte strategier innen de ulike områdene. Langtidsplanen vil derfor være nært knyttet til vedtatt strategisk fokus samt effekten av ovennevnte budsjettforutsetninger, prioriteringer og gevinstrealiseringer på lengre sikt

Formålet er å gi helseforetakene mer forutsigbare rammebetingelser ut over det enkelte budsjettår. Selv om økonomisk langtidsplan, med unntak av det første året i planperioden, ikke vil bære bindende for helseforetakene, vil de rammer som gis i planen gi sterke føringer for de rammebetingelser som kan forventes i perioden

En økonomisk langtidsplan vil omfatte økonomiske implikasjoner av gjennomføring av omstillingsprogrammet, spesielle utfordringer i hovedstadsområdet, implementering av inntektsmodeller for de ulike områdene, aktivitetsnivå, bemanning likviditet og investeringer og gevinstrealiseringer.

Det legges til grunn at budsjettet for det enkelte år vedtas som tidligere.

Et opplegg for økonomisk langtidsplan 2011 - 2014 vil bli lagt frem for RHF- styret i juni sammen med styresaken om budsjett og mål 2011. I juni – saken vil det bli lagt særlig vekt på de regionale prioriteringene som investeringer, fellestjenester og øvrige satsninger og overordnede rammer for helseforetakene i perioden.

Fram til styremøtet i november, vil det bli arbeidet med utvikling av økonomisk langtidsplan for hvert HF og samlet for Helse Sør-Øst innen områdene aktivitet, bemanning, resultat, balanse, investeringer, gevinstrealiseringer og likviditet.

4.6.2 Eksterne økonomiske rammebetingelser for 2011

Det forventes svakere vekst i inntektsrammene til spesialisthelsetjenesten for 2011 og også utover i langtidsperioden. Denne forventningen bygger på de signaler som

er kommet om lavere vekst i offentlige budsjetter fremover generelt som følge av handlingsregelen, og samhandlingsreformen spesielt.

Helse – og omsorgskomiteen avga innstilling til samhandlingsreformen 20. april. Denne vil vi komme tilbake til.

4.6.3 Resultatkrav 2011

Det forventes at eier vil stille krav om et resultat i balanse for foretaksgruppen også for 2011. For å sikre nødvendig langsiktig handlingsrom for investeringer er det nødvendig at det genereres likviditet gjennom resultatmessig overskudd i helseforetakene. For en nærmere omtale av dette vises det til sak nr 093-2009 for RHF- styret, *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde i forhold til prioritering av investeringer i Helse Sør-Øst*.

Ut i fra dette bes helseforetakene om å legge til grunn et krav om resultatmessig overskudd for 2011 i sin interne budsjettprosess.

Resultatkravet vil bli bekreftet i foretaksmøtet i januar 2011.

4.6.4 Ny inntektsmodell

Ny inntektsmodell for somatisk sektor (ISF - finansiert virksomhet) ble vedtatt i 2009, og plan for implementering ble fastlagt.

Modellen vil bli oppdatert med nye data for befolkning, mobilitet, sosioøkonomiske størrelser, aktivitet osv.

Somatikkmodellen vil bli videreutviklet i tråd med de planer som lagt.

Arbeidet med å utvikle en inntektsmodell for bl.a. psykisk helsevern, TSB, rehabilitering og kapital vil bli slutført i henhold til plan.

En regional modell for fordeling av inntekter til prehospitaltjenester forventes ikke å foreligge før 2013, grunnet mangelfullt datagrunnlag.

Det vil bli lagt frem en egen sak for styret i det regionale helseforetaket i juni, hvor alle modellene og de omfordelingsvirkninger disse vil gi vil bli presentert, samt at det vil bli foreslått en implementeringstakt for nye modeller.

4.6.5 Andre forhold som vil påvirke inntektsfordelingen i 2011

I tillegg til implementering av inntektsmodellen, vil bla følgende forhold relatert til omstillingsprogrammet påvirke inntektsrammene for 2011,

- Nye opptaksområder i hovedstadsområdet, hvor Alna bydel og Follo - kommunene overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF fra 01. januar 2011

- Funksjonsfordeling mellom Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus i sykehusområde Oslo
- Etablering av eventuelle flerområdefunksjoner

I tillegg vil det bli vurdert å holde tilbake inntekter til regionale prioriteringer ut over 2010 – nivået.

4.6.6 Investeringer og investeringsstrategi

For investeringsområdet vil de prioriteringsutfordringer som det er redegjort for i sak 093 – 2009 danne grunnlaget for budsjettarbeidet og arbeidet med økonomisk langtidsplan.

Det vil også bli arbeidet med hvilke krav som skal stilles til gevinstrealisering og bæreevne i investeringsprosjekter.

Disse forholdene vil bli videre utredet og konkretisert til saken for RHF- styret i juni

4.6.7 Likviditetsfordeling og likviditetsstyring

Helseforetakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer

Før etablering av nye investeringsprosjekter skal helseforetakene skal ta hensyn til risiko for

- resultatavvik i drift
- avvik i pågående investeringsprosjekter

Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom.

Helseforetakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året. Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko.

Videre utvikling av prinsipper for likviditetsstyring mot 2011 innebærer at det settes økt fokus på:

- Disponering av helseforetakenes egen sparing (evt gjeld)
 - Tilgjengelig likviditet som følge av overskudd på drift
 - Løpende gjennom året
 - Over årsskifter
 - Øvrig ubenyttet likviditet (ikke gjennomførte investeringer, opparbeidelse av buffer mm)
- Disponering av likviditet generert ved salg
- Sammenheng mellom inntektsfordeling og tildeling av likviditet
- Håndtering av forskudd og driftskredittrammer

4.6.8 Prop 1 S (2010 – 2011)

Regjeringens forslag til statsbudsjett 2011 forventes å bli lagt frem ca. uke 40. Føringer, bevilgninger, lønns- og priskompensasjon mv. vil deretter bli innarbeidet i inntektsrammene til helseforetakene og sykehusene, på vanlig måte.

Inntil statsbudsjettet for 2011 foreligger, skal alle budsjetter utarbeides i 2010-kroner.

4.6.9 Foreløpige inntektsrammer i juni

Slik det fremgår av oversikten over faser i budsjett- og målarbeidet foran, tas det sikte på å gi foreløpige inntektsrammer for 2011 allerede før sommerferien. Disse rammene vil være basert på RHF- styrets behandling av sakene om inntektsmodell og budsjett og mål 2011 i juni.

Disse rammene vil kunne bli justert når statsbudsjettet foreligger.

Det tas sikte på å sende foreløpige rammer 2011 ut ca. 20. juni.

Som nevnt innledningsvis vil den videre utformingen av budsjettforutsetningene og de temaer som er omtalt i dette brevet bli tatt opp til drøfting og videreutviklet i de forskjellige samarbeidsfora; direktørmøter, økonomidirektørmøter, fagdirektørmøter., fagråd mv.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Bente Mikkelsen
adm. direktør

Atle Brynestad
viseadm. direktør

Vedlegg

1. Grunnlag for måldiskusjon for 2011
2. Vedtatt Strategisk Fokus og mål 2010 for Helse Sør-Øst

VEDLEGG 1

Grunnlag for måldiskusjon for 2011

Basis for drøftingen er plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 Helse Sør-Øst – ”Omstillingsprogrammet”. Denne er førende for planprosess og drøfting av mål for 2011. Det vises også til strategisk fokus og mål for 2010 vedtatt i sak 082-2009.

Målene for 2011 skal uttrykke en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Helseforetaket bes vurdere mål og måloppnåelse og fremme forslag til mål for 2011. Omforente forslag til mål for 2011 innarbeides i styresak i juni 2010. I forslaget som legges frem for styret vil risikovurdering av målene pr. 1. tertial 2010 bli innarbeidet.

Pasientbehandling - Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
✓ Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jf. sak 108/2008) <ul style="list-style-type: none">- Etablere sykehusområdene- Sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan	Dette er et langsiktig arbeid. Konkrete resultater må evt. måles i bunnlinje og ved konkrete tiltak som er gjennomført. Sykehusområdene er etablert. Funksjonsfordelingsutredninger er igangsatt på flere områder.	✓ Omstillingsprogrammet skal gjennomføres (jfr. Styrets vedtak i sak 108/2008): <ul style="list-style-type: none">– Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80 - 90% av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.– Utvikle helhetlige pasientforløp, herunder akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering skal inngå som en integrert del av pasientforløpene.		

		<ul style="list-style-type: none"> - Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet. 		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kvaliteten skal bedres: <ul style="list-style-type: none"> - Minst 80 % andel epikrise utsendt innen 7 dager - Det skal normalt ikke være korridorpasienter - Det skal ikke være fristbrudd 	<p>Andel epikriser sendt ut innen 7 dager har vært økende innen alle tjenesteområdene, og ligger i 3. tertial 2009 i området 74 -77 prosent, men fremdeles litt unna målet på 80 prosent.</p> <p>Å unngå korridorpasienter har vært tett fulgt i oppfølgingsmøtene med helseforetakene og sykehusene. Andelen korridorpasienter innen somatikk er redusert fra 1,5 prosent i desember 2008 til 0,8 prosent i desember 2009. Tilsvarende tall for psykisk helsevern er 0,9 prosent og 0,4 prosent. Innen somatikk er situasjonen vesentlig forbedret ved mange sykehus. Korridorpasienter er under kontroll og nesten fraværende i de fleste foretak/sykehus innen psykisk helsevern. Eksempelvis har Sykehuset Buskerud innfridd målet og Sykehuset Asker og Bærum Avdeling for akuttpsykiatri har hatt 27 korridordøgn i løpet av 2009, langt lavere enn tidligere år. Ved enkelte andre HF er det fortsatt behov for tett oppfølging og forbedring, til tross for gode resultater av et kontinuerlig og godt arbeid i 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kvaliteten skal bedres: <ul style="list-style-type: none"> - Mer enn 80% av epikrisene skal sendes ut innen syv dager. Andelen epikriser som sendes ut på pasientens utskrivningsdag skal økes. - Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen. - Det skal normalt ikke være korridorpasienter. - Det skal ikke være fristbrudd. 		

	<p>Andel fristbrudd for rettighetspasienter er redusert i 2009 sammenlignet med 2008. Tallene per 3. tertial 2009 er 13 prosent for somatikk, 11 prosent for psykisk helsevern og 6 prosent for rusbehandling (TSB). Resultatene er ikke tilfredsstillende, men må ses i lys av økt antall nyhenvisninger i 2009 og litt økte ventetider på noen områder. Det er indikasjon på at det ikke har vært samsvar mellom etterspørsel og behandlingsskapasitet på alle områder som vil bli fulgt opp gjennom året. Aktivitetsbudsjettet for 2010 legger til rette for dette. Helse Sør-Øst vil følge utviklingen med fristbrudd nøye i 2010.</p>			
<p>✓ Pasientsikkerheten skal bedres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det utarbeides HF-vise planer for reduksjon av sykehusinfeksjoner - Gjennomførte tiltak for reduksjon av feilmedisinering skal dokumenteres 	<p>Under 50% av foretakene har beskrevet planer og/eller tiltak på disse punktene i årlig melding. Ahus har prosjekt på reduksjon av sykehusinfeksjoner (trygg kirurgi), Sykehusapotekene har prosjekter på reduksjon av feilmedisinering.</p>	<p>✓ Pasientsikkerheten skal bedres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser skal dokumenteres i alle helseforetak. - Antallet pasientskadeerstatningsaker skal reduseres 		

Forskning - Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
✓ Forsknings- og innovasjonsaktivitet opprettholdes på samme høye nivå og NIFU-poeng og dr.grader økes i samsvar med økt ressurstilførsel	Til tross for en krevende økonomisk situasjon opprettholdes en sterk satsing på forskning. Tre prosent av samlet budsjett brukes til dette formålet. Dette inkluderer egne budsjettmidler som det enkelte helseforetak bruker til forskningsformål. Nytt forskningsbygg ble åpnet ved Radiumhospitalet i 2009. Er også godt i gang med å gjennomføre handlingsplanen for innovasjon som styret vedtok i 2008.	✓ Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall doktorgrader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, i samsvar med økt ressurstilførsel.		
✓ Etablere regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne	Inkludert i vedtatt forskningsstrategi for Helse Sør-Øst. Tildelt midler til regionale teknologiske kjernefasiliteter.	✓ Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkludert offentlige utviklingskontrakter og patenter) skal økes fra 2009-nivå.		
✓ Utvikle incentiver for stimulering av tverrfaglig forskning og translasjonsforskning	Pågående forskningsprosjekter finansiert av regionale midler(n=368) Andel (%) av prosjekter tilhørende utvalgte områder: Kvinnehelse 3 KOLS 1 Diabetes 2 Rehabilitering / habilitering 6 Kreft 14 Psykisk helse 8	✓ Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.		

	<p>Opptappingsplanen for rusfeltet 1</p> <p>I tillegg finansieres en rekke forskningsprosjekter av eksterne forskningsmidler og av midler med utgangspunkt i driftsbudsjettet på det enkelte helseforetak.</p>			
<p>✓ Tiltak for å understøtte etikk og internkontroll i forskningen implementeres</p>	<p>Helse Sør-Øst har en etablert "good clinical practice" ordning ved Oslo universitetssykehus HF og vil styrke denne ordningen i forbindelse med etablering av regionale forskningsstøttefunksjoner, finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.</p>	<p>✓ Regionale teknologiske infrastruktureltak og nettverk skal etableres. Dette skal bidra til faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne.</p>		
		<p>✓ Regionalt informasjonsnettsted for forskning skal etableres. Nettstedet skal synliggjøre forskningsnyheter, -prosjekter og -ressurser.</p>		

Kunnskapsutvikling og god praksis – Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
<p>✓ Utarbeide og iverksette en samlet strategi for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis</p>	<p>Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver seks strategiske innsatsområder for Helse Sør-Øst. Kunnskapsutvikling og god praksis er ett av disse. For å kunne utvikle kunnskap og tiltak i forhold til disse utfordringene er det i 2009 gjennomført en forstudie for utvikling av gode pasientforløp og kunnskapsbaserte behandlingslinjer. For å understøtte vurderingene om fremtidig kompetansebehov m.v. er det etablert et eget utdanningsutvalg som et rådgivende organ på regionalt strategisk nivå.</p>	<p>✓ Strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis skal videreutvikles.</p>		
<p>✓ Utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling som sikrer faglig riktig liggetid i sykehus</p>	<p>Helse Sør-Øst har et eget fokus på god samhandling gjennom det strategiske innsatsområdet for kunnskapsutvikling og god praksis, herunder fellesregionalt prosjekt for behandlingslinjer, der perspektivet er å utvikle helhetlige behandlingsforløp av god kvalitet med tett samhandling mellom forvaltningsnivå, og med god involvering av brukere og pårørende. Alle helseforetak i Helse Sør-Øst er i dag delaktige i dette utviklingsområdet, og flere av helseforetakene har invitert fastleger og praksiskonsulenter med i arbeidet.</p>	<p>✓ Helse Sør-Øst skal utvikle helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten.</p>		

		✓ Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses. Dette skal bidra til medisinsk behandling av høy kvalitet, hvor unødvendige opphold unngås og effektiviteten i pasientbehandlingen sikres.		
✓ Regionale fagråd etableres	Ti tverrfaglige regionale fagråd er etablert i 2009. Det er store forventninger til at fagrådene skal bidra til at Helse Sør-Øst klarer å gjøre gode valg og prioriteringer, for eksempel når det gjelder å ta i bruk nye behandlingsmuligheter, og de skal være med å legge premissene for de valgene som må tas for å fornye helsetjenesten.	✓ Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistrene.		

Organisering og utvikling av fellestjenester - Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
<p>✓ Administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner</p>	<p>Sykehuspartner IKT er etablert som felles tjenesteleverandør for hele Helse Sør-Øst på IKT-området, og modell for roller og ansvar er operasjonalisert på IKT- området.</p> <p>AdmHR er utrullet for store deler av foretaksgruppen.</p> <p>Samordning av stab- og støttefunksjoner på nasjonalt basis følges opp og rapporteres HOD.</p>	<p>✓ Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realiseres i henhold til plan.</p>		
<p>✓ Implementere bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen</p>	<p>Tiltak vært gjennomført for å legge til rette for økt gevinst gjennom felles innkjøpspraksis i foretaksgruppen, blant annet knyttet til felles forsyningscenter og fremskaffelse av god styringsinformasjon på innkjøps- og logistikkområdet, i forhold til bla. avtaledekning, bruk av forsyningscenteret og avtalelojalitet</p> <p>Det har vært et fokus i 2009 også på utvikling av fellesregional prioritert prosjektportefølje på IKT- området som ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst i desember 09, samt igangsatt arbeid med langtidsplan IKT. Disse fellesinitiativene forventes å gi</p>	<p>✓ Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen. Planer for ønsket gevinstrealisering skal konkretiseres.</p>		

	gevinster knyttet til virksomhetsstyring og gevinstrealisering i foretaksgruppen og således også en bedret koordinering av fellestjenester på IKT- området.			
✓ Samlet realisert gevinst for innkjøp og logistikk skal være 250 MNOK i 2009	Helse Sør-Øst har et ambisiøst program for samordning og gevinstrealisering for innkjøps- og logistikkvirksomheten. Det er utfordrende å sikre tilstrekkelig avtalelojalitet, og bare en liten del av innkjøpene styres foreløpig gjennom egne innkjøpssystemer.	✓ Handlingsplan for innkjøp/logistikk skal sikre samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for å gi best mulig gjennomføringsevne og styrket avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering.		
✓		✓ Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 skal nå 320 mill. kroner i 2010.		
✓ Samlet bygningsareal og kostnader til eiendomsforvaltning reduseres med minst 3 % i 2009	Enkelte HF har ikke rapportert. På dette. Øvrige rapporterer om igangsatte tiltak, men med varierende grad av måloppnåelse. Metoder for dokumentasjon av kostnader og arealbruk er etablert.	✓ Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet skal etableres for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk skal bidra til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10% for perioden 2009 til 2012.		
		✓ Utrulling av AdmHR (administrative HR- systemer) skal følge oppsatt plan.		

Mobilisering av medarbeidere og ledere - Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
✓ Operasjonalisere og implementere vedtatte HR-strategi med fokus på <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisering av medarbeidere og ledere - Kompetanseutvikling - Ressursstyring - Arbeidsmiljø og HMS 	De fleste helseforetak rapporterer om at dette målet er ivaretatt, selv om dokumentasjonen for dette vurderes som noe svak hos et par helseforetak.	✓ Handlingsplanen til HR - strategien skal gjennomføres i henhold til plan. Aktivitetene samordnes gjennom felles styring og årshjul.		
✓ De 12 prinsippene for medvirkning forankres og operasjonaliseres	Ivaretatt, med manglende fra rapportering på dette området fra et par helseforetak.	✓ Regional HMS - policy iverksettes.		
✓ Sykefraværet reduseres med 1 prosentpoeng	Helseforetakene rapporterer om måloppnåelse i sine årlige meldinger, men det er gjennomgående svak dokumentasjon. Samlet vurderes det i RHF-ets årlige melding at det, til tross for krevende omstillinger ved helseforetakene er et noe lavere sykefravær enn i 2008, men det er fortsatt på et for høyt nivå.	✓ Samordnet medarbeiderundersøkelse skal etableres og følges opp i hele foretaksgruppen.		
✓ Sikre god ledelse og lederutvikling på alle nivå	Alle foretakene har intern opplæring for sine ledere i bruk av foretakets systemer og rutiner. Gjennom aktivt arbeid med verdier og holdninger i lederutviklingstiltakene fokuseres lojalitet og målfokus. Dette ivaretas både i lokale og regionale lederutviklingstiltak bl.a. ved bruk av foretakenes egne dagsaktuelle problemstillinger som case.	✓ De 12 prinsippene for medvirkning skal være innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.		

		✓ Sykefraværet reduseres med ett prosentpoeng.		
		✓ Bemanningstilpasninger gjennomføres i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelegges slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode.		
		✓ System og prinsipper for strategisk kompetansestyring skal være utviklet.		

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring - Mål 2009:	Måloppnåelse 2009	Mål for 2010	Risikovurd. pr. 1. tertial 2010	Forslag til mål for 2011
✓ God økonomistyring i henhold til eiers styringskrav	<p>Årlige meldinger fra helseforetakene indikerer for det meste god økonomistyring og resultater i balanse. For noen helseforetak er likevel ikke målet nådd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ahus viser et negativt resultat på 209 mill. • OUS viser et negativt resultat på 96 mill (som er vesentlig bedre enn for de tre helseforetakene som er innlemmet i OUS hadde i 2008). • SiV viser et resultatmessig underskudd på 49 mill (41 mill fra styringsmålet). 	✓ Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.		
✓ Ferdigstille og forankre ny inntektsmodell	Dette er videreført i RHFet og er ikke rapportert fra HF.	✓ Helhetlig virksomhetsstyring skal understøttes av effektive metoder og verktøy.		
		✓ Standardiserte prosesser og pasientforløp skal bidra til kostnadseffektivitet.		

VEDLEGG 2

Vedtatt strategisk fokus og mål 2010 for Helse Sør-Øst

Innledning

Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder og hovedstrategiske valg som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Strategidokumentet, som er Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020, er gjengitt i sin helhet i årlig melding for 2008.

Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.

Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde for 2015-2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.

Strategisk fokus (2010-2013) angir strategisk perspektiver for en tidsperiode på 3-4 år. Det er lagt opp til at strategisk fokus rulleres hvert år mht. målformuleringer og for å fange opp styringssignal fra eier og endringer i behov.

Mål for 2010 som første år i den nye planperioden uttrykker spissede prioriteringer innenfor de seks innsatsområdene i omstillingsprogrammet med basis i nasjonal politikk og regional risikovurdering. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til alle overordnede vedtak og krav fra eier og styret men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål for å oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier og vedtak.

Dokumentet bygger på tidligere strategiprosesser og det samlede arbeid med omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst, slik det er fremlagt for styret i løpet av 2008 samt sentrale styrebeslutninger i løpet av 2009. Utformingen er videre basert på interne prosesser i det regionale helseforetaket, innspillrunde i helseforetakene og direktørmøtet, gjennomganger og innspill fra brukerutvalg og konserntillitsvalgte.

De nye målformuleringene er innarbeidet og lagt til grunn i arbeidet med budsjett for 2010. De inngår også i det samlede bestillings- og oppdragsdokument for helseforetakene/sykehus for 2010. Oppfølgingen av de mål som er vedtatt vil skje gjennom de etablerte rapporteringssystemer og bli forelagt styret gjennom tertialrapport, risikovurdering og årlig melding.

Det er en ambisjon at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Omstillingsprogram – kvalitetsstrategi og mål 2010 - Innledning

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi

Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer.

Målbildet på kvalitet er knyttet opp mot Nasjonal kvalitetsstrategi. Fordi god kvalitet etter denne modellen forutsetter riktig balansering av de seks dimensjonene, er riktige prioriteringer en side ved god kvalitet.

Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.

Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.

Hensikten med Strategisk fokus 2010-2013 er å sikre at foretaksgruppen som helhet tar de riktige valg og fokuserer arbeidet i tråd med Helse Sør-Østs visjon og verdigrunnlag og plan for strategisk utvikling. Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.

Målene for 2010 uttrykker en særlig prioritering innenfor de seks innsatsområdene. Disse målene kommer verken i stedet for eller i tillegg til overordnede vedtak og krav fra eier og styret for Helse Sør-Øst RHF, men er en hjelp til å fokusere og gjennom enkelte presise mål oppnå kvalitetsutvikling og måloppnåelse innen alle vedtatte strategier. Det har vært en betydelig positiv utvikling på flere målområder som for eksempel korridorpasienter og epikrisetid. På disse områdene har en likevel valgt å videreføre tidligere målformuleringer.

Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2010 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.

Plan for strategisk utvikling 2009-2020 - Omstillingsprogrammet - beskriver de strategiske valg regionen har besluttet innen 6 innsatsområdene:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Gjennom Strategisk fokus 2010-2013 settes mål for 2010 innen de samme 6 innsatsområdene. De mål som prioriteres vil bli innarbeidet i budsjettprosessene og den samlede økonomiske prioritering for 2010. Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i driftsavtaler. Formell forankring skjer i foretaksmøte i januar 2010. Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes oppfølgingsplaner og rapporteres i måned, tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.

Vedtatte mål for 2010 skal inngå i risikovurderingene på alle nivå. For kritiske områder forutsettes iverksatt spesielle tiltak, handlingsplaner og lignende som følges opp av foretakenes styrer. Eventuelle tiltak på regionalt nivå utarbeides i et samarbeid mellom det regionale helseforetaket, helseforetak/ sykehus, brukere og tillitsvalgte. Oppfølging av strategier og mål vil også reflekteres gjennom kartlegging av pasienttilfredshet og i medarbeiderundersøkelser

Innsatsområde 1; Pasientbehandling

Befolkningens behov for tjenester endrer seg. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte lidelser. Det vil bli et stadig større fokus på forebygging, palliasjon og mestring for å unngå alvorlig lidelse og sikre livskvaliteten. Dette gir et behov for nærhet til tjenestene, et oversiktlig tjenestetilbud og breddekompetanse i behandlingsapparatet samt annen bruk og utvikling av kompetanse og infrastruktur som bygninger og informasjonsflyt.

Det er nødvendig med et godt og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, både i planlegging av tjenestene, i gjennomføring av pasientforløp og ved evaluering av tjenestene. God samhandling er særlig viktig for pasientgrupper med sammensatte behov, som bl.a. kronikere, eldre og pasienter med psykiske eller rusrelaterte problemer.

Det er samtidig behov for en ytterligere spesialisering innen enkelte fagområder. Dette tilsier samling og spissing av kompetanse på disse områdene.

Stadig flere pasienter kan med fordel behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Denne utviklingen må videreføres i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen. Dette vil medføre at den gjennomsnittlige liggetiden i sykehus reduseres, til beste for pasientene som vil oppleve høyere kvalitet og helsebringende tid i sykehus. Økt bruk av polikliniske og dagbehandling vil kunne bidra til endret oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter god informasjon og samhandling.

Det forventes ingen vesentlig økning i ressurstilgangen. For å styrke tjenestene på prioriterte områder som TSB, psykisk helsevern, rehabilitering og samhandling, vil det derfor være behov for omprioriteringer.

Et likeverdig tjenestetilbud er et sentralt mål. Helse Sør-Øst vil søke å utjevne forskjeller i tjenestetilbud og helsetilstand.

Pasientbehandling – strategisk fokus for 2010-2013

1. Arbeidet med gode pasientforløp forsterkes og videreutvikles.
2. Bedre helsetjenester utvikles på grunnlag av nasjonale føringer, strategisk plan og omstillingsprogrammet.
3. Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde organiseres slik at man legger til rette for helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Dette innebærer samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelige tilbud. Private leverandører og avtalespesialister inngår i oppgave- og funksjonsdelingen i sykehusområdene.
4. Informasjonsflyten mellom helseforetak og kommuner må bedres i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler. Konkrete og forpliktende samarbeidsavtaler videreutvikles.
5. Sykehusområdene utvikler lokalt baserte spesialisthelsetjenester i et forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten.
6. Det etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske pasientforløp innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle sykehusområder.
7. Fremtidig organisering av de prehospitale tjenester utredes. Kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet sikres. Det legges særlig vekt på samhandling, kompetanseheving, ny teknologi og differensierte transporttilbud.
8. Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.
9. Psykisk helsevern (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreutvikles og styrkes som en del av lokalsykehusfunksjonen.
10. Sykehusområdenes rehabiliteringstjenester styrkes. Behandling og rehabilitering integreres og det etableres et lokalt basert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunene.
11. Lærings- og mestringssentrene utvikles som en arena for helseforetakenes samhandling med brukerorganisasjoner og primærhelsetjeneste om pasient- og pårørendeopplæring og sykdomsforebyggende arbeid.
12. Utvikle samarbeidsavtaler som innebærer en tett dialog mellom helseforetak og de kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvikle gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene.
13. Utvikle tilbud for minoritetsgrupper.
14. Utvikle gode holdninger og en respektfull samarbeidskultur i forholdet til brukere, pasienter og pårørende.

Mål for 2010:

- ✓ Gjennomføre styrets vedtak i omstillingsprogrammet (jf. sak 108-2008):
 - Organisere pasienttilbudet innen hvert sykehusområde slik at befolkningen får dekket 80-90 % av behovet for spesialisthelsetjenester innen sitt sykehusområde.
 - Det utvikles helhetlige pasientforløp, herunder innen akuttjenester for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rehabilitering inngår som en integrert del av pasientforløpene.
 - Samhandlingen med kommunene videreutvikles i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler.
- ✓ Kvaliteten skal bedres:
 - Mer enn 80 % av epikrisene utsendes innen 7 dager og andelen sammedagsepikriser skal økes.
 - Elektive operasjoner skal normalt gjennomføres innleggelsesdagen.
 - Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
 - Det skal ikke være fristbrudd.

- ✓ Pasientsikkerheten skal bedres:
 - Det skal dokumenteres reduksjon i sykehusinfeksjoner, feilmedisinering og andre alvorlige uønskede hendelser i alle helseforetak.
 - Antallet NPE-saker reduseres ytterligere.

Innsatsområde 2; Forskning

Det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for pasientrettet forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. Forskningen skjer i henhold til regional forskningsstrategi og tilhørende handlingsplaner for implementering.

Forskning – strategisk fokus for 2010-2013

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst skal gi kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet og komme pasientene til gode. Forskning skal gi kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering samt næringsutvikling.
2. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som en drivkraft for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde til å bidra til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
3. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst skal på lengre sikt (10 år) øke til 5 % av helseregionens driftsbudsjett i tråd med styrets vedtak.
4. Regionale infrastruktureltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid skal bidra til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne.
5. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene skal gi bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering/kostnadsreduksjon og næringsutvikling.
6. Forskningsforvaltningen skal gi gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Forskningsforvaltningen skal understøtte redelighet og godkvalitet i forskningen.

Mål for 2010:

- ✓ Forskningsaktiviteten, målt i publikasjoner og antall dr. grader (NIFU-poeng), er økt fra 2009-nivå, i samsvar med økt ressurstilførsel.
- ✓ Innovasjonsaktiviteten, målt i antall prosjekter (inkl. OFU-kontrakter og patenter) er økt fra 2009-nivå.
- ✓ Regional forskningsstøttefunksjon er etablert ved Oslo universitetssykehus HF for å understøtte forskning av høy kvalitet i hele regionen.
- ✓ Regionale teknologiske infrastruktureltak og nettverk for faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne etableres.
- ✓ Regionalt informasjonsnettsted for forskning (forskningsportal) er etablert, med synliggjøring av forskningsnyheter, -prosjekter og -ressurser.

Innsatsområde 3; Kunnskapsutvikling og god praksis

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god og likeverdig praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at hele pasientforløpet betraktes

som en sammenhengende prosess der alle ledd i kjeden er avgjørende for pasientens opplevelse av et godt helsetilbud. Dette utgjør både en mulighet til å oppnå god og likeverdig behandling, sikre kvalitet i behandling og gjøre tjenesten mer forutsigbar – og står svært sentralt i samhandlingsreformen. Det er et stort potensial for kvalitetsforbedring i helsesektoren. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis basert på forskning, erfaring og brukermedvirkning, forløpstankegang og sykehusene som lærende organisasjoner kan mange feil unngås og kostnadene reduseres samtidig som kvaliteten forbedres. Det er også viktig at det brukes rett kompetanse på rett nivå og til rett tid,

I tråd med samhandlingsformens ambisjoner skal kvaliteten være høy i hele pasientforløpet, fra forebygging gjennom aktiv behandling og rehabilitering til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Behandlingsforløpene skal være trygge, forutsigbare og bygge på kunnskapsbasert praksis. Det er i dag stor forskjell på liggetid for samme diagnose mellom helseforetak. Lengre liggetid i sykehus enn det som er nødvendig for å gjennomføre aktiv behandling medfører risiko for tap av funksjonsevne, infeksjoner og andre komplikasjoner.

Kunnskapsutvikling og god praksis – strategisk fokus for 2010-2013

1. Helse Sør-Øst skal legge til rette for bedre kunnskapshåndtering, helhetlige pasientforløp og god praksis for å dekke pasientens behov. Dette kan nås gjennom å styrke og utvikle gode strukturer, prosesser, anvende riktig kompetanse og kapasitet i helseforetakene og i foretaksgruppen som helhet.

Mål for 2010:

- ✓ Et strategisk program for kunnskapsutvikling, forbedringsarbeid og god praksis videreutvikles.
- ✓ Helseforetakene skal ta del i etablering og drift av de nasjonale kvalitetsregistrene.
- ✓ Helhetlige pasientforløp og bedre samhandling internt i virksomheten, innen sykehusområdet og med kommunehelsetjenesten utvikles.
- ✓ Tiden i sykehus skal være helsebringende og liggetidene skal begrenses slik at det gis medisinsk behandling av høy kvalitet, unngår unødige opphold og samtidig sikrer effektivitet i pasientbehandlingen.
- ✓ Reell brukermedvirkning videreutvikles.

Innsatsområde 4; Organisering og utvikling av fellestjenester

Det må etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler innen IKT-, stab- og støttefunksjoner for derved å frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling, og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner. Behov for arealeffektivisering og fleksibel organisering og arealbruk stiller økte krav til profesjonalitet. Det må realiseres gevinster som følge av standardisering, felles infrastruktur og drift i tilknytning til IKT og innkjøp/logistikk.

Organisering og utvikling av fellestjenester – strategisk fokus for 2010-2013

1. Organiseringen av IKT skal støtte opp under de prioriterte mål for kjernevirksomhetens og sikre god kvalitet på tjenesten, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessig gevinster i helseforetakene i henhold til nasjonale føringer.
2. Gjennom god organisering og bred involvering av ansatte på alle nivå i foretaksgruppen skal det utvikles en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk, inkludert vedtatte retningslinjer for etisk handel.

3. Administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.
4. Overkapasitet skal reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning. Arbeidet med å nå målet med 10 % arealreduksjon og 10 % kostnadseffektivisering i driften av eiendommene for perioden 2009-2012 videreføres. Det etableres delprosjekter innen sentrale driftsområder og arealforvaltning (metoder og insentiver for effektiv arealutnyttelse), som skal bedre styringsmåtene og målemetodene.

Mål for 2010:

- ✓ Bedre koordinering og styring av alle administrative fellestjenester i helseforetaksgruppen er etablert. Planer for ønsket gevinstrealisering er konkretisert.
- ✓ Plan for virksomhetsutvikling og strategi for Sykehuspartner er etablert og gevinster realisert i henhold til plan.
- ✓ Handlingsplan for innkjøp/logistikk sikrer samordnet organisering lokalt, regionalt og nasjonalt for best mulig gjennomføringsevne og styrket understøttelse av avtalelojalitet, kostnadsstyring og gevinstrealisering.
- ✓ Tilrettelagte gevinster i regionale/nasjonale rammeavtaler siden 2007 når 320 mill. kroner i 2010.
- ✓ Omforente metoder og organisering innen eiendomsområdet for å følge opp og dokumentere kostnader og arealbruk er etablert. Innsatsen i 2010 bidrar til en samlet arealreduksjon og kostnadsreduksjon på 10 % for perioden 2009 til 2012.
- ✓ Utrulling av AdmHR følger oppsatt plan.

Innsatsområde 5; Mobilisering av medarbeidere og ledere

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift med 65 000 medarbeidere som er virksomhetens viktigste ressurs. Måten kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på er nøkkelen til å realisere de langsiktige målsettinger og utfordringer Helse Sør-Øst står overfor.

Mobilisering av medarbeidere og ledere – strategisk fokus for 2010-2013

1. Helse Sør-Øst trenger engasjerte og motiverte medarbeidere og ledere som bidrar til å utvikle de faglige miljøene og som sikrer god drift og kvalitet på pasientbehandlingen. Helse Sør-Øst vil bidra til dette bl.a. ved å videreutvikle metoder for endrings- og omstillingsarbeid og legge til rette for bred medvirkning og medbestemmelse.
2. Helse Sør-Øst skal ha et økt fokus på kompetanse og utvikle gode systemer for å rekruttere, utvikle og anvende de menneskelige ressurser. Den enkelte medarbeider skal gis mulighet til å utvikle sin kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter, holdninger, motivasjon og atferd, til beste for pasienten, Helse Sør-Øst og seg selv.
3. Helse Sør-Øst skal ha god oversikt over og styring med ressursbruk og bemanningsutvikling i forhold til de oppgaver som skal løses. Dette krever fokus på ressursanalyse og -forvaltning, videreutvikling av arbeidsprosesser, gode lederdialoger og mer kreativ bruk av teknologi og kompetanse.
4. Helse Sør-Øst skal gjennom HMS-arbeidet utvikle en helsefremmende virksomhet og satse på å utforme et effektivt, inkluderende og støttende arbeidsmiljø. Det skal utarbeides måleparametere og styringssystemer som sikrer at HMS følges opp på en systematisk måte.

Mål for 2010:

- ✓ Handlingsplanen til HR-strategien gjennomføres iht. plan, og aktivitetene er samordnet gjennom felles styring og årshjul.
- ✓ Regional HMS-policy er iverksatt.
- ✓ Samordnet medarbeiderundersøkelse er etablert og fulgt opp i hele foretaksgruppen.
- ✓ De 12 prinsippene for medvirkning er innarbeidet i foretakenes beslutningsprosesser.
- ✓ Sykefraværet er redusert med 1 prosentpoeng.
- ✓ Bemanningstilpasninger er gjennomført i tråd med lov og avtaleverk og tilrettelagt slik at kompetansen kommer helsetjenesten i hele regionen til gode.
- ✓ System og prinsipper for strategisk kompetansestyring er utviklet.

Innsatsområde 6; Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

For å dekke pasientenes behov må virksomhetene styres slik at det skapes en økonomisk handlefrihet til å videreutvikle god kvalitet på tjenestene. Den samlede virksomhet i Helse Sør-Øst, herunder omfang og type pasientbehandling, kompetansesammensetning og bruk av kompetanse, likviditetsstyring og prioritering av samlede investeringer, må innrettes slik at resultatkravet kan nås og at det tas høyde for de utfordringene som foreligger.

Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring – strategisk fokus for 2010-2012

1. Omstilling baseres på riktig prioritering, gevinstrealisering og videreutvikling.
2. Risikostyring på basis av mål, krav, ønsket kvalitet og økonomiske rammebetingelser med fokus på tiltak, er gjennomgående i all styringsdialog og lederutvikling på alle nivåer i foretaksgruppen
3. Beslutninger skal være pasientrettet og etterprøvbare.
4. Stordriftsfordeler realiseres.
5. Private tjenestetilbud skal brukes på en forutsigbar og hensiktsmessig måte for å sikre god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse.
6. Planlegging og ressursallokering skal skje i forhold til regionens samlede "sørge for"-ansvar og nasjonalt helsetsperspektiv i tråd med krav fra eier.

Mål for 2010:

- ✓ Skape økonomisk handlingsrom for å sikre gode og likeverdige helsetjenester og nødvendige investeringer.
- ✓ Helhetlig virksomhetsstyring understøttes av effektive metoder og verktøy.

Kostnadseffektivitet gjennom standardiserte prosess

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	1. Prosjektrapport fra Helse Sør-Øst RHF (utrykt) 2. Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF

SAK 62/2010 – NY FELLES INNTEKTSMODELL I HELSE SØR-ØST

1. Innledning

I styremøte 29. april ble det orientert om arbeidet i Helse Sør-Øst med videreutvikling av felles inntektsmodell (sak 49/2010).

Helseforetakene har deltatt i arbeidet med utviklingen av inntektsfordelingsmodellen for Helse Sør-Øst. Det har vært deltakelse i arbeidsgrupper og i prosjektgruppe som rapporterer til ledelsen i Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetakene har nå mottatt prosjektrapport og er bedt om å komme med tilbakemeldinger. Prosjektrapporten er utrykt vedlegg¹. I denne saken gjengis konklusjonene fra rapporten og hovedpunktene i tilbakemeldingen fra Oslo universitetssykehus HF. Det gjøres oppmerksom på at det har vært divergerende synspunkter fra de ulike helseforetakene både i arbeidsgruppene og i prosjektgruppen. Synspunktene fra Oslo universitetssykehus HF i de nevnte arbeids- og prosjektgruppene er i hovedsak sammenfallende med den tilbakemeldingen som er gitt i vedlagte svarbrev til Helse Sør-Øst RHF.

2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør er positiv til at Helse Sør-Øst utvikler inntektsfordelingsmodell for regionen. Målet om i større grad enn i dag å fordele inntekter ut fra mest mulig objektive kriterier for å sikre likeverdige helsetjenester i regionen, støttes av Oslo universitetssykehus.

Administrerende direktør har imidlertid behov for å gi uttrykk for bekymring knyttet til enkelte forhold rundt prosess og resultater fra arbeidet som er gjort så lang:

¹ Prosjektrapporten er lagt ut på Oslo universitetssykehus sin hjemmeside under styresakene til dette møtet. Rapporten kan også oversendes på forespørsel.

- Det kan synes langt på vei å være en etablert forventning i store deler av foretaksgruppen om at betydelige ressurser skal fordeles ut av Oslo-området på alle områder som omfattes av modellen. Dette forhold forsterkes av at det gjennom Hovedstadsprosessen ble etablert anslag over innsparingsmulighetene ved sammenslåing av Oslo-sykehusene.
- Arbeidet med ny inntektsmodell foregår og kommuniseres i stor grad løsrevet fra de omstillingsutfordringene Oslo universitetssykehus HF står overfor, og med ekstern prosjektledelse. Samtidig som administrerende direktør observerer at det i store deler av miljøet synes å være lite kunnskap om de store omstillings- og pukkelkostnadene fusjonen i Oslo medfører over en to-tre årsperiode frem til 2013. Dette kombinert med en uttrykt og forståelig utålmodighet fra de helseforetak som forventer en vesentlig økning i sin inntektsramme gjør at Oslo universitetssykehus vil understreke viktigheten av å unngå en situasjon der omfattende og raskt implementerte endringer i inntektsgrunnlaget på de ulike områder kombinert med store pågående omstillinger setter foretaket i en enda mer krevende situasjon med økt risiko.
- Det foreligger lite faglig grunnlag for å identifisere og beregne ekstrakostnadene knyttet til å gi likeverdige helsetjenester i regionens eneste storby – Oslo. Det er dermed en risiko for at disse kostnadene forblir underestimert.
- Oslo universitetssykehus HF er i realiteten det eneste helseforetaket som tilbyr, og skal tilby, lands- og regionsfunksjoner. Det har vært opplevd krevende å få aksept og forståelse for en finansiering av disse oppgavene som gir tilstrekkelig kostnadsdekning da det er lite relevant sammenlikningsgrunnlag tilgjengelig.

Forholdene ovenfor tilsier etter administrerende direktørs vurdering at eventuelle omfordelinger i disfavør av Oslo universitetssykehus HF må være godt nok faglig begrunnet og underbygget før de iverksettes. Administrerende direktør mener at de større omfordelingene som det ligger an til på somatikk og psykiatri ikke er tilstrekkelig utredet og forklart til å kunne gjennomføres med store utslag allerede i 2011. Det foreslås derfor at innslag av ny inntektsfordelingsmodell i disfavør av Oslo universitetssykehus bør utsettes til etter 2012.

3. Gjennomgang av konklusjoner og tilbakemelding fra Oslo universitetssykehus

Analysearbeidet som ligger til grunn i rapporten er i hovedsak utført av sekretariatet i Helse Sør-Øst. Representantene i prosjektgruppen og de enkelte arbeidsgruppene har ikke gjennomgått beregningene, men deltatt i diskusjonene ut fra en prinsipiell tilnærming. Konklusjonene på de ulike områdene er som følger:

Psykiatri

Prosjektgruppa går inn for en modell for finansiering av psykiatri med tilsvarende oppbygning som for somatikk. En problemstilling i dette arbeidet har vært å definere ett, eller flere, kriterium som tar hensyn til økende forekomst av alvorlige psykiske lidelser med økende bystørrelse og innvektingen av denne eller disse kriteriene. Prosjektgruppa finner det dokumentert at det er et merbehov i større byer, men det foreligger ikke dokumentasjon ut fra et faglig perspektiv på å beregne dette merbehovet på dette tidspunktet. Prosjektet har derfor valgt å legge inn en faktor "Innbyggertall kvadrert", dvs. befolkningstall pr kommune kvadrert og summert for så å beregne andel pr sykehusområde.

Prosjektgruppen er ikke enig om hvordan dette kriteriet skal brukes og anbefaler at Helse Sør-Øst vurderer innvektingen av ”Innbyggertall kvadrert” i samband med implementeringen av modellen fra 2011.

Prosjektgruppen foreslår at koblingen mot strategi, som skal legge til rette for et likt tilbud og forbruk av helsetjenester i regionen, endres i forhold til arbeidsgruppens forslag. Arbeidsgruppen har foreslått at all øking i inntekter som modellen utgangspunktet viser for sykehusområder med et forbruk signifikant over gjennomsnitt (2 pst), trekkes inn og omfordeles. Dette gir et kraftig incitament til å redusere aktivitet, som ikke synes ønskelig. Prosjektgruppens anbefaling er at en noe større økning i inntekter beholdes. Modellen for omfordeling gjennom inndragning av inntekter fra sykehusområder med høyt forbruk, legges også opp med flere trinn, med økende grad av reduksjon i økte inntekter med økende grad av forbruk over gjennomsnitt.

Rus

På bakgrunn av de store relative omfordelingsvirkningene, de store forskjellene i forbruksindeks pr 2009 og usikkerhet rundt de økonomiske forutsetningene i opptrappingsplanen for rusfeltet, er det arbeidsgruppens vurdering at det er prematurt å starte et løp som skal gi en full innfasning av modellen som sådan fra 2011. Arbeidsgruppen mener allikevel at arbeidet med ny inntektsmodell representerer mye ny kunnskap som bør benyttes inn mot årlig, og flerårig, styring av aktivitet og fordeling av inntekter. Det anbefales også å etablere et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene, og vurdere metoder for å synliggjøre det enkelte sykehusområdes bruk av private tjenester.

Kapital

Prosjektgruppen har langt på vei, men ikke fullt ut konkludert med at det er mulig å utvide inntektsmodellen til også å dekke finansiering av kapital gjennom behovs-, kostnads- og mobilitetskomponenten med enkelte tilpasninger. Før det er mulig å konkludere mener prosjekt gruppen at det er viktig å få avklaringer på hvordan aktivitet og pasientmobilitet kan og bør håndteres i forhold til en fordeling etter predikert behov for spesialisthelsetjenester i sykehusområdene. Det er dessuten viktig å avklare hvorvidt en skal inkludere en særskilt finansiering av de største investeringsprosjektene i modellen.

Prosjektgruppen påpeker at det synes riktig og viktig at dette arbeidet fortsetter løpende, og ikke avventer nytt inntektsmodellprosjekt med levering langt frem i tid. Prosjektgruppen mener at arbeidsgruppen som har vært etablert, bør fortsette sitt arbeid med mål om levering av en konkret anbefaling til Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2010. Hvilken innfasning som skal gjøres gjeldende for en eventuell inkludering av kapitalfinansiering i inntektsmodellen, vil måtte vurderes når det foreligger en anbefaling på en modell. Uansett må innfasningen, dersom det vedtas, kun bevirke mindre økonomiske omfordelinger for 2011. Budsjettprosessene i helseforetakene vil være kommet langt på tidspunktet for en slik beslutning, og utfordringene ved å håndtere endringer i rammeforutsetninger er store sent i prosessen.

Somatikk - abonnement

Arbeidsgruppen har valgt en tilnærming basert på KPP-modellen (kostnad per pasient) fra OUS/Rikshospitalet. Prosjektgruppen mener dette gir en god dokumentasjon for kostnadsnivået for spesialisert somatikk ved Rikshospitalet. Det

gjennomføres videre beregninger som ekskluderer pasienter fra Oslo og Akershus for å sikre bedre estimat på det som er lands- og regionsfunksjoner.

Prosjektgruppen anser på bakgrunn av det arbeidet som er utført av arbeidsgruppen med data fra OUS/Rikshospitalet at det er sannsynliggjort at kostnadene ved spesialiserte tjenester OUS/Rikshospitalet ikke vil få full dekning gjennom et samlet prisnivå for disse på 120 pst av ISF-prisen. Prosjektgruppen vil imidlertid ikke konkretisere en ny pris på nåværende tidspunkt. Det påpekes i denne sammenheng at en økning i prisnivå på 1 pst poeng ville øke overføringen til Oslo med ca 27 millioner kroner. Det er med andre ord betydelige beløp som endres på en tilsynelatende liten endring i prisnivå.

Prosjektgruppen anbefaler at Helse Sør-Øst RHF vurderer omfanget av økonomiske omfordelinger som gjøres med utgangspunkt i inntektsmodellen for somatikk i forbindelse med budsjett og inntektsfordeling for 2011. Dette gjelder da særlig omfordeling med reduserende virkning på basisinntekter for Oslo sykehusområde. Prosjektgruppen mener vider at det må arbeides videre med analyser og undersøkelser. Dette vil legge til rette for at ny pris kan konkretiseres, slik abonnementsordningen for spesialiserte tjenester bidrar til at full implementering av inntektsmodellen for somatikk kan gjøres fra 2012, som tidligere forutsatt.

Tilbakemelding fra Oslo universitetssykehus

Vedlagt følger hørings svar fra Oslo universitetssykehus. Hovedpunktene i hørings svaret er følgende:

- Behovet for å se på tidsmessig tilpasning av de effekter modellen gir i forhold til de omstillingskrav hovedstadsområdet står overfor som følge av vedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.
- Oppfølging av uavklarte forhold fra prosessen i 2009, nærmere bestemt datagrunnlaget for å beregne behovskomponenten for somatikk og finansiering av undervisning.
- Behovet for et bedre faglig grunnlag for fordeling av ressurser innen psykiatri og rehabilitering.
- Behovet for å vurdere kapital videre i lys av de andre komponentene i modellen når effekten av disse er endelig avklart.

Forslag til vedtak

1. Styret tar vedlagte brev til Helse Sør-Øst RHF til etterretning.
2. Styret tar redegjørelsen om arbeidet med inntektsmodell i Helse Sør- Øst RHF til orientering.
3. Styret ber om å bli oppdatert om arbeidet i de kommende styremøtene.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør samhandling
Utrykt vedlegg:	Leieavtale

SAK 63/2010 – LEIEAVTALE MELLOM KREFTREGISTERET OG OSLO CANCER CLUSTER INNOVATIONSPARK AS

Kreftregisteret, institutt for populasjonsbasert kreftforskning, har i atskillige år hatt som strategi gjensidig translasjonsforskning mellom de tre forskningskategoriene grunnforskning, klinisk forskning og epidemiologisk forskning. I tillegg har instituttet i nyere tid bidratt til innovasjon gjennom kompetanse og data. Internasjonale forskningsinstitutter viser betydelig interesse for samarbeid med Kreftregisteret i kliniske forsøk. Kreftregisteret tar selv initiativ til frontlinjestudier innen årsaksforskning og studier av typen reality-based medicine innen screening og kliniske kvalitetsregistre. På bakgrunn av dette ønsker Kreftregisteret en lokalisering nærmere de viktigste kreftforskningsmiljøene i Oslo-området.

Kreftregisterets nåværende leieavtale i Fridtjof Nansens vei 17/19 utløper 31. oktober 2012 med opsjon på 2 års forlengelse. Varsel om forlengelse eller oppsigelse skal gis minimum 12 måneder før utløpet av leieforholdet. Kreftregisterets samlede leieareal utgjør i dag 3289 kvm til en samlet leie på ca. 7,4 millioner kroner. I tillegg kommer felleskostnader med ca. 1,4 millioner kroner per år. Kreftregisterets arealbehov antas å øke fremover i sammenheng med at registeret er blitt tildelt utvidete oppgaver i forbindelse med etablering av nye organrelaterte kvalitetsregistre.

Kreftregisteret er finansiert gjennom bevilgning på statsbudsjettet, Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester, Kap. 732 Regionale helseforetak, Post 70 Særskilte tilskudd. Husleien vil bli betalt av denne bevilgningen.

I forbindelse med etableringen av Oslo Cancer Cluster (OCC) på Montebello nær Radiumhospitalet, der Kreftregisteret er medlem, er Kreftregisteret også gitt mulighet til å inngå som et samlokalisert element med andre aktører innenfor kreftfeltet. Oslo Cancer Cluster Innovationspark AS (OCCI), som eies 50/50 av foreningen Oslo Cancer Cluster og Oslo Næringseiendom AS, planlegger oppført et nytt bygg i Ullernchausseen. Kreftregisteret har fremforhandlet en leieavtale i dette bygget med OCCI. Avtalen er utrykt vedlegg til saken og oversendes på forespørsel. Totalt leieareal utgjør ca. 3600 kvm BTA inkl. fellesareal. Areal til eksklusivt bruk utgjør ca. 3200 kvm BTA, og tilsvarer dagens areal til samme formål. Av totalbeløpet på 8,1

millioner kroner utgjør 7,4 millioner kroner leie og 675000 kroner felleskostnader (estimert ut fra dagens kostnadsnivå). I tillegg kommer leie av garasje plasser som skal forhandles i separat avtale. Det er videre en mulighet for utvidelse av leiearealet. Leieforholdet hos OCCI er planlagt å starte 1. september 2013. Leieforholdet løper i fem år uten oppsigelse, og leietaker har deretter rett til å forlenge leieforholdet på tilsvarende vilkår for en periode på fem år, og deretter ytterligere fem år.

Forutsetningene for leie er at OCCIs festeavtale med Oslo kommune for eiendommen blir godkjent, og at utleier får innvilget alle nødvendige offentlige tillatelser innen 1. april 2011. Det er videre inntatt forbehold i leieavtalen om at utleier lykkes med å inngå leieavtaler for eiendommen innen 1. april 2011, og at utleier oppnår tilfredsstillende finansiering.

Kreftregisteret har, og skal fortsatt ha, en nær tilknytning til samtlige helseregioner og sykehus. Kreftregisteret finner ikke at det står i motsetning til samlokalisering med sentrale kreftforskningsmiljøer på Radiumhospitalet. Vurderingen er heller at dette vil åpne for nye muligheter og at en slik samlokalisering vil styrke det totale kreftfaglige miljøet i Norge. Foreningen OCC's medlemmer inkluderer miljøer fra hele Norge.

Kreftregisteret har eget styre med representanter fra alle helseregionene med solid kreftfaglig kompetanse. Styret i Kreftregisteret sluttet seg den 14. oktober 2009, til inngåelse av leieavtalen. Styret understreket verdien av at Kreftregisteret gjennom dette kommer i nærhet til et faglig tungt kreftmiljø men samtidig med separat lokalisering for å markere Kreftregisterets nasjonale rolle og oppgaver. Saken ble ikke behandlet i Oslo universitetssykehus sitt styre, men først lagt frem for Kreftregisterets nye styre den 5. mai 2010. Det nye styret sluttet seg også til forslaget til leieavtale og ba om at saken ble fremmet for styret i Oslo universitetssykehus.

Forslag til vedtak

- 1. Styret gir sin tilslutning til at det inngås leieavtale som redegjort for mellom Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark AS og Kreftregisteret, Oslo universitetssykehus HF, i samsvar med den fremlagte avtale.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere leieavtalen.*

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuerlig forbedring

SAK 64/2010 VALG AV MEDLEM TIL BRUKERUTVALGET

Styret oppnevnte i møte 7. mai 2009 (sak 68-2009) Brukerutvalg for Oslo universitetssykehus, med en funksjonstid på 2 år.

Medlem Arne Lein har meddelt at han vil tre ut av Brukerutvalget, på grunn av stort arbeidspress.

Arne Lein ble nominert av Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO), og SAFO har meddelt at de nominerer Lilli-Ann Stensdal som nytt medlem av Brukerutvalget. Lilli-Ann Stensdal representerer SAFO, Norges Handikapforbund og Landsforeningen for kvinner med bekkenløsningsplager, og har tidligere vært medlem av Brukerrådet ved Ullevål universitetssykehus. Hun er brukerrepresentant i prosjektet "standardiserte brevmaler ved Oslo universitetssykehus" og deltar i arbeidet med pasientundersøkelsen.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning at Arne Lein fratrer som medlem av Brukerutvalget, og oppnevner Lilli-Ann Stensdal som nytt medlem.
2. Lilli-Ann Stensdals funksjonstid følger den for de øvrige medlemmer av utvalget.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dokument: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: 1) Handlingsplan innkjøp og varelogistikk 2010
2) Regionale etiske retningslinjer
3) Brev fra Helse Sør-Øst RHF

SAK 65/2010 – HANDLINGSPLAN INNKJØP OG VARELOGISTIKK 2010 OG ETISKE RETNINGSLINJER FOR INNKJØP OG LEVERANDØRKONTAKT

I oppfølgingen av foretaksmøte 3. februar 2010 har Oslo universitetssykehus HF gjennomgått regional strategiplan og handlingsplan for innkjøp og logistikk og utarbeidet en handlingsplan 2010 for Oslo universitetssykehus HF.

I denne sammenheng og som oppfølging av brev fra Helse Sør-Øst av 15. januar 2010 har Oslo universitetssykehus gjort gjeldende de regionale etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF i sak 095-2009.

Oslo universitetssykehus skal være pilot eller referansesykehus i Helse Sør-Østs Logistikkprosjekt. Dette prosjektet er igangsatt med hovedmål å kartlegge forhold som kan bidra til å øke omsetningen over Forsyningssenteret fra alle helseforetakene i regionen. Det har vært naturlig for virksomhetsområde innkjøp og logistikk å avvente prosjektmandat for å samkjøre aktiviteter. Prosjektet ledes av Ernst & Young og har først kommet i gang etter påske. Oslo universitetssykehus er representert i styringsgruppen og har tilbudt betydelige interne ressurser til prosjektarbeidet, men blir først direkte involvert etter sommeren 2010.

Andre aktiviteter som er igangsatt og som kan kjøres uavhengig av Logistikkprosjektet er først og fremst å sikre samsvar mellom varekatalogene i Oslo universitetssykehus og Forsyningssenteret. Siden Oslo universitetssykehus har tre logistikksystemer er oppgaven tidkrevende, men skal være avsluttet innen 1. juli 2010. Alle forbruksvarer som lagerføres både på Forsyningssenteret og i Oslo universitetssykehus skal fra da utelukkende kjøpes via Forsyningssenteret. Videre vurderes mulige måter å effektivisere driften ved de fire sentrallagrene og den interne vareforsyningen ved Oslo universitetssykehus.

Gjennom Logistikkprosjektet skal Oslo universitetssykehus få bistand til å avdekke hvilke tiltak som må treffes eller prosedyrer som må endres for å øke volumet fra Forsyningscenteret utover det som er nevnt over. Det kan bl.a. innebære både investeringer og endringer av arbeidsoppgaver for medarbeidere på sentrallagene. Siden leveranser fra Forsyningscenteret i 2010 gis et påslag på 8% og fra 2011 12% på innkjøpspris fra leverandør, vil det også være ønskelig å få gjennomført et business case som dokumenterer lønnsomheten av evt. investeringer i Oslo universitetssykehus.

Forslag til vedtak

- 1. Styret tar foretakets handlingsplan innkjøp og logistikk for 2010 til orientering*
- 2. Styret tar de regionale etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt til etterretning*

Oslo, 20. mai 2010

Siri Hatlen

Handlingsplan for innkjøp og varelogistikk i Oslo universitetssykehus HF for 2010

Bakgrunn

Handlingsplanen for innkjøp og logistikk i Oslo universitetssykehus HF 2010 er basert på strategi- og handlingsplaner for innkjøp og logistikk som er behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF.

- 128-2008 Strategiplan innkjøp og logistikk 2009-2012
- 011-2009 Handlingsplan innkjøp og logistikk 2009
- 096-2009 Styringsmål Innkjøp 2010

Handlingsplan innkjøp og logistikk 2010 for Helse Sør-Øst er foreløpig ikke styrebehandlet.

Formål

Formålet med handlingsplanen er å angi og prioritere tiltak for innkjøp og logistikk i Oslo universitetssykehus HF i 2010 som sikrer måloppnåelse i forhold til konkrete mål for prioriterte nøkkelindikatorer innen innkjøp og logistikk beskrevet i styresak 096-2009 Styringsmål innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst RHF.

I denne planen benyttes begrepet logistikk på samme måte som i Helse Sør-Østs strategi- og handlingsplan, dvs. om bestilling, mottak og videre intern håndtering av forbruksvarer.

I styresak 096-2009 fremgår det at helseforetakene for 2010 får krav til måloppnåelse i forhold til prioriterte nøkkelindikatorer innen innkjøp og logistikk. Kravene vil bli fulgt opp av helseforetakenes styre som en del av den ordinære oppfølgingen av bestiller- og oppdragsdokumentet og krav til rapportering. Nøkkelindikatorer er i samsvar med de som er innført i forbindelse med tertialrapporteringen i 2009:

1. Bruk av forsyningscenteret
2. Utnyttelse av forsyningskonseptet aktiv forsyning
3. Potensielle prisgevinster i nye innkjøpsavtaler
4. Avtaledekning
5. Avtalelojalitet
6. Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem
7. Bruk av elektronisk produktkatalog

Utfordringer

Oslo universitetssykehus HF står ovenfor en rekke oppgaver som følge av etableringen av det nye helseforetaket fra 1. januar 2009, noe som også gjelder Virksomhetsområdet for Innkjøp og logistikk i Oslo sykehusservice. Ny organisasjonsstruktur og ledelse kom på plass i tidsrommet oktober-desember 2009. Innkjøpsavdelingen er organisert med ny leder på tvers av de tre gamle innkjøpsavdelingene, men avdelingen er foreløpig ikke samlet på samme sted. Logistikkfunksjonen er organisert med tre ledere som leder hver av de tre gamle logistikkenhetene.

For en tid fremover vil følgende rammebetingelser gjelde for Virksomhetsområde innkjøp og logistikk:

- Tre geografiske plasseringer av innkjøpsavdelingen under felles ledelse
- Ulike fysiske betingelser og praktiske organisering av logistikkfunksjonen
- Tre forskjellige innkjøpssystemer hvor bestilling, samt logistikk- og lagerfunksjonen håndteres, med ulike rutiner knyttet opp mot de tre systemene
- Tre forskjellige fakturaflyt-systemer som er knyttet opp mot de tre innkjøpssystemene
- Økonomiske rammebetingelser for å få på plass et bærekraftig helseforetak gjør at man skal få på plass nye felles rutiner på tvers av de tre gamle avdelingene samtidig som Virksomhetsområdet totalt sett har fått strammere rammebetingelser.

De tiltakene som skal gjøres for å tilpasse Virksomhetsområde innkjøp og logistikk til nye forutsetninger er innarbeidet i budsjettet for Oslo sykehuservice og blir ikke omtalt her.

Hensikten med denne handlingsplanen er derfor å presentere planlagte tiltak som støtter opp om mål og tiltak i de regionale strategi- og handlingsplanene for innkjøp og logistikk, samtidig som dette ses i lys av de spesielle utfordringene som Oslo universitetssykehus HF har som følge av fusjonen.

Bruk av forsyningscenteret:

”Forsyningscenteret og bruk av dette er sentral i strategiplanen til innkjøp og logistikk for 2009-2012. Forsyningscenteret er viktig for å kunne sentralisere og utøve innkjøpsmakt i større grad enn hva som har vært mulig tidligere og av den grunn en indikator som er viktig for regionen”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Helse Sør-Øst skal gjennomføre et Logistikkprosjekt som skal bidra til økt utnyttelse av Forsyningscenteret. Oslo universitetssykehus HF skal delta i dette og stille ressurser fra Virksomhetsområde innkjøp og logistikk slik at sykehuset kan utnytte Forsyningscenteret ytterligere ved bruk av avdelingspakker
- Bruk av Forsyningscenteret økes så langt det er mulig i 2010 uten nye investeringsmidler. Lagrene endrer bestillingsrutiner på nye tilgjengelige produkter fra Forsyningscenteret slik at disse tas fra forsyningscenteret og ikke direkte fra leverandør.
- Det utarbeides SLA avtale mellom Oslo universitetssykehus og Forsyningscenteret tilpasset hver av driftsenhetene.
- Avvik fra Forsyningscenteret følges aktivt opp gjennom Logistikkforum og det søkes å forbedre rutiner som ikke fungerer hensiktsmessig ved sykehuset.

Utnyttelse av forsyningskonseptet aktiv forsyning:

”Håndtering av varer i hvert helseforetak bør gjøres så effektivt og standardisert som mulig”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Analysere muligheten og økonomien i å gå fra tre til ett evt to felles sentrallagre ved Oslo universitetssykehus HF

- Standardisering av sortiment på sentrallagrene
- Felles retningslinjer og rutiner for sentrallagrene
- Optimalisering av kjørerutene for transport av varer fra sentrallagrene til avdelingslagrene
- Strekkodeprosjektet fra Ullevål universitetssykehus HF videreføres i Oslo universitetssykehus HF etter DAG 2 og utrulling skjer på avdelingslagre som pr dags dato ikke har strekkoder.

Potensielle prisgevinster i nye innkjøpsavtaler:

”Koordinering og samkjøring av anskaffelser er en forutsetning for å etablere en god avtaleportefølje. Fragmenterte innkjøp og ukoordinerte kjøp vil ikke gi de samme gevinster som en samlet og koordinert kjøpsprosess kan gi”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Når det avdekkes behov for en anbudskonkurranse ved en klinikk, skal det gjøres en kartlegging av det samlede volum ved hele sykehuset som det er behov for avtaledekning på. Det tas så kontakt med sentral innkjøps- og logistikkenhet i Helse Sør-Øst for å vurdere om produktområdet er egnet for regionalt, nasjonalt eller bare lokalt anskaffelsesprosjekt.
- I forbindelse med alle anbudskonkurranser skal det utarbeides business case og implementeringsplaner for å hente ut potensielle gevinster.

Avtaledekning:

”Hvert foretak er ansvarlig for dekning av avtaler på innkjøpene som gjøres. En viktig del av avtaledekningen gjøres på nasjonalt og regionalt plan. Helseforetakene må sørge for å dekke seg inn på de områder det ikke finnes nasjonale og regionale avtaler”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Det settes i gang et arbeid for å samordne tidligere lokale avtaler ved de tre gamle helseforetakene slik at man oppnår en felles avtale for hele Oslo universitetssykehus. Det tas utgangspunkt i felles avtaleoversikt for å identifisere avtaleområder som er overlappende. Samordning skjer enten ved reforhandling av flere avtaler til en felles avtale, eller ved å kunngjøre ny anbudskonkurranse.
- Den samlede avtaledekningen for Oslo universitetssykehus HF skal kartlegges og økes. Innkjøpsavdelingen organiseres med kategoriansvar pr innkjøper ihht den strukturen som er definert i Helse Sør-Øst. Det skal analyseres hvilke kostnader sykehuset har innenfor hver kategori, hvor stor avtaledekning vi har ift lokale-, nasjonale- og regionale avtaler for å kartlegge produktområder der sykehuset samlet sett har behov for å foreta nye anbudskonkurranser, samt hva som forventes i besparelse innenfor hver kategori.

Avtalelojalitet:

”Anbudsprosesser sikrer både kvalitet av produkt/tjeneste, samtidig som det skal gi en økonomisk gevinst. For at foretaket skal sikre at man bruker gode nok varer til de beste prisene, er det viktig at avtalene brukes. Måling av avtalelojalitet vil kartlegge i hvor stor grad foretaket håndterer dette”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Alle inngåtte rammeavtaler, det være seg lokale, nasjonale eller regionale rammeavtaler skal overholdes.
- Innkjøpsavdelingen følger aktiv opp registrering av nye leverandører slik at man avdekker eventuelle kjøp fra ikke-avtaleleverandører og av ikke-avtaleprodukter før bestilling finner sted.
- Innkjøpsavdelingen skal gjennomføre månedlig oppfølging av avtaledekningen gjennom innkjøpsmålinger. Ansvarlig innkjøper for hver kategori skal gjennomgå avtalelojalitet i forhold til de 3 største leverandørene og sette i gang handlingsplaner for å forbedre avvik.

Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem:

”Et virkemiddel til å få høyere avtalelojalitet er økt bruk av elektronsikk bestillingssystem. I disse systemene vil avtaleprodukt og tjenester være tilgjengelig for brukerne, noe som vil gjøre det lettere å veilede brukerne til avtaleprodukt og -tjenester. Måling av denne dimensjonen vil kartlegge i hvor stor grad foretaket tar i bruk eksisterende verktøy til å underbygge god avtalelojalitet”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Alle ansatte som skal være brukere av innkjøpssystemene skal gå på kurs før brukertilganger opprettes.
- Bestillingsrutine for varer og tjenester ved sykehuset legges ut blant Styrende dokumenter og forankres i klinikkene. Bestillingsrutinen gjelder for alle ansatte i Oslo universitetssykehus og skal følges.
- Innkjøpsavdelingen utarbeider rutiner for når årsrekvisisjoner kan benyttes.
- Innkjøpsavdelingen skal gjennomføre månedlig oppfølging av systembruk gjennom innkjøpsmålinger. Ansvarlig innkjøper for hver klinikk skal tertialvis gjennomgå disse med klinikkledelsen og sette i gang handlingsplaner for å forbedre avvik.
- I samarbeid med IKT utrede mulighet for å ta i bruk felles system hvis det nasjonale prosjektet (NPSS) for nytt felles innkjøp- og logistikksystem trekker ut i tid.

Bruk av elektronisk produktkatalog:

”Produktkataloger sikrer at innholdet i de elektroniske bestillingssystem er kvalitetssikret og oppdatert med riktige priser og betingelser til enhver tid. Dette vil være tilgjengelig for alle brukerne av i systemet og vil legge til rette for økt avtalelojalitet”.

Tiltak 2010 i Oslo universitetssykehus HF:

- Innkjøpsavdelingen skal påse at varekataloger ift alle nye rammeavtaler implementeres fortløpende med oppdaterte varekataloger. Gamle varekataloger fjernes fortløpende etter hvert som rammeavtalene utløper.
- Innkjøpsavdelingen følger aktivt opp bruk av varekatalog gjennom innkjøpsanalyser. Ansvarlig innkjøper for hver klinikk skal tertialvis gjennomgå disse med klinikkledelsen og sette i gang handlingsplaner for å forbedre avvik.

Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst

1. Bakgrunn og hovedprinsipper

Alle ansatte i Helse Sør-Øst, og alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst, skal opptre i tråd med god forretningsskikk, gjeldende lovverk og allmenne etiske normer. Dette for å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser. Retningslinjene skal bidra til at allmennheten får tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. Disse etiske retningslinjene omhandler Helse Sør-Østs forhold til leverandører og Helse Sør-Østs ansvar overfor samfunnet som en stor innkjøper av varer og tjenester.

2. Formål

- Sammen med Helse Sør-Østs verdigrunnlag danner retningslinjene de overordnede føringer for innkjøpsvirksomheten i hele Helse Sør-Øst.
- Retningslinjene skal ivareta anbefalinger fra myndighetene om miljø- og samfunnsansvar i offentlig innkjøp og de forpliktelser Helse Sør-Øst har påtatt seg gjennom medlemskapet i organisasjonen "Initiativ for etisk handel".

3. Hvem retningslinjene gjelder for

Retningslinjene gjelder for alle ansatte i Helse Sør-Øst; herunder helseforetak, datterselskaper, avdelinger og det regionale helseforetaket, konsulenter og alle med styreverv eller tillitsverv som handler på vegne av Helse Sør-Øst. Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere er kjent med og handler i tråd med retningslinjene.

4. Forholdet til andre regelverk

Kravene i Helse Sør-Østs etiske retningslinjer for innkjøp er minimumskrav. Alle må følge lover, forskrifter, rundskriv, relevante bransjeetiske regler og interne regler som gjelder for virksomheten. Alle som gjør innkjøp på vegne av Helse Sør-Øst, er forpliktet til å sette seg inn i Lov om offentlige anskaffelser og forskriftene til denne.

5. Habilitet

Ingen må delta i behandlingen eller avgjørelsen av et innkjøp når det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til vedkommendes uavhengighet og/eller objektivitet. Ingen må under noen omstendighet behandle, avgjøre eller øve påvirkning i en anskaffelse når vedkommende selv eller nærstående (venner, familie eller nære profesjonelle relasjoner) direkte eller indirekte har økonomiske eller andre personlige interesser i saken.

6. Økonomiske rammer

Alle ansatte i Helse Sør-Øst og alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst, plikter å følge gjeldende budsjett og økonomiske rammer før et innkjøp gjøres. Det skal alltid tas hensyn til livsløpskostnader for anskaffelsen.

7. Forholdet til leverandører og forretningsforbindelser

7.1 Taushetsplikt

Opplysninger knyttet til den enkelte leverandørs virksomhet som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde, er taushetsbelagte opplysninger.

7.2 Forhold til forretningsforbindelser

Det er naturlig at det utvikles relasjoner mellom ansatte hos kunde og leverandør ved langvarige avtaleforhold. Disse relasjonene må ikke påvirke beslutninger ved fremtidige anskaffelser. Det må utvises særskilt aktsomhet før og under en anskaffelsesprosess.

Valg av leverandør skal alltid foretas ihht. grunnleggende krav i loven om offentlige anskaffelser for øvrig, herunder sørge for at valget gjøres etter objektive vurderinger som bidra til reell og lik konkurranse i anskaffelsen.

Alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst er forpliktet til å være med å skape tillit til Helse Sør-Østs beslutninger og sikre Helse Sør-Østs omdømme.

7.3 Lån av utstyr fra leverandør

Alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst plikter å utvise stor forsiktighet ved tilbud om lån av utstyr fra leverandør. En låneavtale må ikke bryte med andre inngåtte innkjøpsavtaler eller være en utilbørlig fordel som påvirker beslutninger ved framtidige eller relaterte anskaffelser (eks. kjøp av forbruksvarer). Eventuelle økonomiske konsekvenser må alltid vurderes før avtale om lån inngås.

7.4 Utilbørlige fordeler og korrupsjon

Korrupsjon er misbruk av tillit for å oppnå egne fordeler. Korrupsjon er at noen krever, mottar eller aksepterer et tilbud om utilbørlige fordeler eller belønning i anledning av den stilling, det verv eller oppdrag de innehar. Både den som gir og den som mottar slike ytelser kan straffes for korrupsjon.

Påvirkningshandel (smøring) er også straffbart. Med påvirkningshandel menes en som for seg selv eller andre krever, mottar eller aksepterer et tilbud om en utilbørlig fordel for å påvirke utføringen av stilling, verv eller oppdrag, eller gir eller tilbyr noen en utilbørlig fordel for å påvirke utføringen av stilling, verv eller oppdrag

Korrupsjon og påvirkningshandel er straffbart i henhold til straffeloven. Både enkeltindividet og foretaket kan straffes med fengsel eller bøter.

For å unngå at den ansatte havner i gråsonen til straffebestemmelsene om korrupsjon og påvirkningshandel, skal reiser, gaver og andre fordeler håndteres som følger:

- Reiseutgifter i faglig sammenheng skal dekkes av nasjonale utdanningsfond eller av den enkelte arbeidsgiver i Helse Sør-Øst. Unntak fra dette prinsippet skal skje etter særskilt godkjenning av administrerende direktør.
- Gaver av ubetydelig verdi anses ikke som en utilbørlig fordel, men det må utvises særskilt forsiktighet ved hyppige gjentakelser. For helsepersonell vises det i tillegg til dette også til forskrift til helsepersonellovens § 9 (FOR 2005-08-29 nr. 941), den såkalte "gaveforskriften" med merknader.

- En utilbørlig fordel omfatter ikke bare materielle gjenstander, men også andre fordeler, som for eksempel personlige rabatter ved kjøp av varer og tjenester eller utlån av utstyr uten vederlag til privat bruk. Unntak kan gjelde ved særskilt forhandlede avtaler om ansattgoder som foretaket har inngått.

7.5 Samarbeid om forsknings- og utviklingsprosjekter

I nært samarbeid med leverandører om forsknings- og utviklingsprosjekter er det viktig å opptre med stor aktsomhet for å unngå at håndteringen av prosjektene blir sammenblandet med eventuelle senere anskaffelser. Erfaringene fra slike prosjekter kan brukes i utformingen av spesifikasjoner for ordinære anbud, men bedriftene fra utviklingsprosjektene kan da ikke trekkes inn på en måte som utelukker konkurranse.

8. Etisk handel

Helse Sør-Øst skal være en pådriver for etisk handel og plikter å stille krav til en etisk leverandørkjede der hvor dette er en aktuell problemstilling. Helse Sør-Øst er som medlem av organisasjonen "Initiativ for etisk handel" (IEH) forpliktet til å følge IEHs Code of Conduct¹ og jobbe for en forbedring av arbeids- og menneskerettigheter og miljø i produksjonen av varer og tjenester til Helse Sør-Øst. Det skal i alle regionale anskaffelser og andre fellesanskaffelser settes etiske krav hvis en risikovurdering av produkt og leverandørkjeder tilsier det. Helse Sør-Øst vil etablere et eget system for oppfølging av leverandørene.

9. Miljøkrav

Helse Sør-Øst skal være en pådriver for miljøvennlige innkjøp. Under planlegging av den enkelte anskaffelse skal det tas hensyn til kostnader knyttet til bruken av produktet i dets levetid (livsløpskostnader) og miljømessige konsekvenser av produksjon og deponering av produktet.

9.1 Universell utforming

I anskaffelsesprosesser skal det tas hensyn til at produkter, byggverk og uteområder som er i alminnelig bruk, skal utformes slik at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig, uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

9.2 Forbruk

Før alle anskaffelser skal behovet for selve anskaffelsen alltid vurderes nøye. Redusert forbruk kan føre til store miljøgevinster.

10. Lojalitet til avtaler

Alle ansatte i Helse Sør-Øst, eller som handler på vegne av Helse Sør-Øst, plikter å følge de avtaler som er inngått ved kjøp av varer eller tjenester. Kjøp av varer utenom avtaler vil kunne svekke Helse Sør-Østs omdømme og innkjøpskraft. Leverandører skal kunne stole på at foretaket holder seg til de avtaler som er inngått. Anskaffelser utenom avtaler øker også risikoen for brudd på Lov om offentlige anskaffelser og faren for brudd på andre punkter i retningslinjene som miljøhensyn eller etiske krav.

¹ IEHs Code of Conduct ligger vedlagt og finnes også på www.etiskhandel.no

11. Sanksjoner ved brudd på gjeldende regelverk

Det kan medføre disiplinære reaksjoner om en ansatt forsøker å omgå eller bryte gjeldende regelverk. Avhengig av alvorlighetsgrad kan bruddet medføre muntlig eller skriftlig advarsel, oppsigelse, avskjed og eventuell anmeldelse. Brudd på bestemmelsene i straffeloven kan i tillegg medføre offentlig påtale og straffeforfølgelse. Ved tvil om hvordan retningslinjene skal forstås, skal den ansatte kontakte sin nærmeste leder.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF
Konserntillitsvalgte
Sykehuspartner

Vår referanse:

09/01035-15

Deres referanse:

Dato:

15.01.2010

Saksbehandler: Grete Solli +47 48 07 29 42

Reviderte etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF viser til styremøte i 10.12.2009 hvor det ble fattet følgende vedtak i sak 095-2009:

1. Reviderte etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst godkjennes med de endringer som ble gjort i retningslinjenes punkt 11 og gjøres gjeldende fra 1. januar 2010.
2. Retningslinjene oversendes helseforetakene for styrebehandling og videre oppfølging og implementering. Styret ber om at det iverksettes nødvendig opplæring og informasjon til alle ansatte om de vedtatte retningslinjer.

Helse Sør-Øst RHF ber om at helseforetaket tar punkt 2 til etterretning. Vedtaket vil også inngå i oppdragsdokumentet for 2010.

Sykehusene i Helse Sør-Øst handler for 15 milliarder offentlige kroner i året. Dette gir en stor innkjøpsmakt og dermed en forpliktelse til å tenke miljø og klima i alle anskaffelser. Et nytt perspektiv med å tenke globalt ansvar, gjennom etisk handel, er også bli satt på agendaen gjennom de nye retningslinjene.


Opplæring og informasjon er nødvendig for å kommunisere og følge opp de nye retningslinjene. Ansvaret for dette ligger hos helseforetakene. Arbeidsgruppen som har revidert retningslinjene har utarbeidet en iverksettingsplan for å hjelpe helseforetakene med dette. Med planen tilbys det en verktøykasse med ulike tiltak for opplæring og informasjon. Retningslinjene omhandler også leverandørkontakt, og det vil ligge både e-læringskurs om lovverket og dilemmatrening rundt dette temaet i verktøytassen. Notat ligger vedlagt.

Helse Sør-Øst RHF ønsker helseforetakene lykke til med arbeidet.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Kristin Wiedemann Wieland
viseadm.direktør

Vedlegg:

- *Reviderte etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst (korrigert og oppdatert etter styrevedtak 10.12.09)*
- *Notat "Iverksettelsesplan for innføring av de reviderte etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt i Helse Sør-Øst"*
- *Saksframlegg til styresak 095-2009*

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Vedlegg 1(utrykt): Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dokument 3:3 (2009-2010). www.riksrevisjonen.no

SAK 66/2010 – RIKSREVISJONENS UNDERSØKELSE AV ØKONOMISTYRING I HELSEFORETAKENE

1. Innledning

I Oppdrag og bestilling 2010 fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF heter det:

”Oslo universitetssykehus HF skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens rapport om økonomistyring i helseforetakene (Dokument 3:3 (2009-2010)) og sette i gang arbeid for å følge opp de relevante områdene som Riksrevisjonen har påpekt i rapporten. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å rapportere på oppfølging av Riksrevisjonens rapport til 1. tertialmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo universitetssykehus HF skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.”

I denne styresaken redegjøres det for Oslo universitetssykehus HF oppfølging av Riksrevisjonens rapport. En henvendelse slik det er varslet siste setning ovenfor var ikke mottatt da denne styresaken ble sluttført. Omtalen i denne styresaken vil være grunnlag for Oslo universitetssykehus svar til Helse Sør-Øst RHF når den varslede henvendelsen foreligger.

Riksrevisjonens dokument 3:3 inneholder følgende overskrifter/konklusjoner:

2.1 De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav

2.2 Tydelige forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til bedre økonomistyring

2.3 Helseforetakene har hatt manglende kontinuitet i sentrale lederfunksjoner

2.4 Mange helseforetak bør starte budsjettprosessen tidligere for å oppnå økonomisk effekt av omstillingstiltak

2.5 Mange budsjettansvarlige ledere blir ikke tilstrekkelig involvert i budsjettprosessen

2.6. Mange mellomledere mener at de ikke har tid og nødvendig økonomisk kompetanse til å styre økonomien i enheten

2.7 Gode styringsdata og mer langsiktig fokus kan bidra til bedre kostnadskontroll

Nedenfor omtales de forhold som vurderes å være relevant for Oslo universitetssykehus HF.

2. Langsiktighet i den økonomiske planleggingen og bredde i deltakelsen i budsjettarbeidet

Det er en klar erfaring fra alle de tre helseforetakene at den økonomiske planleggingen av virksomheten tidligere har vært for kortsiktig. Dette skyldes mange forhold, noe er knyttet til helseforetakene selv, men noe av forklaringen er også kortsiktighet i styringen fra eier slik Riksrevisjonen påpeker. Oslo universitetssykehus HF vil i denne sammenheng trekke fram at Helse Sør-Øst RHF i sitt arbeid med budsjett 2011 også har integrert arbeid med strategisk fokus og økonomisk langtidsplan 2011-2014. Det vises til styresak 61/2010.

Også for 2010 har den økonomiske planleggingen for Oslo universitetssykehus HF vært kortsiktig og arbeidet ble startet opp relativt sent. Bakgrunnen for dette var i all hovedsak det omfattende organisasjonsutviklingsarbeidet som måtte gjøres før den nye integrerte organisasjonen som skulle planlegge for 2010 var klar. Nivå 2-ledere var utnevnt like før sommeren og nivå-3 ledere i løpet av høsten. Uten disse lederne på plass vil en planlegging for det kommende året ha liten mening.

Planleggingen for 2011 og for de kommende årene i Oslo universitetssykehus HF er lagt opp annerledes enn for 2010 og med et tydelig langsiktig perspektiv og med tidligere oppstart. Dette er også nødvendig fordi Oslo universitetssykehus HF står overfor usedvanlig store økonomiske utfordringer disse årene som bare kan løses med et mellomlangsigte perspektiv. Det pågår nå arbeid med klinikkvise aktivitetskrav og klinikkvise utgiftsrammer for de kommende årene, og det arbeides med mandater for planlegging av virksomheten for disse årene. Arbeidet med budsjettammer er lagt bredt opp, dels for å sikre en optimal ressursfordeling i forhold til de oppgavene Oslo universitetssykehus HF står overfor, men også for å sikre bred involvering og forankring av de oppgavene som planlegges utført og den fordelingen av ressursene som i siste instans blir besluttet. Langsiktig økonomiske planlegging sammen med planlegging av heleforetakets fremtidige aktivitet og tjenester er grunnleggende sett hovedinnholdet i det integrasjons- og utviklingsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF som er i gang og som vil bringe utviklingen av Oslo universitetssykehus HF videre i samsvar med vedtak i Helse Sør-Øst.

3. Opplæring i økonomistyring

De tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet HF har tidligere gjennomført kurs og opplæringsprogrammer som også omhandler økonomistyring.

Oslo universitetssykehus HF har som en del av etableringen av ledelsen i klinikkene gjennomført et lederprogram over tre samlinger. Programmet var obligatorisk for alle ledere på nivå 2 og 3. Som en del av dette lederprogrammet ble det gitt opplæring i styringssystemet, økonomistyring, rapportering og måloppfølging. Ansvar og fullmakter med fokus på innkjøp og oppfølging av dette var også et sentralt tema. Kurset ble gjennomført av sentrale ledere innen økonomifunksjonen med økonomidirektør som hovedansvarlig.

Oslo universitetssykehus HF tar sikte på innen høsten 2010 å gjennomføre nye lederkurs med fokus på budsjett og budsjettoppfølging.

4. Kontinuitet i sentrale lederposisjoner

Riksrevisjonens rapport har særlig fokus på kontinuitet for de administrerende direktørene i helseforetakene, sentral økonomiledelse (økonomidirektører) og budsjettansvarlige ledere. Den første stillingskategorien omtales ikke nærmere i denne styresaken.

Oslo universitetssykehus HF er en fusjon av de tre helseforetakene Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. I forhold til Riksrevisjonens problemstilling er derfor spørsmålet hvorvidt de tre tidligere sykehusene har hatt kontinuitet i sine lederfunksjoner tidligere og hvorvidt dette er blitt videreført med etableringen og organisering av Oslo universitetssykehus HF.

De nåværende økonomiledelsen i Oslo universitetssykehus HF har gjennomgående lang erfaring fra de tre helseforetakene som ble fusjonert. Dette gjelder både ledelsen i direktørens økonomistab og det gjelder økonomilederne på klinikkene. Også blant økonomirådgiverne har det vært høy grad av stabilitet de siste årene før fusjonen. Oslo-sykehusene har vært sett på som arbeidsplasser med meningsfylte og interessante oppgaver for økonomer. Som følge av dette har rekrutteringen vært god. Alle økonomilederne ble med videre da omorganiseringen som følge av integrasjonen i Oslo universitetssykehus HF med overgang fra tre til en driftsenhet ble gjennomført fra 2010. Blant rådgiverne har det vært en viss avgang, men ikke mer enn det som følger av det økonomiske innsparingskravet som ble lagt på økonomifunksjonen. På dette tidspunktet er reorganiseringen av regnskapsenheten ikke avsluttet.

Begrepet budsjettansvarlige ledere omfatter i prinsippet alle ledere siden nesten alle i lederposisjon også har et budsjettansvar. Ved etablering av ny organisasjon i Oslo universitetssykehus HF er det gjennom det siste året i prinsippet kommet inn nye ledere på alle enheter i helseforetaket. I praksis har imidlertid dette betydd at mange (men ikke alle) av de tidligere lederne har fått nye oppgaver som leder for nye enheter på tvers av de tre tidligere helseforetakene. Utfordringen i forhold til kontinuitet i lederfunksjonen har dermed heller vært kunnskap om de nye elementene fra de andre sykehusene i den enheten lederen har fått ansvar for enn at

nye personer er kommet til som ledere. Alle de tre sykehusene har også tidligere hatt gjennomgående god kontinuitet i lederposisjonene. Dette skyldes blant annet at de tre tidligere helseforetakene har blitt oppfattet som attraktive arbeidsplasser og at det har vært interesse for å konkurrere om lederposisjoner. På den annen side er lederoppgaver i sykehus svært krevende og det har også vært en viss avgang fra lederoppgaver i tidligere år.

5. Gode styringsdata

De tre tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF har gjennom mange år utviklet sitt eget ledelsesinformasjonssystem (LIS). I arbeidet med integrering av Oslo universitetssykehus HF ble det tidlig klart at det var behov for et nytt gjennomgående LIS. Dette ble en av oppgavene for DAG 1-prosjektet og skulle i utgangspunktet være på plass til første rapportering i 2010 (dvs i februar i år).

LIS for Oslo universitetssykehus er nå etablert og fungerer, men med svakere funksjonalitet enn planlagt, og de elementene som fungerer har kommet senere på plass enn planlagt.

Årsakene til forsinkelsene og svakere funksjonalitet er flere. Den viktigste er at en undervurderte forskjellen mellom styringsmodellene og LIS for de tre tidligere helseforetakene. Dette medførte at det var større utfordringer i å overføre data likeartet til nytt LIS. Videre er det en rekke andre IKT-oppgaver som konkurrerer om de samme ressursene, og utfordringen i holde kontroll på alle elementer av organisasjonsstrukturen under endringsprosessene har vært undervurdert. Eksterne forhold som endringer i det nasjonale DRG-systemet og overgang til HR-funksjonen hos Sykehuspartner for Aker og Ullevål har også hatt betydning for kontinuitet og forståelse av styringsdata.

For å sikre best mulig oversikt har LIS fra de tre tidligere helseforetakene blitt videreført parallelt inntil videre. Det er først ved DAG 2 (Innføring av felles pasientadministrativt system for Ullevål og Rikshospitalet) at det LIS kan bli komplett for Oslo universitetssykehus HF.

Fullføring av et velfungerende og komplett LIS for Oslo universitetssykehus HF er en høyt prioritert oppgave framover.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen om oppfølging Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene (Dok 3:3 (2009-2010)) til etterretning.

Oslo den 20. mai 2010

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	20. mai 2010
Dato møte:	27. mai 2010
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg:	Utkast til årsplan 2010

SAK 67/2010 – ÅRSPLAN FOR STYRET I 2010

Styret har vedtatt følgende møtetidspunkter i resten av 2010:

Ukedag	Dato	Tidspunkt	
Onsdag	23.6	8-14	
Onsdag	29.9	17-22	Styreseminar
Torsdag	30.9	8-14	
Torsdag	28.10	8-14	
Onsdag	24.11	8-14	
Fredag	17.12	8-14	

Tidspunktene er lagt til slutten av måneden blant annet ut fra hensynet til resultatrapporteringen. Med bakgrunn i at styret har fått nye medlemmer legges møtekalenderen frem for fornyet avklaring. Styremøtene skal i utgangspunktet ikke ta lenger tid enn 6 timer. Med de omfattende oppgavene foretaket skal løse er likevel erfaringen at enkelte styremøter kan ta lengre tid og styret bør derfor sette av tiden fra klokken 8 til 16 på møtedagene.

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar følgende tidspunkter for styremøter i andre halvår 2010.

- Onsdag 23. juni klokken 8-16
- Torsdag 30. september klokken 8-16
- Torsdag 28. oktober klokken 8-16
- Onsdag 24. november klokken 8-16
- Fredag 17. desember klokken 8-16

2. Styret vil avholde et styreseminar onsdag 29. september 2010 klokken 17 til 22.

Oslo, 20. mai 2010

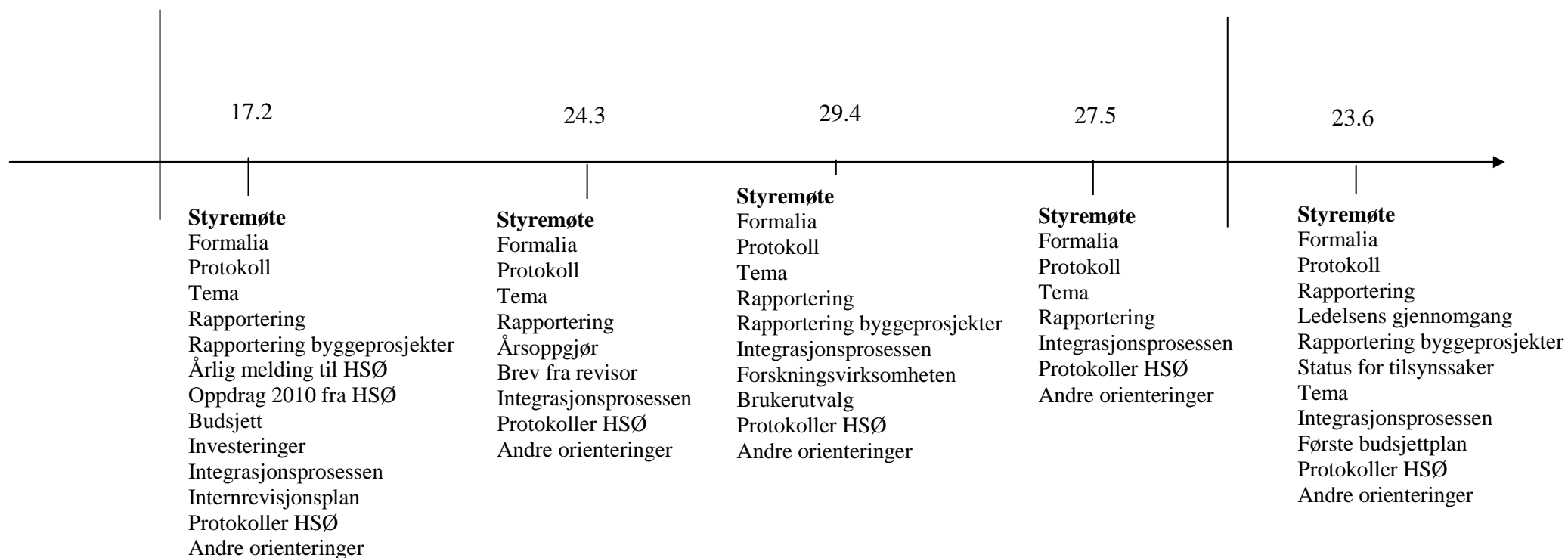
Siri Hatlen

Utkast til årsplan 2010 for styret ved Oslo universitetssykehus HF

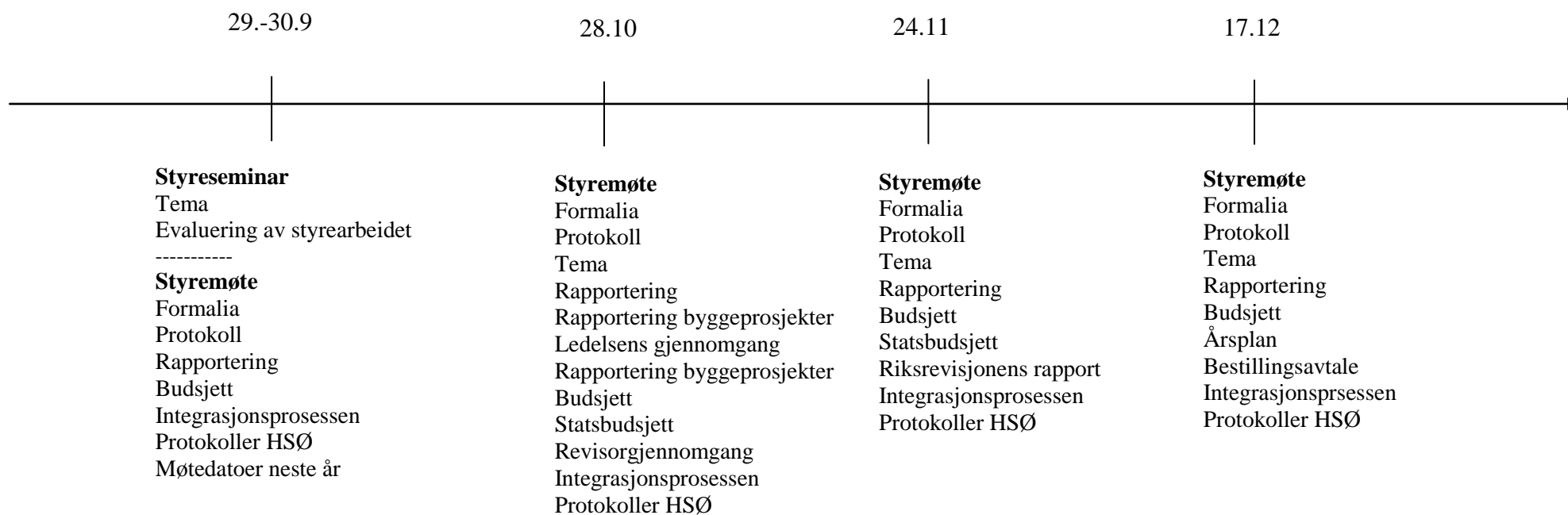
Foretaksmøte

Eier fastsetter oppdrag og økonomiske rammer for

Foretaksmøte (før juli)
Årsoppgjør



Andre halvår 2010



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøter i Helse Sør-Øst RHF

SAK 68/2010 PROTOKOLL FRA STYREMØTE I HELSE SØR-ØST RHF

Vedlagt er foreløpig protokoll fra styremøte 5. og 6. mai 2010 i Helse Sør-Øst RHF.

Forslag til vedtak

Styret tar foreløpig protokoll fra styremøte 5. og 6. mai 2010 i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

Oslo, 20. mai 2010

Siri Hatlen

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Clarion Hotell Oslo Airport, Gardermoen
Dato:	Styremøte 5. og 6. mai 2010
Tidspunkt:	5. mai kl 1700-1900 6. mai kl 0830-1600

Følgende medlemmer møtte:

Hanne Harlem	Styreleder	
Frode Alhaug	Nestleder	Kun 6. mai
Kirsten Brubakk		
Morten Falkenberg		
Anne Hagen Grimsrud		
Terje Keyn		
Andreas Kjær		Til 6. mai kl 1310
Knut Even Lindsjørn		Til 6. mai kl 1030
Berit Eivi Nilsen		
Dag Stenersen		Kun 6. mai
Randi Talseth		
Anne Carine Tanum		Fra 6. mai kl 1145
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Linda Verdal		
Finn Wisløff		Til 6. mai kl 1230
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
 Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
 Konserndirektør Steinar Marthinsen, konserndirektør Peder Olsen, konserndirektør Stein Are Agledal (6. mai), viseadministrerende direktør Bård Lilleeng, viseadministrerende direktør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør konsernrevisjonen Liv Todnem

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

026-2010	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15. APRIL 2010
-----------------	--

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 15. april 2010 ble godkjent.

027-2010	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2010
-----------------	--

Styrets enstemmige**V E D T A K**

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per mars 2010 til etterretning. .
2. Styret ber administrerende direktør følge opp foretakene med betydelige negative aktivitetsavvik, fristbrudd og ventende over ett år og sikre at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt snarest.
3. Styret ber om en vurdering av aktivitet og ventetidssituasjonen innen TSB med forslag til tiltak til neste styremøte.

028-2010	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF - SALG AV GAUSTADSKOGEN BARNEHAGE, GNR. 42 / BNR. 140 I OSLO KOMMUNE
-----------------	---

Styrets enstemmige**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av Gaustadskogen barnehage, gnr. 42 / bnr. 140 i Oslo kommune, til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at antallet barnehageplasser minst opprettholdes på samme nivå, jfr. protokollen fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF fra 27.06.08.
3. Styret forutsetter at eiendommen selges til høystbydende på det åpne markedet.
4. Frigjort likviditet ved salg av eiendom skal kunne benyttes til investeringer. Investeringer i varige driftsmidler, enten til oppgradering av gjenværende bygningsmasse eller investering innen kjernevirksomheten, skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

029-2010	ETABLERING AV FELLESTJENESTER FOR ØKONOMI/REGNSKAP I SYKEHUSPARTNER
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret viser til vedtatt plan for strategisk utvikling 2009-2020 for Helse Sør-Øst vedrørende standardisering og organisering av fellestjenester og tar til etterretning at det nå forberedes etablering av fellestjenester for økonomi/regnskap i Sykehuspartner.
2. Etableringen planlegges i tilknytning til Nasjonalt program for stab og støttefunksjoner (NPSS) og forprosjekt NPSS logistikk og økonomi (NPSS LØ).
3. Plan for etablering av fellestjenesten utarbeides i Helse Sør-Øst sitt mottaksprosjekt (AdmLØ) for den nasjonale løsningen. Planen skal også beskrive hvordan avrop på nasjonal avtale for logistikk- og økonomisystem anbefales gjennomført. Styret ber administrerende direktør sikre god forankring av arbeidet i foretaksgruppen og komme tilbake til styret med en egen sak om gjennomføring av etableringen.

030-2010	BEHANDLING AV SAKER OM ANSATTES BIERVERV I HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Administrerende direktør trakk saken fra behandling og viste til at den vil bli fremmet på nytt til møtet 9. juni 2010.

031-2010	GJENNOMFØRING AV OMSTILLINGSPROGRAMMET - STATUS
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte redegjørelsen om status for omstillingsprogrammet og tiltak for videre oppfølging til orientering.

032-2010

REGIONAL BEREDSKAPSPLAN

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner den regionale beredskapsplanen.
2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i de enkelte helseforetakene og private sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

033-2009

**OMSTILLINGSPROGRAMMET – VEILEDER FOR
SAMHANDLING 2010-2013**

Protokoll datert 4. mai 2010 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte ble delt ut.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den fremlagte saken om samhandling til orientering.
2. Styret ber om at det etablerte samarbeidet med KS innen samhandling videreutvikles med utgangspunkt i prinsippene som er beskrevet i saken.
3. Styret understreker at en i den videre oppfølgingen av dette arbeidet må sikre deltakelse fra brukerne og de ansatte, basert på de vedtatte prinsipper for medvirkning.

034-2009

**ORIENTERINGSSAK: REVISJONSPLAN 2010-2011
KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST**

Leder av Revisjonskomiteen orienterte.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar konsernrevisjonens plan for perioden 2010-2011 til orientering.

035-2009	ORIENTERINGSSAK: TNF-HEMMERE OG ANDRE BIOLOGISKE LEGEMIDLER – ORIENTERING OM STATUS OG OPPFØLGING
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte redegjørelsen om oppfølgingen vedrørende TNF-hemmere og andre biologiske legemidler til orientering.

036-2009	EIENDOMSOMRÅDET – OPPFØLGING AV STYRESAK 010-2009
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den fremlagte saken om eiendomsområdet og oppfølging av styresak 10 - 2010 til orientering.
2. Styret ber om å få seg forelagt en risikovurdert fremdriftsplan for gjennomføringen av de vedtatte tiltakene innen eiendomsområdet.

037-2009	NYTT ØSTFOLDSYKEHUS - STATUS FOR FORPROSJEKTET
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar status for forprosjektet til orientering.
2. Styret forutsetter at det videre arbeid med forprosjektet legges opp slik at den tidligere estimerte prosjektkostnad og vedtatte kostnadsramme fortsatt er målet, selv om dette kan bety endringer i utarbeidet konsept.

038-2009	ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	---------------------------

Det ble orientert om at det planlegges et felles styreseminar for styrene i helseforetakene og RHF-styret 2.-3. september 2010.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

- Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsorienteringer om:
 - Tariffoppgjøret 2010, inkl orientering i lukket møte bare for de eieroppnevnte styremedlemmer, jfr vedtektenes § 8, annet ledd.
 - Ulovlig utslipp av formalin ved Oslo universitetssykehus – Ullevål siden 2003,
 - Vestre Viken – Ringerike sykehus - forelegg
 - Arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling. Videre prosess. Muntlig orientering
- Tertialrapport tredje tertial 2009. Oppdaterte tall.
- Implementering nasjonale rammeavtaler for helsepersonell vikarer – status
- Høring - forskrift om fritak fra fremmøte i forsvaret ved krise konflikt eller krig
- Brev fra KS og HSH, samt svarbrev fra Helse Sør-Øst, angående prosessen knyttet til inngåelse av nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Oppfølging av revisjonsrapport ved Vestre Viken HF, Sykehuset Asker og Bærum
- Supplerende opplysninger til årlig melding 2009 fra Helse Sør-Øst RHF. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 5. mai 2010.
- Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2010.

TEMASAKER

Følgende temasaker ble presentert for styret:

- Fellesmøte med Brukerutvalget (5. mai). Innledning ved Alf Magne Bårdslett og Torkel Bakke
- Økonomisk langtidsplan - budsjett og mål 2011 (5.mai). Presentasjon ved administrerende direktør Bente Mikkelsen og viseadministrerende direktør Atle Brynstad
- Funksjonsfordeling karkirurgi. Presentasjon ved professor Henrik Sillesen, Rigshospitalet København. Administrerende direktør Bente Mikkelsen deltok ikke under presentasjonen av temasaken.
- Arbeidet med sykefravær. Presentasjon ved HR-avdelingen ved Christer Mortensen og Nicolay Møkleby
- Ventetider. Presentasjon ved viseadministrerende direktør Bård Lilleeng

Møtet hevet kl. 1610

Gardermoen, 6. mai 2010

Hanne Harlem
styreleder

Kirsten Brubakk

Anne Hagen Grimsrud

Andreas Kjær

Berit Eivi Nilsen

Randi Talseth

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Finn Wisløff

Frode Alhaug
nestleder

Morten Falkenberg

Terje Keyn

Knut Even Lindsjörn

Dag Stenersen

Anne Carine Tanum

Linda Verdal

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 20. mai 2010

Dato møte: 27. mai 2010

Saksbehandler: Styresekretær

SAK 69/2010 ANDRE ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Brev til Helsetilsynet (vedlegg)
2. Kreftregisterets screeningprogram (vedlegg)
3. Forskere og korttidskontrakter (vedlegg)
4. Redegjørelse til konsernrevisjonen (o. i m.)
5. Status for lønnsoppgjøret (o. i m.)
6. Revisjonsplan 2010 for konsernrevisjonen (vedlegg)
7. Referat fra Brukerutvalgsmøte 22. mars 2010 (vedlegg)
8. Yrkesrelatert sykdom (vedlegg)
9. Status eiendommer (vedlegg)

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 20. mai 2010

Siri Hatlen

Helse Sør-Øst RHF
V/Bente Mikkelsen
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.: 10/00531. Elisabeth Arntzen
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: sm/svh/eb
Dato: 4 mai 2010

Oppfølging av tilsynssak på Nevrokirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus

Det vises til deres henvendelse av 30.04.10 hvor dere ber om en skriftlig redegjørelse for hvilke tiltak som er iverksatt og hvordan det vil arbeides videre med oppfølging av brevet fra Helsetilsynet. Innledningsvis vil vi understreke at vi tar fylkeslegens rapport på alvor og til etterretning. Den påpeker forhold som har vært kjent og varslet på ulikt vis over flere år, og som sett i ettertid skulle ha vært håndtert på et langt tidligere tidspunkt. Samtidig vil vi understreke at det helt siden høsten 2009 er iverksatt tiltak både organisatorisk og i forhold til å løse fastlåste konflikter utenfor rettsapparatet. Forbedringsarbeidet er vesentlig styrket under ny avdelings- og klinikkledelse som formelt er på plass fra årsskiftet.

Vi vil svare ut i den rekkefølge spørsmålene er stilt.

1. Hvilke tiltak er blitt gjennomført med bakgrunn i bekymringsmeldingene i tidligere Rikshospitalet og senere Oslo universitetssykehus i 2008, 2009 og frem til i dag.

I brev fra helsetilsynet i Oslo og Akershus av 16. november 2009, ble administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus anmodet om opplysninger og uttalelse vedr. Nevrokirurgisk avdeling. Det ble i brevet bl.a. bedt om kopi av alle meldinger om bekymring for forsvarligheten ved driften av avdelingen, samt informasjon om hvordan disse er fulgt opp gjennom de siste to år.

Dette er det redegjort for i vårt svar til Fylkeslegen i brev av 7.12.09. Det siteres her fra vår redegjørelse til Fylkeslegen:

.....avdelingsledelsen har i denne perioden fått inn bekymringsmeldinger fra ansatte om sykepleiebemanningen og om bemanningssituasjonen for legene. Bekymringsmeldingene er fulgt opp ved styrket bemanning både for sykepleiere og leger. Det er siden mai 2009 ansatt 15 sykepleiere og legestillingene er med ett unntak besatt eller er i ansettelsesprosess. Det er også mottatt 1 bekymringsmelding fra klinikkverneombud om organisering av legene. I tillegg har det vært uro omkring sammenslåingen av sengeposter og de konsekvenser den har medført.

Vi har ikke fått bekymringsmeldinger til ledelsen før i 2009. I februar 2009 var det kontakt mellom tillitsvalgte for overlegene ved Nevrokirurgisk avdeling og adm.dir. vedrørende omorganisering av avdelingen (sammenslåing av voksensengepostene). Adm.dir. meddelte tilbake at dette var en sak som måtte finne sin avklaring internt på klinikken/avdelingen. Adm.dir. ble senere orientert av styreleder i Oslo Universitetssykehus HF Steinar Marthinsen, om at en eller flere av overlegene ved Nevrokirurgisk avdeling hadde tatt kontakt med ledelsen i Helse Sør-Øst om arbeidsmiljøsituasjonen ved Nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet. Den 2. april ble det avholdt et møte mellom styreleder Steinar Marthinsen,

adm.direktør Morten Reymert , overlege Torstein Meling og Arild Egge (tillitsvalgt for overlegene på Nevrokirurgisk avdeling). Den 30.mars ble det utformet en bekymringsmelding til styreleder Steinar Marthinsen fra sykepleierne ved Nevrokirurgisk avdeling.

På bakgrunn av møtet med nevrokirurgene og bekymringsmeldingen fra sykepleierne, ble det tatt initiativ til en gjennomgang av arbeidsmiljøet ved avdelingen. Advokat Erik Davidsen fra Haavind og Vislie ble engasjert for å gjennomføre arbeidet. Under det forberedende arbeidet med gjennomgangen mottok adm.dir. et brev fra 6 av klinikkens overleger. Kartleggingen som ble gjennomført var omfattende. I alt 16 personer ble intervjuet. Rapporten ble presentert av Erik Davidsen for klinikkens ledere og tillitsvalgte (herunder Rikshospitalets tillitsvalgte for overlegene) og for de seks navngitt nevrokirurgene samt oppgitt kontaktperson for sykepleierne. Videre ble det avholdt et informasjonsmøte for hele avdelingen hvor adm.dir. presenterte rapporten og tiltak for oppfølging. På møtet ble det informert om at oppfølgingsansvaret lå hos avdelingsledelsen i samarbeid med klinikkledelsen. Det ble varslet at sykehusledelsen skulle ha en oppfølging med tillitsvalgte senere.

Administrerende direktør, Oslo universitetssykehus, ble tidlig gjort kjent med saken og har fortløpende vurdert behov for ytterligere innhenting av informasjon og iverksetting av tiltak. Ut fra en totalvurdering ble det gjort ledelsesmessige- og organisatoriske endringer høsten 2009. Den 8. desember 2009 engasjerte Oslo universitetssykehus en nordisk ekspertgruppe for å gjennomføre en uhildet gjennomgang av Nevrokirurgisk avdeling. Fokus for gjennomgangen var forsvarlighet og faglig kvalitet i pasientbehandlingen. Gruppen konkluderte med at avdelingen holdt god klinisk kvalitet, hadde et fungerende avvikssystem samt høy internasjonal faglig standard, men kommenterte også på et krevende arbeidsmiljø og ledelsesmessige utfordringer.

Fra 2010 overtok ny klinikkledelse og ny avdelingsleder. Basert på skifte av klinikkleder og beslutning om å slå sammen klinikk C1 og C2 (den gang Nevroklinikken) ble det viktig for ny klinikkleder å revurdere organisasjonsstrukturen. Det ble fra midten av desember gjennomført prosjektarbeid med deltakelse av tillitsvalgte og vernetjeneste hvor endelig organisasjonsstruktur for Klinikk for kirurgi og nevrofag og avdelingens nye struktur ble diskutert og drøftet. Det har vært gjennomført en innplasseringsprosess av ledere på nivå 4. Det innebærer at avdelingen nå er i ferd med å konsolidere seg; på tvers av tidligere Ullevål og Rikshospitalet.

Det har vært gjennomført en medarbeiderundersøkelse, og basert på denne, høyt sykefravær og stor grad av innleie og overtid har man tatt tak i bemannings- og kompetansesituasjonen ved sengeposten. Dette arbeidet er i gang (se pkt 5).

Administrerende direktør har, siden tiltredelse 01.07.09, holdt avdeling, klinikk, ledelse og tillitsvalgte løpende orientert i ordinære fora og i egne møter. Administrerende direktør varslet Helse Sør- Øst RHF om pågående Helsetilsynssak i brev av 23.11.2009. Styret ved Oslo universitetssykehus er blitt orientert om status i saken i flere styremøter, lukket del.

2. Oversikt over meldepliktige hendelser og tilsynssaker:

Rikshospitalet utviklet elektronisk avviksregistrering i 2007 og piloterte verktøyet i 2008. Verktøyet har vært i drift siden 2009. Nevrokirurgisk avdeling var ikke med i piloteringen og implementerte verktøyet først fra 2009. I 2008 ble hendelser registrert på papirskjema (for eksempel IK 2448). I 2009 etablerte Rikshospitalet også nytt felles Pasientsikkerhetsutvalg og ny prosedyrer for registrering av avvik og hendelser innenfor pasientaktiviteten, HMS og andre typer avvik. Dette forenklet avviksregistreringen og bidro til en økning i registrerte avvik innenfor alle avviksmodaliteter.

Interne avviksmeldinger som gjelder pasientbehandling:

2008:

I alt 19 meldte avvik hvorav 5 er rapportert videre til tidl. skadeutvalg.

2009:

I sykehusets redegjørelse til Fylkeslegen 07.12. rapporteres det 44 avvik, hvorav 39 er lukket i avdeling, 2 videresendt til Pasientsikkerhetsutvalget.

2 hendelser er meldt Helsetilsynet fra nevrokirurgiområdet på Rikshospitalet i 2009.

Begge forholdene er regulert av interne prosedyrer og tatt opp som læringssaker.

Saker mottatt fra Helsetilsynet:

Det er mottatt 6 klage- eller tilsynssaker fra Helsetilsynet i perioden 2008 – 2009 som berører enkeltpasienter. Alle sakene er besvart. 4 av sakene er avsluttet av Helsetilsynet, alle med en av disse konklusjonene: ”ikke uforsvarlig”, ”ikke brudd på helseovgivningen” eller ”håndtert skikkelig”. To saker er fortsatt under behandling i Helsetilsynet.

Status 2010:

Ved gjennomgang av hendelser registrert i avvikssystemet vårt i tidsrommet: 01.01.10 - 01.05.10 er sakene som er meldt registrert, fulgt opp og under arbeid i henhold til de prosedyrer og rutiner som er fastlagt gjennom avvikssystemet. En sak er sendt Pasientsikkerhetsutvalget for videre behandling.

Øvrige klinikk interne tiltak:

Inntrykket er at meldekulturen er i bedring, men at det er varierende antall meldinger. Det antas at en del ikke kjenner systemene (elektronisk meldesystem) og lovverket godt nok. Det vil bli arbeidet videre med å bruke hendelsene systematisk i forbedringsarbeidet. Det utarbeides nå klinikkinterne retningslinjer til hjelp i det videre arbeidet med avviksbehandlingen, og det skal gjennomføres undervisning og opplæring i avviksbehandlingen for alle avdelingene (dette gjelder ikke bare nevrokirurgen).

Det er etablert en egen enhet for pasientsikkerhet i stab til administrerende direktør.

Hendelser og avvik skal brukes aktivt i forbedringsarbeidet i hele Oslo universitetssykehus.

3. Hvordan sikres forsvarlig drift i avdelingen i dag, herunder pasientbehandling og oppfølging og melding av uønskede hendelser?

Avdelingsleder/ klinikkleder utarbeider nå handlingsplaner, i samarbeid med tillitsvalgte, vernetjeneste, legegruppen og de ansatte på sengeposten, for å sikre forsvarlig drift. Fokus er på å tilrettelegge slik at det er samsvar mellom oppgaver, kompetanse og bemanning. Det vil bli gjort vurderinger ift. inntak av pasienter opp mot kapasitet og kvalitet på sengeposten.

Oppfølging av uønskede hendelser vil følge sykehusets retningslinjer og vil særlig bli fulgt opp.

Avdelingsleder følger arbeidet tett, og klinikkleder har oppfølgingsmøter med alle avdelinger månedlig hvor dette er ett av temaene. Klinikkenes kvalitetsutvalg vil også ha særskilt fokus på hendelser og avvik, og det vil systematisk bli fulgt opp.

Til orientering følges alle klinikker i Oslo universitetssykehus opp på avvikshåndtering og meldeplikt i månedlige rapporteringsmøter mellom klinikk og administrerende direktør. Dette er nytt i 2010.

4. Oppfølging av prosjekter og forskning

Prosjekter som omfatter pasienter (kliniske prosjekter) blir planlagt av kompetent prosjektleder i henhold til retningslinjer for Oslo universitetssykehus. Det utarbeides en prosjektbeskrivelse som forskningsgruppeleder (der dette er en annen enn prosjektleder) også gjennomgår. Det fylles ut eget skjema for forskningsprosjekter i Oslo universitetssykehus som prosjektleder undertegner og sender til avdelingsleder. Avdelingsleder vurderer spesielt relevans for avdelingen og bruken av ressurser. Fra avdelingsleder går skjemaet til forskningsleder i klinikken som vurderer både vitenskapelige og formelle forhold før skjemaet går til registrering i FOU-avdelingen i Oslo universitetssykehus. Når prosjektet er godkjent internt i Oslo universitetssykehus, kan det sendes søknad til Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) som må godkjenne prosjektet før det kan starte opp. Alle kliniske studier skal også registreres i databasen www.Clinicaltrial.gov

Underveis i prosjektet skjer det en oppfølging fra forskningsgruppeleder, forskningsleder og eventuelt avdelingsleder. Prosjektleder er ansvarlig for publisering i henhold til vitenskapelige og etiske retningslinjer. Det kan bli aktuelt med en ordning der publikasjoner vurderes før innsending til publisering.

5.Hvilke tiltak er eller vil bli iverksatt for å bedre arbeidsmiljø, herunder sykefravær og bemanning.

Klinikkledelsen gjennomfører månedlig oppfølgingsmøter med avdelingslederteamet på nevrokirurgisk avdeling. I oppfølgingsmøtene blir bla status i sykefraværsutviklingen, HMS og IA-arbeidet gjennomgått. Sykefraværsutviklingen fra oktober 2009 til februar 2010 viser en betydelig nedgang i sykefraværet på avdelingene på Gaustad. Nevrokirurgisk avdeling har ifm. arbeidstilsynets pålegg i God Vakt-kampanjen risikovurdert alle enheter i avdelingen. Risikovurderingene er knyttet til det pågående omstillingsarbeidet i avdelingen og følges opp ved at avdelingens enheter er i ferd med å utarbeide handlings- og tiltaksplaner ift. bevarings- og utfordringsområder som er avdekket i risikovurderingen. Risikovurderingene og handlingsplanene skal behandles og følges opp i klinikkens arbeidsmiljøutvalg. I tillegg er alle ledere i avdelingen pålagt to dagers HMS-opplæring samt at lederne i utviklingssamtaler skal fokusere på bemanningsressurser i forhold til de arbeidsoppgaver som skal løses. Klinikken er i ferd med å inngå en samarbeidsavtale med NAV arbeidslivsenteret der det vil fokuseres på trepartssamarbeide tillitsvalgte/vernetjeneste, ledere og ansatte/fastelege om økt arbeidsnærvær, forebygging og god sykefraværsoppfølging. Samarbeidsavtalen innebærer opplæring av ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste i alle avdelinger i klinikken herunder nevrokirurgisk avdeling i sykefraværsoppfølging, forebygging og utvikling av arbeidsmiljøet. Videre vil det gis rådgivning og veiledning av et team bestående av NAV arbeidslivsenteret, bedriftslege og klinikkens HR-leder til alle ledere i det løpende IA-arbeidet.

Det har vært gjennomført medarbeidetilfredshetsundersøkelse i avdelingen februar/mars i år. Medarbeiderundersøkelsen har vært en forenklet PULS-undersøkelse med fokus på temaene verdier, mål, arbeidsmiljø samt samspill og ledelse. Undersøkelsen har vært fulgt opp i alle avdelingens enheter med tilbakemeldings- og oppfølgingsmøter for ledere og ansatte. På bakgrunn av resultatene på bevarings- og forbedringsområder har avdelingsleder med bistand fra klinikkledelsen og arbeidsmiljøavdelingen gjennomført oppfølgingssamtaler med ledere på nevrokirurgiske sengeposter. Videre er det også satt i gang en strategiprosess med seminar og involvering av ledere, tillitsvalgte, vernetjeneste og ansatte i strategiarbeidet i avdelingen.

Avdelingen har nedsatt en arbeidsgruppe som arbeider med et forslag til organisering av nevrokirurgisk sengepost, som har 88 ansatte, i en intermediær overvåkningspost og en sengepost. En slik organisering vil bidra til å redusere lederspennet til seksjonsleder. Nåværende bemanningsplaner, turnus, overtid og innleie har blitt gjennomgått og nye bemannings- og kompetanseplaner og turnus er i ferd med å utarbeides for å sikre bedre kontinuitet og blant annet redusere bruk av overtid og innleie. For å styrke den fremtidige rekrutteringen vurderer avdelingen utdanningsplasser i nevrokirurgisk videreutdanning i Bergen samt konvertering av vikariater til faste stillinger for å sikre utvikling og bibehold av nødvendig kompetanse.

Det er faste møter med tillitsvalgte og vernetjeneste for å videreføre gode samarbeidsrelasjoner og ivareta det psykososiale arbeidsmiljøet samt styrke involvering og medvirkning ved gjennomføring av vedtatte integrasjonsprosesser og omstillinger.

6. Involvering av styret i oppfølgingen

Styret er løpende blitt orientert i lukket styremøte.

Oppsummering

Fylkeslegens redegjørelse og konklusjon påpeker forhold som administrerende direktør og ledelse tar på største alvor. Saken i seg selv, samt mediefokuset saken har fått, har vært og er en stor belastning for de ansatte som med rette er opptatt av å utøve god faglig kvalitet og sikker pasientbehandling.

Det er initiert ledelsesmessige og organisatoriske grep, samt startet en rekke prosesser for å sikre god utvikling og framdrift. Spesielt vil administrerende direktør ha fokus på intern styring og kontroll i den videre oppfølging.

Vi ber om å bli kontaktet dersom supplerende eller utdypende opplysninger ønskes.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen
Administrerende direktør

Vedlegg:

2. Utkast til handlingsplan Nevrokirurgisk avdeling
1. Sykefraværsutvikling Nevrokirurgisk avdeling (Gaustad)

Handlingsplan - status pr. 30.04.10

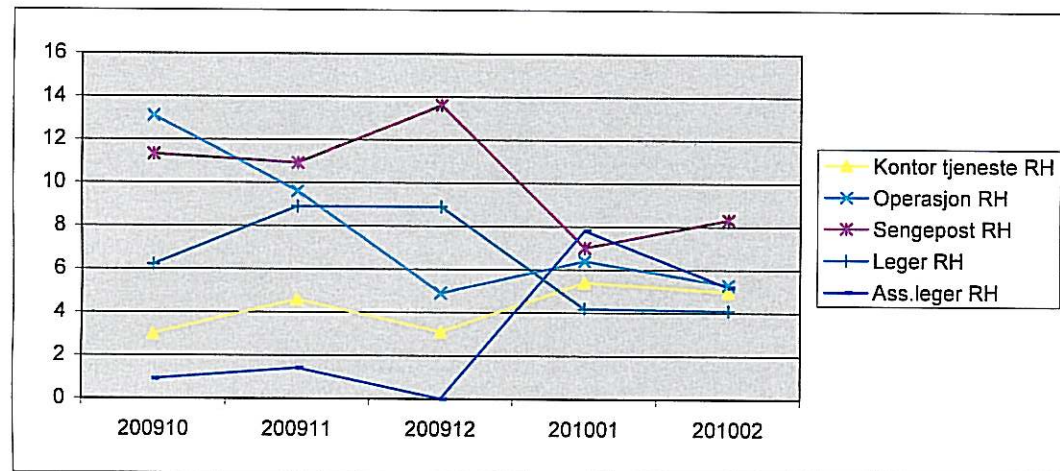
Tiltak	Gjennomført	Under arbeid	Frist	Ansvar
Organisering og ledelse Avdelingen er restrukturert, jfr. org. kart. Reorganisering av sengepost for voksne pågår. Lederspennet vurderes for stort. Utskillelse av intermediærpasienter nødvendig	X		01 0410	
		X	011010	Avd.leder/klinikkleder
		X	011010	Avd.leder
Rekruttering av kompetent helsepersonell		X		
Stillingsbeskrivelser for alle (leder)stillinger		X	311210	Avd.leder
Retningslinjer som beskriver ansvar og oppgaver i avdelingen	X	X		Avd.leder
Ledermøter hver 14 dag	X			Avd. leder
Informasjonsmøter 1 gang måneden med tv og vernetjeneste				Avd. leder og seksjonsledere
Personalmøter månedlig med alle personellgrupper + intern webside	X			Seksjonsledere
Vaktplaner for leger	X			Avd. leder/delegert overlege
Halvårsplaner	X			
Driftsenheter/fagseksjoner integrasjonsarbeid	X	X		Fagansvarlig overlege
Turnus for sykepleiere		Skal utarbeides nye	20.06.10	Seksjonsleder sengeposter
Sikre riktig kompetanse og turnus tilpasset virksomheten		X	20.06.10	
Redusere overtid og innleie; bidra til å styrke kvalitet og kompetanse		X – plan legges		
Styrke kontorfaglig seksjon i kvalitetsarbeid/registrering tilpasset fagseksjoner		X		Kontorleder
Driftskoordinerer				Avd.leder sammen med driftskoord.
Retningslinjer for mottak av henvisninger og ventelistebehandling	X			

Driftskoordineringsmøter ukentlig	X		011010	Kontorleder
Faglige samarbeidsmøter med andre avdelinger	X			
Retningslinjer for operasjonsprogram	X			
Retningslinjer for postarbeid		X		
Retningslinjer for inntak av pasienter		X		
Retningslinjer for mottak av pasienter	Retningslinjer integreres	X		
Retningslinjer for operasjonsbeskrivelser og utskrivelser av pasienter		X		
Retningslinjer for kontroll og kvittering av prøvesvar og epikriseskriving	X			
Retningslinjer for LIS vaktarbeid	X			
Retningslinjer for ferieavvikling	X			
Kompetanseutvikling			011010	Overlege med seksjonsansvar/avd. sykepleier
Opplæringsprogram for nyansatte sykepleiere/leger/kontormedarbeidere	X	X		
Ukentlig undervisning for alle personellgrupper	X			
Alle utdanningskandidater skal ha veileder – og individuell plan for utdanningen skal foreligge	X			
Opplæring i retningslinjer for medikamenthåndtering	X			Avd.sykepleier
HLR	X			
Retningslinjer for håndtering medisinsk teknisk utstyr –alt klinisk personell	X			
Faglige prosedyrer* og retn.linjer	X			
Forskning			311210	Avd.leder
Besette alle professorater	X			
Tilrettelegge for stipendiater	X			
Kvalitetsregistre innen alle seksjoner		X		
Sykepleieforskning/kvalitetsstudier/prosjekter	X	X		
Internkontroll			311210	Avd.leder i samarbeid med seksjonsledere
Etablere kvalitetsutvalg i avd.		X		
Systemdokumentasjon på nivå 2 – handlingsplan utarbeides særskilt	X	X		
Komplikasjonsmøter minst månedlig	X	X		
Kvalitetsprosjekter i hver seksjon				

Opplæring i retningslinjer for klagesaksbehandling og melderutiner med alt personell (særlig fokus på Meldeplikten paragraf 3-3)		X		
Månedlig gjennomgang av hendelser og nesten uhell – utarbeide forbedringstiltak	X	X		
Etablere god meldekultur		X		
Gjennomføre brukerundersøkelser – bruke resultater i forbedringsarbeid		X		
Følge indikatorer; ventetid evt. fristbrudd, epikrisetid, sykehusinfeksjoner med mer	X	X		
Sykepleiefaglig kvalitetskontroll				Avd.sykepleier
Arbeidsmiljø				
Gjennomføre arbeidsmiljøundersøkelsen årlig	X		årlig	Avdelingsleder/seksjoneødere i samarbeid med HR leder i stab/arbeidsmiljøavdelingen
Gjennomføre tilbakemeldingsmøter – arbeide med bevarings- og forbedringsområder	X			
Følge opp HMS handlingsplaner	X			
Aktivt IA arbeid	X			
Registrere sykefravær – følge opp kontinuerlig	X			
Trivselstiltak	X	X	kontinuerlig	
Styrke omdømme				
Utarbeide kommunikasjonsplan for å bidra til å bedre omdømme		X	01.06.10	Klinikkleder/avd.leder
Etablere intranett/internett sider	X			

Sykefraværs utvikling okt. 2009 til febr. 2010 *)

	200910	200911	200912	201001	201002
Kontor tjeneste RH	3	4,6	3,1	5,4	5
Operasjon RH	13,1	9,6	4,9	6,4	5,3
Sengepost RH	11,3	10,9	13,6	7	8,3
Leger RH	6,2	8,9	8,9	4,2	4,1
Ass.leger RH	0,9	1,4	0	7,8	5,2



* Pga omorganiseringer er det vanskelig å få ut sammenliknbar statistikk for annet tidsrom

Helsetilsynet i Oslo og Akerhus
Postboks 8111 Dep.

0032 OSLO

Deres ref.: 2009/20722
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: Eva Bjørstad
Dato: 10. mai 2010

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

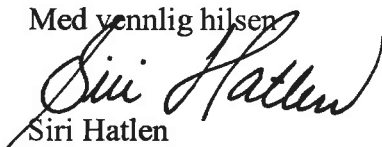
Det vises til deres brev av 19. april 2010. Fylkeslegens vurdering og konklusjon påpeker forhold som administrerende direktør og ledelse tar på største alvor. Den påpeker forhold som, sett i ettertid, skulle ha vært håndtert på et langt tidligere tidspunkt. Samtidig vil vi understreke at det siden høsten 2009 er iverksatt tiltak både organisatorisk og i forhold til å løse fastlåste konflikter. Saken i seg selv, samt mediafokuset saken har fått, har vært og er en stor belastning for de ansatte som med rette er opptatt av å utøve god faglig kvalitet og sikker pasientbehandling.

Det er initiert ledelsesmessige og organisatoriske grep, samt startet en rekke prosesser for å sikre god utvikling og framdrift. Forbedringsarbeidet er vesentlig styrket under ny avdelings- og klinikkledelse som formelt er på plass fra årsskiftet. I tillegg vil erfaringer fra denne saken bli brukt generelt i videreutvikling av Oslo universitetssykehus.

Administrerende direktør vil ha spesielt fokus på intern styring og kontroll i den videre oppfølging.

Dette til orientering.

Med vennlig hilsen



Siri Hatlen
Adm. direktør

Oslo universitetssykehus HF

Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2010

Styremøte i Helse Sør-Øst RHF den 5. og 6. mai tok revisjonsplanen 2010 for foretaksgruppen til orientering.

Revisjonsplanen definerer følgende tema for Oslo universitetssykehus:

1. Intern styring og kontroll i pasientforløp, herunder ventelistehåndtering. Revisjonene vil inkludere vurdering av hvordan informasjon om avvik og uønskede hendelser kommuniseres og danner grunnlag for oppfølging og forbedringsarbeid
Start: mai 2010
2. Gjennomføring av endrings- og omstillingsprosesser som ledd i plan for strategisk utvikling. Målområde for revisjonen er pasienter, fellestjenester og mobilisering av ansatte og ledere i strategisk plan.
Start: mai 2010
3. System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring).
Start: sept. 2010
4. Lønnsområde – Sykehuspartner
Start: sept. 2010
5. Oppfølging av revisjoner på innkjøpsområdet
Start: jan. 2011

Forberedelser og koordinering i forbindelse med konsernrevisjonens revisjoner innad i foretaket gjøres via Internrevisjonsleder, Oslo universitetssykehus i samarbeid med leder internkontroll.

Innen innkjøpsområde vil Oslo universitetssykehus starte en prosess før sommeren for å gjennomgå tidligere funn fra konsernrevisjonen (utførte revisjoner ved tidligere Aker og Ullevål) og vurdere effekt av iverksatte tiltak.

Innen tema intern styring og kontroll i pasientforløp, hvor revisjonene også vurderer hvordan informasjon om avvik og uønskede hendelser kommuniseres og danner grunnlag for oppfølging og forbedringsarbeid, vil resultatene fra denne revisjonen være utgangspunkt for de interne revisjonene som i 3.tertial skal utføres ved Oslo universitetssykehus på klinikk og avdelingsnivå.

Oslo universitetssykehus HF

Midlertidige ansettelser av forskere

Det vises til medieoppslag i VG 3. mai 2010, som tar opp problematikken rundt midlertidig ansettelse av forskere ved Oslo universitetssykehus, og spesielt ved Institutt for kreftforskning. Ca halvparten av instituttets 45 forskere har ikke fast stilling. Problemstillingen er i stor grad relatert til utstrakt ekstern finansiering av forskingen i aktive forskningsmiljøer, og disse midlene er prosjekt- og personavhengige og tidsbegrensede. Forskerforbundet er kritisk til en slik praksis. Saken har en parallellitet i situasjonen i universitet og høyskolesektoren, og forsknings- og høyere utdanningsminister Tora Aasland har nedsatt en arbeidsgruppe for å kartlegge andelen midlertidig ansatte i akademia. Arbeidsgruppens mandat er å se på ulike tiltak for å redusere midlertidigheten, og kartlegge bruk av lovhjemler.

Oslo universitetssykehus ønsker en dialog med tillitsvalgte rundt denne problemstillingen, som er en av de viktige forskningspolitiske sakene. I første omgang vil vi bidra til å kartlegge omfanget i hele sykehuset. Saken vil også løftes opp til diskusjon i overordnede forskningspolitiske organer. Saken er meldt inn til neste møte 21 mai 2010 i Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst. Videre vil den bli diskutert i RHFenes strategigruppe for forskning, som har møte medio juni. Det vil også etableres kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet og utredningsgruppen nedsatt av Kunnskapsdepartementet.

Oslo universitetssykehus HF

Om Kreftregisterets screeningprogram

Kreftregisteret har ansvaret for to screeningprogram, Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet. Begge programmene har - og har hatt - stor betydning i forhold til forebygging av sykdom, og i forhold til utviklingen av et stadig bedre behandlingstilbud til de kvinnene som blir rammet av kreft eller forstadier til kreft.

Som styret for OUS ble orientert om i møtet 24.mars, har Datatilsynet tidligere vurdert Mammografiprogrammet, og besluttet at innsamlede data vedrørende normale funn (95 % av de mammograferte) bare kan oppbevares i inntil 6 måneder, og deretter skal slettes. Dette vedtaket ble pålagt til Personvernemnda som besluttet at "Samtykker må være innhentet innen 31.12.2011. Hos dem som ikke samtykker, skal personopplysninger slettes/anonymiseres fortløpende." Personvernemnda uttalte videre at Kreftregisterforskriften skulle ha tilbakevirkende kraft, og at pålegget omfattet alle opplysninger som befant seg i registeret pr. 1.1.2002. Dette omfatter at alle opplysninger som skriver seg fra 1995 i tillegg til opplysninger som skriver seg fra årene 1/1-2002 da forskriften trådte i kraft, og frem til i dag, nærmere bestemt frem til det tidspunkt hvor samtykkepraksis er endret i samsvar med pålegget

Kreftregisteret startet 15.juni 2009 med å innhente samtykke fra de kvinnene som fortsatt er i Mammografiprogrammet. Sletting av data for dem som er ute av programmet pga alder eller ikke møter etter invitasjon, er ikke startet opp. Dette dreier seg om 200 000 kvinner, og krever ressurser og annen logistikk enn den rutinemessige programdriften.

Som varslet om i samme styremøte, har Datatilsynet nå vurdert hjemmelsgrunnlaget for Livmorhalsprogrammet. I brev mottatt i Kreftregisteret 26. april, framgår det at Datatilsynet har fattet følgende vedtak:

"Kreftregisteret må hente inn samtykke fra de registrerte med negative funn i Cervixcancerregisteret, i samsvar med kreftregisterforskriftens § 1-9 annet ledd jf helseregisterlovens § 2 nr 11. Opplysninger om personer som ikke avgir samtykke skal slettes, dersom opplysningene er mer enn seks måneder gamle. "

Styret i Kreftregisteret behandlet Datatilsynets beslutning i forhold til Livmorhalsprogrammet i sitt møte 5.mai 2010. Styret var meget opptatt av å sikre at allerede innhentede data fra screeningprogrammene må kunne brukes til kvalitetssikring av behandlingstilbudet og til videre utvikling av tilbudet. Datalagring er særlig viktig i forhold til å kunne kvalitetssikre oppfølgingen av prøvesvar som angår den enkelte kvinne. Dette kan være viktig for forståelse av

et sykdomsforløp, men kan også være viktig i situasjoner med feilvurderinger eller der sykdom er oversett.

Når det gjelder Livmorhalsprogrammet spesielt, er det viktig å understreke at det ble innført for å redusere både forekomsten av livmorhalskreft og dødeligheten. Etter innføringen av et systematisert, strukturert program, er forekomsten redusert med 35 % og dødeligheten med 50 %. Samtidig blir det tatt 100 000 færre celleprøver pr år (400 000 mot 500 000 årlig). De prøvene som tas, blir tatt etter bestemte intervaller (3 år) for hele kvinnebefolkningen. Tidligere var det et betydelig overforbruk av prøver blant yngre kvinner og et underforbruk blant eldre. Dette førte til at de eldre først ble diagnostisert i avansert sykdoms stadium av livmorhalskreft med krevende behandling (især for kvinnene selv) og ofte død til følge. Knapt noe annet forebyggende helsetiltak kan vise til effekt i ovennevnte størrelsesorden på pasientplan, på samfunnshelseplan eller i forhold til ressursbruk.

I Livmorhalsprogrammet foretas prøvene av fastleger og annet helsepersonell (gynekologer). Kvinnene bestiller selv time. Livmorhalsprogrammet sender en påminnelse til kvinnene hvis det i løpet av en treårs periode ikke er registrert prøve i Kreftregisterets screeningdatabase. En slik påminning fører til betydelig økt framfylte. Muligheten for å minne om at det er tid for å ta ny prøve etter mer enn 3 år fra forrige prøve, er helt avhengig av at Kreftregisteret kan lagre data utover 6 måneder.

Styret i Kreftregisteret mener det er svært viktig at de innsamlede dataene bevares. Det er viktig for framtidig kvalitetssikring og utvikling av forebyggende tiltak og en fortsatt bedring av behandlingstilbudet. Det er også en viktig database for forskning. Men det er først og fremst en forutsetning for å drifte programmet ved å kunne minne kvinnene på å gå til kontroll. Samtidig er styret opptatt av at gjeldende lover og forskrifter i forhold til personvern skal etterleves, og tar til etterretning at Datatilsynet mener dette ikke har vært tilfredsstillende ivare tatt frem til nå. Det er viktig at samtykke til lagring av opplysninger, eventuelt reservasjon mot fremtidige påminnelser, skjer på forskriftmessig måte. Kreftregisteret har bedt Datatilsynet om dialog for å sikre dette.

Styret i Kreftregisteret fattet følgende vedtak (*foreløpig utkast*):

”Det søkes om at innhenting av samtykke for årene 1995-2010 i Livmorhalsprogrammet skjer over en periode på tre år regnet fra 1.juni 2010, slik at endelig frist for gjennomføring av Datatilsynets pålegg om sletting av data som er mer enn seks måneder gamle, for personer som ikke avgir samtykke, gis virkning fra 1.juni 2013. Inntil 1. juni 2013 må også data kunne brukes til kvalitetsevaluering. ”

Kreftregisterets styreleder, nestleder og direktør var i et møte i Stortingets Helsekomité om konsekvensene av en evt. sletting av data, og om mulighetene for å hente inn samtykke fra de ca. 1,6 mill kvinnene som inngår i

Livmorhalsprogrammet. Det ble uttrykt stor bekymring for konsekvensene av en evt. sletting. Fra Kreftregisterets side ble det gjort klart, at selv med brev sendt den enkelte kvinne, og som følges opp med to purringer, er det vanskelig å komme opp i en svarprosent på mer enn 80 % i det ordinære programmet. Ved innhenting av samtykker i ettertid for den historiske 15 års perioden er det fare for at utvalget blir ytterligere skjevfordelt. Fagmiljøene konkluderer med at et ukomplett register er av redusert verdi i forhold til utviklingen av diagnostikk og behandling av livmorhalslesjoner og for resultatene av programmet. Det nevnes at internasjonalt er de norske registrene unike, nettopp fordi de omfatter en så stor del av kvinnebefolkningen, og altså er populasjonsbaserte.

Det er også dialog med Helsedepartementet, som vurderer behovet for evt. endringer i forskrifter/lover. Internasjonalt (EU og Norden forøvrig) er det, etter hva vi er gjort kjent med, ikke innført tilsvarende lovkrav når det gjelder samtykke til lagring av funn i screeningprogrammene. Som hovedregel anses oppmøte for å være tilstrekkelig samtykke.

Oslo universitetssykehus HF

Yrkesrelatert sykdom hos ansatt ved dyreavdelingen

Det vises til medieoppslag om saken, som er meget tragisk. Ansatte har fått tilbakefall av sin kreftsykdom etter intensiv behandling og er nå i terminalfasen av sin sykdom. Ansatte er tilkjent yrkesskadeerstatning etter vurdering fra Yrkesmedisinsk avdeling fra daværende Ullevål universitetssykehus med konklusjon om at det er sannsynlighetsovervekt for at sykdommen er relatert til arbeidsmiljøet.

Institusjonell oppfølging av denne saken orientert om i Rikshospitalets styre: (SAK 90/2008 ARBEIDSMILJØ OG SYKEFRAVÆR 2007). Avsnittet som omhandler saken har følgende tekst: "

Nærmere om oppfølging av yrkessykdom og arbeidsmiljø ved Institutt for kreftforskning

Yrkesmedisinsk avdeling ved Ullevål Universitetssykehus konkluderte høsten 2007 at det er mer enn 50 % sannsynlig at utvikling av hematologisk kreftsykdom hos ansatt på Institutt for kreftforskning ved Rikshospitalet kan relateres til eksponering i arbeidssituasjonen. Saken er meldt til Arbeidstilsynet og ligger til behandling hos NAV for avklaring av eventuell yrkesskadeerstatning. I mars 2008 hadde Institutt for kreftforskning et møte med Arbeidstilsynet der det ble redegjort for instituttets rutiner knyttet til håndtering av cytostatika. Tilsynet har ikke kommet med pålegg etter dette møtet.

På grunn av at dette alvorlige sykdomstilfellet er satt i sammenheng med arbeidsmiljøet og fordi det har vært betydelige HMS-problemer relatert til ventilasjon og utslipp i G og H bygget, ønsker administrerende direktør å redegjøre for de tiltak som er iverksatt og planlegges relatert til denne problematikken. Det jobbes med følgende tiltak:

- 1) Gjennomgang av rutiner og innskjerping av etterlevelse av rutiner for arbeid med potensielt helsefarlige stoffer. Dette har vært et fokus det siste halvannet året og arbeidet pågår kontinuerlig.
- 2) Utbedringer og gjennomgang av fysiske forhold, inkludert ventilasjon og avtrekk. Samling av cytostatikaarbeid til godkjente fasiliteter.
- 3) Målinger av kjemikalier ved behov og i vanlig arbeidssituasjon.
- 4) Innskjerping av varslingsrutiner ved avvik.
- 5) Informasjon til ansatte fortløpende. Spesiell oppfølging av enkelte miljøer. Tydeliggjøring av særlige regler for gravide og personer med arbeidsrelaterte plager.
- 6) Tilbud om at ansatte kan ha samtale med bedriftshelsetjenesten ved mistanke om arbeidsrelaterte plager.

I tillegg kommer at det ved Institutt for kreftforskning, der dyreavdelingen ved Radiumhospitalet var organisert fram til fusjon med Avdeling for komparativ medisin på Gaustad, har alle rutiner vedrørende HMS arbeid, inkludert rutiner for håndtering

av kjemikalier, blitt gjennomgått og revidert i tett samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Rutinene er tilgjengeliggjort elektronisk. Stoffkartotek er oppdatert og stoffer, som er i bruk, er risikovurdert i henhold til de ulike prosedyrene de benyttes i. Alle ansatte og ledere har gjennomgått obligatoriske HMS kurs.

Det er gjennomført regelmessige vernerunder og det er gjort en systematisk gjennomgang av ventilasjonen i sikkerhetsbenker og avtrekkskap i F,G og H bygget. Flere avtrekk er stengt for å bedre den totale ventilasjonen i bygget, og laboratoriearbeidet er konsentrert til færre områder for de miljøene som arbeider i disse bygningene i dag (særlig Seksjon for patologi ved Klinikk I). Det er også gjort endringer med tanke på avfallshåndtering og lagring, samt prosedyrer som medførte luktproblemer i bygget, inkludert arbeid ved dyreavdelingen. Målinger har vært utført i ulike deler av bygningene både i normaltstand og ved luktproblemer. Dyreavdelingen flytter til nye lokaler i løpet av kort tid.

Sykehuset har vært i kontakt med eier vedrørende eventuelle nasjonale tiltak pga viss parallellitet til Rosenborgsaken. Ekspertkomiteen som ble nedsatt, har imidlertid ikke anbefalt en større nasjonal undersøkelse av kreftrisikoen hos laboratorieansatte. Nylig offentliggjorde Kreftregisteret den norske delen av en internasjonal undersøkelse vedrørende dette temaet som ble initiert på 90 tallet og ferdigstilt i 2010.. Studien omfattet 1463 ansatte og stipendiater, hvorav 322 ved Radiumhospitalet,

Funnene var:

- Generelt mindre risiko for kreft hos disse ansatte (149 nye vs 168 forventet)
- Ikke økt sjanse for hematologisk kreft, kreft i hjerne eller bukspyttkjertel – dette er de kreftformene som oftest har vært knyttet til laboratoriearbeid i internasjonale undersøkelser tidligere.
- For kvinner var det dog en økt sjanse for skjoldbruskkjertelkreft (6 vs 1,8 forventet)

Oslo universitetssykehus HF

Orientering om status eiendommer

Bakgrunn

Viser til tidligere saker som omhandler endringer i behov og bruk av eiendomsmassen ved Oslo universitetssykehus, herunder sak 9/2010, 28/2010 og 51/2010:

Sak 9/2010 Suksess gjennom samhandling – utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus.

Vedtak:

- 1. 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.*
- 2. 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.*
- 3. Styret tar til etterretning at etablering av storbysykehuset ved Kirkeveien innebærer en avgrensning mot regionale funksjoner som i tråd med forutsetningene i hovedsak planlegges samlet på Gaustad.*
- 4. Styret tar til etterretning at Oslo universitetssykehus vil utvikle og tydeliggjøre tilbudet innen lokalbasert spesialisthelsetjeneste i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten i tråd med føringene fra Helse Sør-Øst i styresak 108/2008. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus tar nødvendige initiativ for å skape en god og koordinert samhandling sammen med berørte parter opp mot Oslo kommunes helsetjeneste og slik bidra til å gjøre Oslo til en pilotkommune i samhandlingssammenheng. Styret ser det som viktig å få avklart hvordan Oslo kommune eventuelt vil ønske å benytte området på Sinsen i arbeidet med samhandlingsreformen. Aktuelle områder kan være helsetilbud knyttet til eldre, kronikere og livsstilssykdommer/læring og mestring, eventuelt også rusbehandling og psykisk helsevern.*
- 5. Styret understreker betydningen av å etablere gode interne retningslinjer som kan understøtte lokalsykehusfunksjonen og etablere gode pasientforløp og samhandling innen og på tvers av klinikkene i Oslo universitetssykehus.*

6. *Storbysykehuset vil ha store pasientvolum, behandle alminnelige lidelser og diagnosegrupper og vil ha stor nærhet til primærhelsetjenesten. Styret legger til grunn at storbysykehuset skal gi et godt grunnlag for utvikling av forskning og utdanning på dette område.*
7. *Styret tar til etterretning administrerende direktørs vurdering om behov for frigjøring av kapital for å videreutvikle Oslo universitetssykehus i tråd med styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF og at dette innebærer at en bør søke å realisere verdier gjennom salg av eiendom på Sinsen. Styret ber administrerende direktør komme nærmere tilbake til styret etter en videre prosess dersom det blir aktuelt å selge eiendom på Sinsen. Styret tar til etterretning administrerende direktørs vurdering om at dersom en i samarbeid med Oslo kommune og Helse Sør-Øst kommer frem til at det skal være helserettet virksomhet på Sinsen etter en overgangsperiode, så kan det legges til rettet for dette.*
8. *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.*
9. *Styret legger til grunn at den geografiske samling av virksomheten bidrar til å redusere det samlede bygningsareal for sykehusvirksomhet innen Oslo universitetssykehus i tråd med premissene fra sak 108/2008 Helse Sør-Øst RHF. Avvikling av arealer utenom de sentrale sykehusområdene må i den forbindelse ha prioritet.*

Sak 28/2010 Videre arbeid med eventuell realisering av eiendom på Aker/Sinsen
Ansvaret for spesialisthelsetjeneste til store deler av pasientgrunnet på Aker overføres til Akershus universitetssykehus HF og virksomheten i Oslo universitetssykehus skal samles på færre hovedlokalisasjoner enn i dag.

Vedtak:

1. *Styret viser til protokoll med vedtak i sak 9/2010 "Suksess gjennom samhandling – utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus" og tar redegjørelsen fra administrerende direktør til orientering.*
2. *Styret tar til orientering at styreleder og administrerende direktør vil rette en invitasjon til Oslo kommune ved byrådsleder med ønske om videre dialog om hvordan Oslo kommune eventuelt kan tenke seg å benytte området på Sinsen i arbeidet med samhandlingsreformen.*

Sak 51/2010 Andre orienteringer

Status for arealene på Dikemark. Styret tok saken til orientering.

Eiendomsportefølje Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus eier i dag ca 875 000 kvm bebygget areal og vi leier ca 63 000 kvm. Av disse arealene er det ca 400 000kvm eiet og 25 000 leiet på Ullevål, ca 316 000 kvm eiet og 23 000 kvm leiet på Riks-/Radium- hospitalet og tilsvarende tall for Aker er ca 160 000 eiet, hvorav ca 9 000 er Ski sykehus, og ca 15 000 kvm leiet. Bygningene har en variert tilstand, hvor Ullevål og Aker har den bygningsmasse hvor den generelle bygningsmessige tilstand er dårligst.

Aker

I forbindelse med sammenflyttingen av funksjoner frem mot Dag 4 vil Oslo universitetssykehus sin virksomhet på Aker/Sinsen bli redusert. Det arbeides med å forberede og planlegge flyttingene.

Aktivitet for klarlegging av en avhendig av eiendom på Sinsen

Det er opprettet kontakt med Oslo kommune i den hensikt å få etablert en møteplattform hvor man vil informere om Oslo universitetssykehus sine vurderinger i forbindelse med en avvikling av Aker og samtidig innhente informasjon om de muligheter og tanker Oslo kommune har om området på Sinsen.

Parallelt med dette vil Oslo universitetssykehus ta kontakt med nødvendig spisskompetanse for å utrede de forskjellige avhendingsmåter som vil gi en best mulig helhetlig løsning for Oslo universitetssykehus.

Dikemark

Dikemarkområdet ble ført over til Ullevål Sykehus HF og Staten ved sykehusreformen. Bygningsmassen bestod da av ca. 90 000 kvm og ca 600 dekar tomteareal. Oslo universitetssykehus sitt tomteareal er i vesentlig grad knyttet opp mot hvert bygg (fotavtrykket) og samtidig et område sentralt rundt administrasjonsbygget med støttefunksjoner. I forbindelse med Sykehusreformen ble alle behandlingsbygg med støttefunksjoner overført til Ullevål Sykehus HF mens brorparten av tomteområdet og servicebygg ble beholdt av Oslo kommune. Byggene er i vesentlig grad oppført fra ca. 1900 med det nyeste bygget ca. 1970.

Arealene tilhørende en foreslått verneplan legger begrensninger på en kommersiell utnyttelse. Området er også tillagt en heftelse, da Oslo Kommune og Oslo universitetssykehus har forpliktet seg overfor Asker kommune til å rehabilitere avløpssystemet. Dette vil føre til en kostnad på ca 50 millioner kroner for Oslo universitetssykehus.

I møte med Asker- og Oslo kommune den 21. april, ble det fremmet forslag om å vurdere området på nytt knyttet mot en revisjon av kommuneplanen til Asker. Asker kommune vil revidere kommuneplanen for 2011 - 2020. Det er tidligere utarbeidet prospekter for området og møte konkluderte med å nedsette en arbeidsgruppe, deltakere fra alle parter, som fikk i oppdrag med å utrede de kommersielle mulighetene for området. Arbeidet skal være ferdig innen utgangen av 2010.

Oslo universitetssykehus har tilkjennegitt at området ikke har strategisk betydning for videre utvikling av Oslo universitetssykehus og vår intensjon er å få en best mulig økonomisk utgang.

Asker kommune forutsetter at det utarbeides en helhetlig plan for Dikemark før videre utvikling kan finne sted. Det finnes ulike unntak fra dette plankravet, jfr. pkt 5 under. Videreutviklingen av Dikemark må for øvrig skje innenfor de rammer kommuneplanen setter: markagrensen, strandsonen langs vassdragene og kulturlandskapet/landbruksområdene. Videreutviklingen av Dikemark må samtidig ballanseres ut mot infrastrukturen. Her vil f.eks trafikale løsninger og trafikksikkerhet by på utfordringer, mens f.eks skolekapasiteten i området for tiden er svært god.

Asker kommune skal i gang med revisjon av kommuneplanen. Dette arbeidet vil bli igangsatt primo 2011, med henblikk på et kommuneplanvedtak i 2012. Arbeidet med en helhetsplan for Dikemark vil således kunne implementeres i kommuneplanarbeidet. Dette forutsetter imidlertid at man i løpet av høsten 2011 utreder mulighetene for en utvikling av Dikemark.

Partene var enige om:

Det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter for de 3 parter som innen 1.11.2010 skal utarbeide en mulighetsstudie for Dikemark. Mulighetsstudien skal inneholde:

1. *Sammenfatning og vurdering av foreliggende relevant materiale vedr. Dikemark, inkl. en evaluering av Norconsult-rapporten av 2006.*
2. *Enkel mulighetsstudie av Dikemark, event. med ulike alternative utviklingsmuligheter. De økonomiske konsekvenser av alternativene skal utredes særskilt.*
3. *Anbefaling av videre utvikling av Dikemark, inkl. utrednings- og planprosesser.*

Salg av eiendommer

Foreløpige beregninger viser at Oslo universitetssykehus kan avhende/selge eiendommer for opp mot 2 milliarder i de nærmeste 3-5 årene dersom nødvendig tillatelser gis og markedet responderer i samsvar med anslag. Salg til nå har innbrakt 229 millioner kroner i bedret likviditet. I det generelle bilde for eiendomssalg for siste halvår 2010, vil det primært bli solgt leieligheter – anslagsvis 10 til 15 stk. Inntekten fra disse salgene kan konservativt anslås til ca 30 millioner kroner. Videre avventes den endelige beslutning på salg av personalboligene på Ski som har en antatt verdi på ca 35 millioner kroner.

sykehus	Eiendom	Virksomhet	Vedtatte salg		Anslått salgsverdi MNOK		
			Solgt pr. april 2010	Prognose Mai-des 2010	Før Dag 3	Før Dag 4	Senere
U	Josefinesgate 30	DPS				10	
U	Pilestredet 77	DPS				30	
U	Geitemyrsveien 67	DPS				10	
U	Sognsvannsveien 53-57	BUP					30

U	Bogerudveien 13-15	BUP					15
U	Bygg 156 Nedre Ullevål 5	Med.studentforening					1
U	Totengate	Leilighet			5		
U	Sognsveien 9B	BUP					1
U	Dikemark	Psykatri					500
A	Sognsveien 9A	Ullvin					1
A	Høybråtenveien 1C	Treningsleilighet			4		
A	Helgesensgate 21	Treningsleilighet			6		
A	Kroerveien 53-55	Tidl. Åsenheten			5		
A	Vardåsv.5A, 1400 Ski	27 leiligheter		30-40			
A	Vardåsveien 36, Ski	Barnehage Kvinnekollektivet			5		
A	Sinsenveien 54 Disenveien 27, Disenveien 8B, Lindebergåsen 58, Larviksgaten 4, Larviksgaten 10	Arken					0
A	Montebello terrasse 15	Avgiftning			1		
A	Storgata 36C	Avgiftning			10		
A	Sinsen	Aker sykehus mm.					1000
R	Durudveien 12-22	Leilighet	29	15			
R	Hoffsveien 43/45	Leilighet	3	12			
R	Bjerregaards gate 19	Leilighet	2		10		
R	Stensberggata 13 - solgt	Leiegård	55				
R	Grefsensveien 44 - solgt	Leiegård	72				
R	Vitaminveien 2 - solgt	Leiegård	67				
R	Gaustadveien 21C	Hompetitten bhg			7		
R	Ullernchaussen 72	Hasselkroken bhg			8		
R	Njords vei 16	Solberg bhg		9			
R	Gaustadv.6G	Gaustadskogen bhg		5			
R	Solbergv.20 (SSE)	Tidl. personalboliger		4			
R	Tomtesalg SSE	Tidl. personalboliger		50			
	Sum MNOK		229	75-135	40-70	50	1530

Referat

Sak 027-2010

Møte: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Møtedato: 22.03.2010, kl. 13.00-17.15

Møtested: Kreftsenteret, Bygg 11 møterom gamle kantine 4.etg.

Til stede: **Fra Brukerutvalget**

Stine Jakobsson Strømsø, Nina Adolfsen, Ragnhild Braastad, Eva Buschmann, Arne Ellingsberg, Arild Engen, Per Egil Haga, Richard Madsen (sak 019-024), Grete Müller, Veslemøy Ruud, Jon Storaas, Vegard Strøm og Shoaib Sultan (sak 019-024).

Fra Administrasjonen

Gunnar Juriks (sak 019-024), viseadm direktør Tove Strand (sak 024-026).

Sak 023: Kommunikasjonsrådgiver Gro Warholm (Stedfortreder for direktør for kommunikasjon Christina Rolfheim Bye). Sak 024: Klinikkleder Siri Vedeld Hammer. Sak 025: Adm. direktør Siri Hatlen

Forfall: Arne Lein

Referent: Ingrid W. Bjelland

Sak nr.	Sakstittel-/innhold
019-2010	<p>Referat fra møtet i Brukerutvalget 15.02.2010. V/Stine Strømsø.</p> <p>Brukerutvalgets vedtak: <i>Referatet ble godkjent.</i></p>
020-2010	<p>Rapport fra medlemmenes deltakelse i prosjekter og konferanser. V/Stine Strømsø</p> <p><u>Ragnhild Braastad</u> Rapport fra arbeidsgruppen for lavrisikofødetilbudet i Oslo. Rapporten ble ferdigstillet 12.03. 2010. Brukerrepresentantene har uttalt at kvinner har forskjellige behov og ønsker et differensiert tilbud. ABC og Føderiket bør derfor bestå i tillegg til vanlig fødeklinikk. Informasjonen om lavrisikotilbudene for fødende bør bli bedre. For fullstendig rapport se vedlegg nr. 1: Rapport om lavrisikofødetilbudet i Oslo.</p> <p><u>Per Egil Haga</u> Prosjektet "Arbeids- og funksjonsdeling mellom sykehusene i Oslo. Samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og de private sykehusene."</p> <p>Brukerutvalgets vedtak: <i>Vegard Strøm velges som vararepresentant til prosjektet.</i></p> <p><u>Richard Madsen og Nina Adolfsen</u> Konferansen: "Sammen er vi gode....og bedre skal det bli" 16 og 17. mars. Konferansen var god og lærerrik. Det var stort fokus på arbeidet med helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer og presentasjon av arbeidet ved ulike HF. Kvalitetsprisen ble vunnet av døgnenheten ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn HF for sitt prosjekt "Brukerstyrt innleggelse -makten skifter eier".</p> <p>Presentasjoner fra konferansen er lagt ut på www.nfkh.no</p>

	<p><u>Arne Ellingsberg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Styringsgruppe for endret opptaksområde. Prosjektet er utsatt 3 mnd. pga behov for økonomiske avklaringer. • Det er viktig at brukerrepresentanter deltar i arbeidet med organisering av Lærings- og mestringssentrene ved Oslo universitetssykehus helt fra oppstart av prosjektet. Invitasjon etterspørres. <p><u>Grete Müller og Nina Adolfsen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Representantene deltok 10. og 11. mars på ”Dialogkonferanse pasientforløp og samhandling” i regi av Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF mener at to brukerrepresentanter bør inn i hver behandlingslinje. Ved et stort og mangfoldig sykehus som Oslo universitetssykehus er det en utfordring å rekruttere et tilstrekkelig antall gode brukerrepresentanter. • Prosjektet ”Organisering og arbeidsdeling innen rehabilitering i Oslo”. Rehabilitering er et stort og bredt behandlingsområde som utføres på mange nivåer og lokalisasjoner i helsetjenesten. Det er store utfordringer både på somatiske områder og innen psykiatri og rusfeltet. Rehabilitering er ofte både omfattende og langvarig og for pasienten en livsprosess i et liv som er på skeive. <p>Brukerutvalgets vedtak: Eva Buschmann velges som vararepresentant til prosjektet.</p> <p><u>Soaib Sultan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mammografiprojektet for flerkulturelle kvinner. Informasjonskampanje forberedes. • Biobankutvalget Oslo universitetssykehus. Det arbeides med retningslinjer for området.
021-2010	<p>Saker til styremøtet Oslo universitetssykehus HF. V/Stine Strømsø Innspill til uttalelse vedr. styresak 6/2010 innarbeides før oversendelse til adm. direktør.</p> <p>Brukerutvalgets uttalelse: Se vedlegg nr. 2: Uttalelse vedr. styresak 6/2010 ”Oppdrag og bestilling 2010 Oslo universitetssykehus.”</p>
022-2010	<p>Handlingsplanen for Brukerutvalget 2010. V/Stine Strømsø.</p> <p>Brukerutvalgets vedtak: Saken utsettes til neste møte.</p>
023-2010	<p>Overordnet kommunikasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus. V/kommunikasjonsrådgiver Gro Warholm (stedfortreder for direktør for kommunikasjon Christina Rolfheim Bye).</p> <p>Utkast til kommunikasjonsstrategi ved Oslo universitetssykehus ble presentert. I utarbeidelse av ny kommunikasjonsstrategi diskuteres det om sykehuset har følgende kommunikasjonsutfordringer:</p> <p>1. Vi har en utydelig posisjon Oslo universitetssykehus fremstår ikke som ett sykehus. Oslo universitetssykehus er enten ukjent eller fremstår som ”stort”, uten en kvalitativ posisjon, ref. ”Fødefabrikk”, ”Gigantomanisk sykehus”. De store sprikene – fra lokalsykehusfunksjoner til landsfunksjoner – fra omsorg/empati til spesialkompetanse/lederskap – fra dynamikk til bestandighet – kan gi en utydelig merkevare. Denne utfordringen gjelder særlig overfor pasienter, pårørende og generelt omdømme.</p> <p>2. Lite opplevelse av fellesskap på tvers Det er ingen eller liten opplevelse av fellesskap mellom ulike enheter i virksomheten, noe som kan føre til ansvarsfraskrivelse og lite lojalitet til beslutninger. Vi har et stort potensial i å utvikle helhetsforståelse og kommunikasjon mellom ulike nivåer og enheter. Denne utfordringen gjelder egne medarbeidere.</p> <p>3. Økende og kritisk medieblikk Størrelsen på helseforetaket gjør at vi får flere kritiske medieblikk, som skal håndteres med den åpenhet og ordentlighet som kreves av en stor offentlig aktør. Vi må selv sørge for at mediene forteller de gode historiene om oss – og særlig suksesshistorier som viser at endringene kommer pasientene til gode. Sykehuset er i posisjon til å være mer proaktiv og premissgivende – om vi våger oss frempå. Denne utfordringen gjelder generelt omdømme, men mediene er også en kanal for å nå ansatte.</p>

4. Endringsprosessene kan gi utrygge pasienter

Pasientene må forholde seg til både ny og gammel sykehusstruktur, noe som kan virke forvirrende og redusere tilliten til sykehuset. Befolkningens forventninger har betydning for behandler-/pasientrelasjonen. Kan vi – gjennom god pasientinformasjon - i høyere grad styre pasientenes forventninger for å unngå negative pasientopplevelser? Utrygge ansatte kan gi utrygge pasienter.

5. Uklare kommunikasjonsrutiner og manglende implementering

Nye rutiner for kommunikasjon må implementeres hos svært mange fagpersoner og ledere med kommunikasjonsoppgaver. Uklare kommunikasjonsrutiner og manglende koordinering gjør at det blir vanskelig å bruke kommunikasjon som et strategisk virkemiddel.

Momenter som kom frem i dialogen:

Kommunikasjon med pasienter/pårørende og samarbeidspartnere

Samhandlingsreformen og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er viktig for å lykkes ved Oslo universitetssykehus. Kommunikasjonen må også rettes mot henvisende instanser, politikere i helse- og sosialutvalg og gjennom medier. Oslo universitetssykehus sitt behandlingstilbud kan markedsføres klarere.

Fastlegene må få god informasjon om det nye Oslo universitetssykehus så de er sikre på hvor pasientene skal henvises. Det er svært uheldig dersom pasientene blir sendt feil.

Kommunikasjonssvikt og klager fra pasienter/pårørende

Bakgrunnen for klager fra pasienter/pårørende er ofte kommunikasjonssvikt. En gjennomført god kommunikasjon på alle områder kan redusere antall klager. Sykehuset bør arbeide med kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter/pårørende, god informasjon gjennom nettsider, innkallingsbrev, foldere og lignende. Elektroniske tavler kan for eksempel benyttes ved avdelingene. Beskrivelser av behandlingslinjer kan gi bedre forutsigbarhet og trygghet.

Kommunikasjon og flerkulturelle pasienter/pårørende

Oslo universitetssykehus har mange flerkulturelle pasienter/pårørende som gir utfordringer når det gjelder språk og kultur. Det må taes høyde for at mange er analfabeter og/eller dårlige lesere. Skriftlig informasjon i brosjyrer eller nettet når ikke frem og en må forsøke å tenke kommunikasjon på andre måter. Utvidet bruk av tolk, radiokanaler eller informasjon gjennom tegninger. Enkelte programmer er allerede utviklet for informasjon til barn gjennom tegninger og dette kan utvikles også til andre grupper.

Forebygging av feilinformasjon i media som skaper utrygghet

I media er det ofte feilinformasjon som gir utrygghet og redsel for pasienter/pårørende og dårlig omdømme for helsetjenesten. Brukerutvalget er positiv til en åpen og kritisk presse, men sensasjonsoppslag som bygger på feil fakta er ikke samfunnet tjent med. Forebygging av feilinformasjon kan gjøres ved en proaktiv holdning ved Oslo universitetssykehus. Medierådgivere og klinikk-kontakter er viktige. Brukerutvalget og brukerorganisasjoner kan bidra med suksesshistorier som kan være et konstruktivt bidrag i bestrebelsene med å utvikle en god helsetjeneste.

Kommunikasjon og handlinger

Kommunikasjon er også hva vi gjør, handlinger. Omorganisasjonsprosessen vil få ulike følger for ulike pasientgrupper.

Kommunikasjonsprofilen ved OUS

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus bør arbeide mer med kommunikasjonsprofilen. Pasienten skal være i fokus og kommunikasjonen utad på økonomi bør nedtones til fordel for pasientbehandlingen. Det er Brukerutvalgets oppfatning at HSØ kommuniserer klarere at pasienten er i sentrum enn Oslo universitetssykehus. Det er for eksempel uheldig at den enkelte pasient/pårørende i en aktiv behandlingssituasjon konfronteres direkte med medikamenters kostnad. Arbeidet med god kommunikasjon med pasient/pårørende bør legges inn som en del av bestillingen til klinikkene.

Sp: Befolkningen i Oslo har generelt et mangelfullt kunnskapsnivå om omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus. Ryktebørs blant kronikere gir utrygghet og mange spørsmål kommer til

	<p>brukerorganisasjonene. Hvilke tiltak kan gjøres for å informere allmennheten? Sv: Oslo universitetssykehus har en egen kommunikasjonsplan for omstillingsprosessen. Først ved Dag 2 01.06.2010 begynner endringene for pasientene. En rekke informasjonstiltak – i flere kanaler - settes i verk i midten av mai. Nye pasientbrev/innkallingssbrev er utarbeidet.</p> <p>Kommunikasjonsrådgiver vil ta innspillene fra Brukerutvalget med i det videre arbeidet med kommunikasjonsstrategi ved Oslo universitetssykehus.</p> <p>Brukerutvalgets uttalelse: <i>Brukerutvalget ønsker å bidra i det videre arbeidet med kommunikasjonsstrategi og utarbeiding av informasjon ved Oslo universitetssykehus.</i></p>
024-2010	<p>Temasaker Møte med klinikkleder Siri Vedeld Hammer, Klinikk for kirurgi og nevrofag (Enhet C).</p> <p>Se vedlegg nr. 4 for presentasjon: Klinikk for kirurgi og nevrologi.</p> <p>Klinikk for kirurgi og nevrofag består av 13 kliniske avdelinger og en FOU avdeling med til sammen 1700 årsverk. Forskning er viktig for videreutvikling av behandlingstilbudet og Oslo universitetssykehus har som et stort sykehus forbedret forskningsmulighetene.</p> <p>Klinikken står foran flere sammenslåinger/flytting av fagfelt. Resultatet av sammenslåing av små sårbare fagområder er at tilbudet til pasientene blir bedre. Avdelinger som skal bli slått sammen får felles ventelister fra 1. juni. Sammenslåing av avdelinger kan være vanskelig for mange ansatte og det arbeides intenst med å utføre prosessene på en god måte.</p> <p>Klinikken har stort fokus på arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid. Det arbeides kontinuerlig med god meldekultur av uønskede hendelser og hvordan lære av feil. En del prosjekter skal snart settes i gang hvor det vil være behov for brukermedvirkning.</p> <p>Momenter som kom frem i dialogen: Sp: Ventetidene ved Klinikk for kirurgi og nevrofag er for lange på flere områder. Ventetiden er lang for radiologi. Ungdom klager på lang ventetid for plastikkirurgi for hode og kvinner venter veldig lenge på rekonstruksjoner etter brystkreft. Ventelistene for nyrepasienter har økt. Hvilke planer har sykehuset for å få ned ventetiden? Sv Ja, det er lange ventelister på flere områder. Det er utfordringer med ventetid til radiologi - dette har klinikken løftet til ledelsen ved OUS. Hvilke pasientgrupper vi bør øke aktiviteten på er under utredning. Klinikkleder kan ikke svare på spørsmålet om behandlingsskapasitet for nyrepasienter på stående fot da dette er pasienter som hører til en annen klinikk.</p> <p>Sp: Myndiggjøring av ansatte er viktig for god pasientbehandling. Det bør ikke gå for mye tid bort til møter, men istedenfor la de ansatte bruke arbeidstiden til mest mulig selvstendig pasientrettet arbeid. Hva er klinikkleders syn på dette? Sv. Klinikkleder er helt enig.</p> <p>Sp: Hvordan er situasjonen på Nevroklinikken? Brukerutvalget er bekymret for at konflikten påvirker pasientbehandlingen. Det vises til tidligere presseopplag i Aftenposten datert 19.11.2009. Sv: Klinikken C1 og C2 er nå sammenslått. En ekstern vurdering konkluderte med at den faglige pasientbehandlingen var ivaretatt og lå på et godt internasjonalt nivå. Det har vært store utfordringer i arbeidsmiljøet på tidligere Rikshospitalet og det arbeides med forbedringer.</p> <p>Sp: Har klinikken planer om organisering av egne ungdomsavdelinger? Sv: Klinikken vil se på hele organiseringen ved flytting, men aldersinndeling på sengeposter er ikke planlagt.</p> <p>Sp: Om habilitering av barn, unge og voksne i Oslo universitetssykehus. Det er nå satt ned en prosjektgruppe som skal gjennomgå rehabiliteringsfunksjoner innen Oslo universitetssykehus. Etter planen skal prosjektgruppen levere i månedskiftet april/ mai. I dette arbeidet har prosjektgruppen valgt å se bort fra habilitering av barn, unge og voksne, til tross for at rehabilitering og habilitering er nært beslektede fagfelt. Vil habiliteringstjenester for barn, unge og voksne, som i likhet</p>

	<p>med rehabilitering er et nasjonalt satsningsfelt få en tilsvarende gjennomgang? Det er viktig å få avklart hvordan den interne ansvars- og oppgavefordelingen i fremtiden skal være i forhold til landsfunksjoner, regionale/ flerregionale og lokalsykehusfunksjoner på habiliteringsfeltet. I denne forbindelse viser jeg til Helsedirektoratets handlingsplan for barn og unge, september 2009, side 87, hvor slike problemstillinger drøftes. Sv: Habiliteringsfeltet er sårbart og det er ikke et stort fagsområde ved Oslo universitetssykehus. Sykehuset bør ta et møte med Ahus for å diskutere habiliteringsfeltet. Pasientgruppen har ikke sterke organisasjoner som kan tale deres sak. Intensjon ved overtakelsen var at fungerende tilbud som er bygget opp over år blir videreført og at habiliteringsfeltet ikke splittes opp og nedbygges.</p>
025-2010	<p>Administrerende direktør Siri Hatlen sin time</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle saker • Integrasjonsprosessen <p>Overføringen av virksomhet til Ahus Overføringen av virksomhet til Ahus må skje på en måte som er forsvarlig for pasientene og som sikrer at ansattes rettigheter ivaretas best mulig Overføringsprosjektet er godt i gang, og svært mye kartleggingsarbeid er gjort. Det er viktig for Oslo universitetssykehus at overføringen skjer slik at både medarbeidere og pasienter ivaretas godt. Sykehusets klinikkledere mener at overføringen kan gjennomføres på en forsvarlig måte.</p> <p>Dialog med eier, Helse Sør-Øst Oslo universitetssykehus har en god dialog med eier, Helse Sør-Øst. Eier deler vår situasjonsbeskrivelse og ser behovet for å kunne håndtere Oslo universitetssykehus som et flerårig prosjekt der det må investeres for å kunne etablere de gode løsningene som skal gi faglig, kvalitetsmessig og økonomisk gevinst både for oss og for resten av Helse Sør-Øst. Vi følger opp dette i videre dialog, blant annet gjennom søknad om ekstra investeringsmidler for 2010 samt mot Helse Sør-Øst sitt arbeid med langtidsbudsjett.</p> <p>Momenter som kom frem i dialogen: Sp: Brukerutvalget er gjennom media informert om saken fra Asker og Bærum sykehus om endring av datoer for behandling. Kan det være fare for at det samme kan ha skjedd ved Oslo universitetssykehus? Sv: Våre systemer er mer rigide og vi har ikke indikasjoner på at endring av behandlingsdatoer er gjort på samme måte her.</p> <p>Sp: Er flytting av legevakten i rute? Sv: Hva som er den beste løsningen er under utredning og beslutningen er enda ikke tatt i Oslo kommune. Saken skal opp i bystyret.</p> <p>Sp: Hvordan arbeides det med ungdomsmedisin ved Oslo universitetssykehus? Geriatri- og pediatri er egne fagområder. Det kan hevdes at fravær av ungdomsmedisin som fag kan stride mot likeverdighetsprinsippet. Sv: Miljøer ved Oslo universitetssykehus er opptatt av ungdomsmedisin og overgangen fra barn- til voksenbehandling. Sykehuset har ingen gjennomtenkt policy for aldersgruppen.</p> <p>Sp: Gjennomsnittsalderen for barneonkologene er høy. Hvordan arbeides det med nyrekruttering til fagområdet? Sv: Tove Strand undersøker rekrutteringsplanene.</p> <p>Sp: Hvordan arbeides det med felles kommunikasjon og IKT mellom de tre sammenslåtte sykehusene og eksterne samarbeidspartnere som andre sykehus og fastlegene? Sv: Oslo universitetssykehus skal ha felles systemer innen pasientbehandling innen 01.06.2010. Innføring av felles IKT-løsninger med eksterne samarbeidspartnere vil det ta noe lengre tid å innføre.</p> <p>Sp: I samhandlingsreformen ligger planer om overføring av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommuner. Er Oslo universitetssykehus bekymret for kommunenes prioriteringer? Sv: Samhandlingsreformen er enda ikke vedtatt og det er usikkert om opprinnelige forslag til finansiering blir innført. Oslo universitetssykehus avventer problemstillingen.</p>

	<p><u>Informasjon ved Tove Strand</u> Det vises til vedlegg nr. 3: Informasjon om samarbeid mellom sykehusene og Oslo kommune, utskrivningsklare pasienter. Samarbeidet med kommunene om utskrivningsklare pasienter er blitt mye bedre. Utfordringene er økning av antall pasienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> Oslo universitetssykehus har et systematisk arbeid med kompetanseoverføringer til sykehjem. Det har vært gitt opplæring i f.eks. håndtering av smertepumper og intravenøs administrering av medikamenter. OUS har også en konfereringsvakt som fastleger og allmennleger kan henvende seg til for rådgivning. Sykehuset har videre et mobilt røntgentilbud og har nylig også opprettet et ambulant team for smertelindring. Det er ønskelig å kunne gi flere tilbud på sykehjem eller hjem i framtida. Det kan for eksempel være blodprøvetaking eller konsultasjoner innen øre, nese og hals. Fordelen ved slike ambulante tjenester, er at eldre ikke må flyttes og det er lavere smitterisiko. Psykologer arbeider sammen med skolehelsetjenesten i flere av opptaksområdene/bydelene. Kompetansesøtte til andre sykehus på kortvarig og mer langvarig basis. Samling av akuttfunksjonene er under arbeid. Avklaringer om hvilke pasientgrupper som skal behandles på lokalsykehusnivå, områdenivå eller regionnivå. Enkelte pasientgrupper som slagrammede bør sendes direkte til regionsykehus.
026-2010	<p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukeruttalelse fra representant fra Ltn (Landsforeningen for Trafikkskadde) om NRP (Nakke-rygg poliklinikk) – Ullevål 2009. V/Stine Strømsø. . Se Vedlegg nr. 5 <p>Saken gjelder en Brukeruttalelse fra NRP (Nakke-rygg poliklinikk) – Ullevål 2009 og spørsmål om brukermedvirkning og likemannsarbeid ved Oslo universitetssykehus</p> <p><u>Tove Strand</u> Sykehuset har ikke egne retningslinjer om likemannsarbeid. Brukerorganisasjonene er ansvarlig for likemannsarbeidet, både opplæringen av likemenn og gjennomføringen av arbeidet. Det kan vurderes om det hadde vært tjenlig at Oslo universitetssykehus hadde en retningslinje for hvordan vi kan tilrettelegge for likemannsarbeidet i sykehuset. Avdelingene har til nå løst dette på forskjellig måte.</p> <p><i>Brukerutvalgets uttalelse: Brukerutvalget har lest uttalelsen med interesse og vil følge opp opplysningene som blir gitt. Brukerutvalget ber om at adm. gir brukerrepresentanten en tilbakemelding om vedtatte retningslinjer for brukerråd på avdelingsnivå og praksis for likemannsarbeid.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rekruttering av brukerrepresentanter i oppnevningsperioden. V/Stine Strømsø Representant Arne Lein fra SAFO har meldt fra om at han ikke har anledning til å fortsette ut oppnevningsperioden. <p><i>Brukerutvalgets uttalelse: Brukerutvalget ønsker at ny representant oppnevnes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sak om etablering av brukerråd i klinikkene Informasjon v/Gunnar Juriks Sak om etablering av brukerråd i klinikkene og forslag til retningslinje for klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus er behandlet på Ledermøtet. Det er ikke lagt noen føringer på brukerrepresentasjon lenger ned i organisasjonen og behovene for dette vil bli vurdert etterhvert. <p><i>Brukerutvalgets vedtak: Saken settes opp på neste møte i Brukerutvalget</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fellesmøte med Styret Brukerutvalget opplevde fellesmøtet mellom Styret og Brukerutvalget 18.02.2010 som positivt. Styreleder foreslo et nytt møte for videre dialog.

Brukerutvalgets uttalelse:

Brukerutvalget er positiv til forslaget fra styreleder om et nytt møte for å skape en god dialog mellom Styret og Brukerutvalget. Adm. avklarer tidspunktet for neste møte mellom styret og Brukerutvalget.

Vedlegg:

1. Rapport om lavrisikofødetilbudet i Oslo.
2. Uttalelse vedr. styresak 6/2010 "Oppdrag og bestilling 2010 Oslo universitetssykehus."
3. Samarbeid mellom sykehusene og Oslo kommune, utskrivningsklare pasienter.
4. Klinikk for kirurgi og nevrologi.
5. Vedr. Brukeruttalelse fra NRP – Ullevål 2009.

Inntektsmodeller for Helse Sør-Øst RHF

Psykisk helsevern
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige
Kapital-inntekter
Somatikk

Innstilling fra prosjektgruppe oppnevnt av
administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Sluttrapport

Dato: 10. mai 2010

1	Innledning	3
1.1	Mandat	3
1.2	Organisering av prosjektet	4
2	Sammendrag	6
2.1	Psykisk helsevern.....	6
2.2	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).....	6
2.3	Kapitalinntekter.....	7
2.4	Abonnement for spesialiserte tjenester	7
2.5	Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde	7
2.6	Spesialisert rehabilitering.....	7
2.7	Private aktører	8
2.8	Kobling mot strategi	8
3	Modell for psykisk helsevern.....	9
3.1	Arbeidsgruppens forslag til modell.....	9
3.2	Prosjektgruppens vurderinger	12
4	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.....	15
4.1	Arbeidsgruppens forslag til modell.....	15
4.2	Omfordelingsvirkninger av modellen	17
4.3	Arbeidsgruppens vurdering av implementering.....	18
4.4	Arbeidsgruppens anbefalinger om videre arbeid	18
4.5	Prosjektgruppens vurderinger	19
5	Kapital-inntekter	20
6	Utvikling av somatikk modellen.....	21
6.1	Abonnement for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde.....	22
6.2	Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner 25	
6.3	Spesialisert rehabilitering.....	27
6.4	Inkludering av private avtaler	32
6.5	Vurdering av kobling mot strategi	34
	Referanser	37
	Vedlegg 1 – Modell for psykisk helsevern – anbefaling fra arbeidsgruppen	38
	Vedlegg 2 – Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – anbefaling fra arbeidsgruppen.....	39
	Vedlegg 3 - Utdyping av mindretallsmerknader.....	40

1 Innledning

Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet nytt inntektssystem i sak 070-2009, og vedtok:

1. *Styret tar redegjørelsen om videre arbeid med inntektsmodell for Helse Sør-Øst til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør iverksette prosjektarbeid for kriteriebaserte modeller for fordeling av inntekter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere, samt fordeling av kapitalinntekter. Styret ber om at resultater av disse prosjektene legges frem i en sak til styret i mai 2010. For de prehospitaltjenester konstaterer styret at manglende datagrunnlag gjør at utvikling av en kriteriebasert modell vil ta noe tid. Styret tar til orientering at Helse Sør-Øst må avvente et fungerende system for innhenting av datagrunnlag før man går videre med utvikling av en kriteriebasert modell på det prehospitalt området.*
3. *Styret deler administrerende direktørs oppfatning om at det vil ta tid å utvikle eventuelle finansieringsmekanismer som kan understøtte utvikling av god kvalitet i tjenestetilbudet. Styret tar til orientering at det nedsettes en prosjektgruppe som arbeider videre med denne utfordringen og at det legges frem en sak for styret i september 2010 som redegjør for muligheter, risiko og beskriver konkrete finansieringsmekanismer som kan understøtte god kvalitet og kvalitetsforbedring som oppfølging av styrets vedtak i mai.*

På bakgrunn av dette ble det etablert en prosjektgruppe som hadde oppstartsmøte i november 2009. Prosjektgruppens mandat ble også utvidet til å omfatte enkelte forhold i somatikkmodellen hvor det var behov for videreutvikling, blant annet abonnementsprisen for spesialiserte tjenester (ref vedtak sak 041-2009).

1.1 Mandat

Prosjektgruppen er gitt følgende mandat.

- Prosjektgruppen sin hovedoppgave vil være å komme frem til anbefalinger om kriteriebaserte fordelingsordninger for de virksomhetsområdene som ikke er del av inntektsmodellen for ISF-finansiert somatikk. Det skal i arbeidet jobbes med å komme frem til modeller for fordeling av inntekter til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og av kapitalmidlene. Arbeid med modell for pre-hospitaltjenester skal avventes. Prosjektgruppen skal videre jobbe med utvikling av modellen for somatikk, og da særlig:
 - o løsningen for spesialisert rehabilitering
 - o abonnementsordningen for spesialiserte tjenester og en finansieringsordning for fler-område funksjoner og regionale funksjoner uten for OUS
 - o inkludering av privat behandlingsskapasitet
 - o koblingen mot strategisk viktige føringer
- Finansieringsprinsippene og de kriteriebaserte fordelingsordningene som foreslås skal understøtte de vedtatte strategier og helsepolitiske mål som gjelder for Helse Sør-Øst. Spesielt skal modellen understøtte oppnåelse av målet om likeverdige helsetjenester og samtidig sikre at vedtatte funksjonsfordelinger følges opp.
- Fordelingsmodellen skal ta utgangspunkt i sykehusområdene.
- Indikatorene som velges i den kriteriebaserte fordelingsmodellen må i størst mulig grad være basert på offentlig tilgjengelig statistikk, slik at de beregningene som blir

1. Innledning

gjort, i størst mulig grad blir etterprøvbare. For å sikre en viss grad av forutsigbarhet over tid, bør de indikatorene som velges kunne benyttes over flere år, og kunne oppdateres årlig, med endringer bare i kriterieverdiene. Indikatorene må derfor være robuste for endringer i organisasjonsmessige forhold.

- Modellen skal bygge videre på det utviklingsarbeid som tidligere har skjedd i Helse Sør-Øst RHF. I denne fasen skal det særlig legges vekt på å avklare følgende forhold:
 - o Gjennomføring av nye analyser av behovskriterier for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Analysene bør gjennomføres på et regionalt datagrunnlag og særskilt teste variabler som ikke kom med i utvalget av kriterier fra Magnussen-utvalget, blant annet innvandrere og en variasjon knyttet bystørrelse
 - o Hvilke kostnader som er knyttet til eventuelle lands-, regions- og flerområdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
 - o Hvordan mobilitetskompensasjon mellom helseforetakene/sykehusområdene kan utformes for å sikre likhet i tilgangen til helsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

1.2 Organisering av prosjektet

- ✓ Prosjektet eies av viseadministrerende direktør Atle Brynestad.
- ✓ Innleid prosjektleder Terje P. Hagen skal lede utredningsarbeidet og bidra til at nødvendige analyser og vurderinger gjennomføres. Prosjekteier skal sørge for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i utredningsarbeidet, blant annet gjennom opprettelsen av et sekretariat for arbeidet, bemannet av personal fra Helse Sør-Øst RHF. Sekretariatet støtter også prosjekteier i arbeidet med forankring av prosjektet.
- ✓ For å sikre at helseforetakene trekkes aktivt med i arbeidet med utvikling av inntektsmodellen organiseres en prosjektgruppe bestående av:
 - o Prosjektledelse og sekretariat
 - o Økonomidirektørene i sykehusområdene.
 - o Helsefagdirektører/tilsv fra sykehusområdene
 - o Sykehusområde Telemark og Vestfold kan representeres med totalt 3 representanter, under forutsetning at dette er én fra hvert av de tre HF'ene.
 - o Økonomidirektører fra de to private sykehusene med opptaksområde.
 - o 2 representanter for de konserntillitsvalgte
 - o 2 representanter for brukerorganisasjonene.
- ✓ Prosjektdeltakerne fra helseforetakene får et særlig ansvar for å fremlegge kostnads- og aktivitetsdata fra sine helseforetak til bruk i analysene, og samtidig for å bringe helhetlig informasjon om arbeidet tilbake til egne helseforetak.
- ✓ Det vil under arbeidets gang trolig oppstå behov for en eller flere mindre og mer operative arbeidsgrupper. Disse opprettes ad hoc med deltagelse ut i fra kompetanse på den problemstillingen som skal utredes, og deltakere til slike arbeidsgrupper kan også velges utenfor selve prosjektgruppen.

1. Innledning

Dette har gitt en prosjektgruppe bestående av:

<u>Prosjektledelse:</u> Terje P. Hagen	<u>Sekretariat:</u> Erik Hanssen Pål Christian Roland Folke Vidar Sundelin Øyvind Røed (leder)
<u>Økonomirepresentanter fra sykehusområdene:</u> Per Qvarnstrøm, Sørlandet Ståle Langvik-Christiansen, Vestfold-Telemark Kai-Erik Arstad, Vestre Viken Morten Reymert, Oslo Ørjan Sandvik, Innlandet Jørn Arthur Limi, Akershus Lars Åge Møgster, Akershus Marianne Wiik, Østfold Ekrem Ligonja, Sunnaas sykehus HF Gaute Jørgensen, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Anders Frafjord, Diakonhjemmet Sykehus AS	<u>Helsefag representanter fra sykehusområdene:</u> Anne Wenche Emblem, Sørlandet Halfdan Aass, Vestfold-Telemark Ole Tjomsland, Vestre Viken Einar Hysing, Oslo Hans Iver Børresen, Innlandet Jan Henrik Lund, Østfold
<u>Brukerrepresentanter:</u> Arne Solerød Arild Slettebakken	<u>Konserntillitsvalgte:</u> Svein Øverland Morten Falkenberg

Prosjektgruppen har hatt 4 møter i perioden november 2009 – april 2010.

2 Sammendrag

Prosjektgruppen anbefaler at Helse Sør-Øst RHF legger hovedpunktene i dette avsnittet til grunn i det videre arbeidet i arbeidet med inntektsmodeller frem mot styremøtet i det regionale helseforetaket 9. juni og den videre budsjettprosess for 2011.

Prosjektgruppen viser til vedlagte rapporter og notater og gjør følgende anbefalinger:

2.1 *Psykisk helsevern.*

Prosjektgruppa vil understreke viktigheten av at det etableres en inntektsfordelingsmodell også for psykisk helsevern. Modellen bør ta utgangspunkt i arbeidsgruppens rapport som kort er beskrevet i dette notatet. Modellen implementeres gradvis fra 2011.

Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at det er betydelig usikkerhet knyttet til enkelte elementer i modellen. Dette gjelder særlig innvektingen av kriteriet ”innbyggertall kvadrert” og det gjelder prisen benyttet for voksenpsykiatrien i reisetids-/strukturkriteriet. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres nærmere analyser av disse forholdene.

”Innbyggertall kvadrert” er tenkt å skulle kompensere for et antatt større behov i byer og storbyer. Prosjektgruppa finner det dokumentert at det er et merbehov i større byer, men det er vanskelig å fastsette vekten til kriteriet som skal fange opp dette. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres litteratursøk og analyser for å søke og bestemme vekten til dette kriteriet nærmere. Herunder må det gjennomføres behovs- og kostnadsanalyser av Oslo sammenliknet med resten av landet, der en blant annet klargjør effekter av omstillingen fra institusjoner til DPSer og der en kontrollerer for ulikt grensesnitt mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forskjellige deler av landet.

Prosjektgruppen anbefaler at HSØ vurderer innvektingen av ”Innbyggertall kvadrert” alt i samband med implementeringen av modellen fra 2011.

Prosjektgruppen foreslår at koblingen mot strategi, som skal legge til rette for et likt tilbud og forbruk av helsetjenester i regionen, endres i forhold til arbeidsgruppens forslag. .

Arbeidsgruppen har foreslått at all øking i inntekter som modellen utgangspunktet viser for sykehusområder med et forbruk signifikant over gjennomsnitt (2%), trekkes inn og omfordeles. Dette gir et kraftig incitament til å redusere aktivitet, som ikke synes ønskelig. Prosjektgruppens anbefaling er at en noe større økning i inntekter beholdes. Modellen for omfordeling gjennom inndragning av inntekter fra sykehusområder med høyt forbruk, legges også opp med flere trinn, med økende grad av reduksjon i økte inntekter med økende grad av forbruk over gjennomsnitt. Modellen legges opp tilsvarende som for somatikk (beskrevet i kap 6.3).

2.2 *Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)*

Den nedsatte arbeidsgruppen som har jobbet med inntektsmodell for TSB har presentert en modell, men har ikke anbefalt å starte implementering av denne fra 2011. Hovedgrunnene til dette er at modellen gir relativt store omfordelingsvirkninger, og at det er svært store ulikheter i målt forbruksindeks pr 2009. Det er behov for å gå dypere inn i forbruksvariasjonene, og også kartlegge ressursforbruket knyttet til behandling ved private institusjoner bedre. Det er også en

del uenighet i arbeidsgruppen rundt vektingen på kriteriene i behovskomponenten, samt fastsettelse av størrelsen på enkelte av kostnadskompensasjonene.

Prosjektgruppen følger arbeidsgruppens anbefalinger om ikke å implementere en inntektsfordelingsmodell innen TSB fra 2011. Arbeidsgruppen har anbefalt at det bør jobbes med å etablere et gjestepasientsystem og en bedre synliggjøring av de økonomiske sidene av sykehusområdenes bruk av private tjenester allerede fra 2011. Det anbefales også at det arbeides med å sikre et godt beslutningsgrunnlag for å utarbeide en kriteriebasert modell for TSB og at det allerede høsten 2010 nedsettes en egen arbeidsgruppe som kan fortsette dette arbeidet.

2.3 Kapitalinntekter

Kommer på plass mandag 10. mai.

2.4 Abonnement for spesialiserte tjenester

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.1 og anbefaler at det arbeides videre med å avklare størrelsen på prisen som skal betales til Oslo universitetssykehus HF, frem mot styrets behandling i juni. Dersom det ikke foreligger omforent dokumentasjon som godtgjør at den etablerte prisen bør endres før styrebehandling 9. juni, legges etablert pris til grunn i budsjett 2011.

2.5 Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde

Prosjektgruppa vises til vedlagte notat og anbefaler at det videre arbeid baseres på en abonnementsordning som skissert i kap 6.2.

utgangpunktet for en slik abonnementsordning

2.6 Spesialisert rehabilitering

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.3 og anbefaler at rehabilitering som i dag ligger utenfor modellen, inkluderes i inntektsmodellen for somatikk. Det som i dag ligger utenfor modellen er særskilte tilskudd til tidl SSR for Sørlandet og Telemark og Vestfold sykehusområde, basisramme for kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner og basisramme til Sunnaas sykehus HF.

Det er beskrevet 2 ulike modeller for hvordan basisramme til Sunnaas sykehus HF trekkes fra sykehusområdene, og det anbefales å legge modell 1 til grunn for det videre arbeid. Denne modellen tar utgangspunkt i at basisrammen til Sunnaas sykehus HF deles i finansiering av et områdetilbud og et spesialisert tilbud. Basisramme til de to funksjonene dekkes inn fra sykehusområdene ulikt. Basisramme for områdetilbudet dekkes inn fra sykehusområdene Østfold, Akershus og Oslo, som benytter ca 70% av DRG-poengene ved Sunnaas, mens det spesialiserte tilbudet finansieres av alle med andel av behovskomponenten i somatikkmodellen. Størrelsen på rammen for det spesialiserte tilbudet må undersøkes ytterligere. De 4 sykehusområdene som ikke finansierer basisrammen for grunntilbudet, betaler gjestepasientoppgjør for all bruk av Sunnaas. Dette fordeles på de 3 sykehusområdene som i utgangpunktet dekker basisrammen for områdetilbudet. for bruk av tilbudet

2.7 Private aktører

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.4 og anbefaler at det som prinsipp avregnes 100% av forbruk når det gjelder institusjoner og avtalespesialister psykisk helsevern, rehabilitering og avtalespesialister i somatikk og ideelle somatiske sykehus. Håndtering av øvrige private aktører innen somatisk sektor avventer resultatet av tilordningsprosjektet.

2.8 Kobling mot strategi

Prosjektgruppa viser til kapittel 6.5 og anbefaler at en ordning med ”trappetrinnseffekt” som skissert legges til grunn både i somatikkmodellen og i modellen for psykisk helsevern. En slik ordning trekker ut mindre av effekten av inntektsmodellen fra sykehusområder med samtidig signifikant overforbruk og positiv omfordelingseffekt, enn den tidligere modellen. Den har et lavere innslagspunkt for å starte trekket (1%) enn forrige modell og en gradvis økning i uttrekket i tre ”trappetrinn”. Dette gir vesentlig reduserte incentiver for aktivitetsreduksjon og direkte tilpasning av aktivitetsnivå for å optimalisere basisinntekter fra inntektsmodellen.

3 Modell for psykisk helsevern

Det har vært etablert en arbeidsgruppe for å jobbe med inntektsmodeller for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Arbeidsgruppen har levert en sluttrapport som anbefaler implementering av en fullstendig modell for psykisk helsevern. Modellens oppbygging av økonomiske effekter presenteres kort her. Det vises til sluttrapporten fra arbeidsgruppen for ytterligere beskrivelse og detaljer.

3.1 Arbeidsgruppens forslag til modell

Modellen som arbeidsgruppen har foreslått inneholder de samme hovedelementene som modellen som er vedtatt og er under innføring for somatikk. Det vil at modellen har elementene:

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Mobilitetskomponent
- Bruk av private tjenester
- Kobling mot strategi

Behovskomponenten er basis for modellen og fordeler om lag 95% av inntektene. De øvrige 5 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulempere. Mobilitetsoppkjøret omfordeler om lag 1 prosent av de totale basisinntektene, og er således mindre betydningsfullt innen psykisk helsevern enn i somatikk. Bruk av private tjenester varierer sterkt mellom sykehusområdene og det gir relativt store omfordelinger å ta hensyn til dette fullt ut. Kobling mot strategi legger vekt på at det skal gis like forutsetninger for at det ytes et likeverdig tjenestetilbud til alle. Det er foreslått en omfordeling av midler fra sykehusområder der modellen uten en slik omfordeling viser en økning i inntekter for sykehusområdet og det samtidig er slik at dagens forbruksindeks er signifikant (mer enn 2%) høyere enn behovsindeksen.

3.1.1 Behovskomponenten

Behovskomponenten som er foreslått bygger på analyser gjort av SINTEF Helse for Helse Sør-Øst innen voksenpsykiatri, og på Magnussen-utvalgets kriterier (fra NOU 2008:2) for barne- og ungdomspsykiatrien. I analysene gjort av SINTEF Helse er det benyttet nyeste tilgjengelige datagrunnlaget i form av pasienttellingene fra høsten 2007 og våren 2008, som ikke var tilgjengelig for Magnussen-utvalgets analyser. Metodikken som er benyttet er i stor grad lik den som ble benyttet for Magnussen-utvalgets analyser, og variablene som ble testet var i stor grad de samme. Det nye datagrunnlaget gav imidlertid bedre grunnlag for å analysere og vurdere forhold knyttet til fødeland, inntektsgrunnlag, bosituasjon, samtidig avhengighet av rusmidler? og psykisk lidelse, og sykdommens alvorlighetsgrad.

Analysene er gjort på både nasjonalt og regionalt datagrunnlag, noe som kan gi mindre variasjoner. Det er likevel etablert vekt på grunnlag av analysene gjort på datagrunnlag fra kun Helse Sør-Øst. Selv om analysene med oppdatert datagrunnlag ga store utslag på enkelte kriterier (særlig innvektingen av andel med kun grunnskole), så gav dette bare meget små endringer i behovsindeks for sykehusområdene. De kvantitative analysene ga ikke støtte for inkludering av et eget kriterium for andel ikke-vestlig innvandrere, da analysene viste at merforbruket innen

denne gruppen beskrives av de øvrige sosioøkonomiske kriteriene. Analysene gav heller ikke støtte til å inkludere bosituasjon og inntektsgrunnlag som kriterier. Det er gjort deskriptive analyser av andelen pasienter med tilleggsdiagnose på avhengighet av rusmidler og andel av pasientene som faller inn under kategorien alvorlige psykiske lidelser. Dette er særlig undersøkt i forhold til bystørrelse som forklaringsvariabel, og det er funnet en tydelig sammenheng mellom bystørrelse og forekomst av alvorlige psykiske lidelser.

Forekomst av alvorlige psykiske lidelser er ikke fremkommet som kriterium gjennom kvantitative analyser, og SINTEF Helse har heller ikke gitt noen definisjon av et kriterium som kan inngå i kriteriesettet. Det har derfor vært opp til arbeidsgruppen å definere ett, eller flere, kriterium som tar hensyn til økende forekomst av alvorlige psykiske lidelser med økende bystørrelse og innvektingen av denne eller disse kriteriene. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at en økende andel av personer med alvorlige psykiske lidelser gir større behov for psykiske helsetjenester. Etersom denne andel er økende med økende bystørrelse og det er denne sammenhengen kriteriet skal beskrive, er det valgt å hensynta dette gjennom et kriterium som beregnes som andel av folketall pr kommune i andre potens (kvadrert).

Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et slikt nivå at kriteriesettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger nær forbruksindeksen. Dette har gitt en innvekting av kriteriet andel av folketall pr kommune kvadrert på 9,5%. De øvrige kriteriene i kriteriesettet er forholdsvis likt redusert for å "gi plass til" dette skjønsmessig innvektede kriteriet.

Det er uenighet i arbeidsgruppen knyttet til inkludering av et kriterium som beskriver økende behov med økende bystørrelse, og særlig på det nivå som innvektingen er gitt i forslaget til modell (9,5%). Representanter fra 5 av de 7 sykehusområdene som er representert i arbeidsgruppen står bak denne merknaden.

3.1.2 Kostnadskomponenten

Modellen som arbeidsgruppen har lagt fram inneholder 4 delkomponenter for kostnader. Disse er

- Forskning
- Undervisning
- Ikke-vestlige innvandrere
- Reiseavstand

Forskning er likt definert som i somatikken, men en har måttet benytte andel av kostnader for å fordele forskningspoengene mellom tjenesteområdene. Utdanning er også likt definert, og det er psykiatere under utdanning som det kompenseres for her. Turnus leger er ikke aktuelt da de har liten eller ingen tid under opplæring i psykisk helsevern. Det har vært vurdert om det også skal inkluderes psykologer under spesialisering. Det er ikke tatt med, delvis på grunn av vanskeligheter med finne grunndata, dels fordi det antas at lavere lønn enn for ferdig utdannede spesialister oppveier i stor grad for kostnadsulempen ved merforbruk av tid.

For ikke-vestlige innvandrere er det lagt opp en kompensasjonsmodell som tar utgangspunkt i andel ikke-vestlige innvandrere i sykehusområdet og forutsetter en tilsvarende andel blant pasientene. Det er skjønsmessig fastsatt at ressursforbruket øker med 30% pr konsultasjon og 20% pr

oppholdsdøgn, og det beregnes kompensasjonen i forhold til sykehusområdenes egen aktivitet, målt i konsultasjoner og oppholdsdøgn, for egen befolkning.

Reiseavstand skal kompensere for merkostnader ved at befolkningen bor spredt. Kostnader som oppstår i denne forbindelse kan være både strukturelle som følge av mange, små enheter, og som følge av at behandlerne må bruke mye tid på reise for å møte pasientene. Kompensasjonen er satt opp som et kronebeløp pr innbygger, som er skjønnsmessig fastsatt. Det er delt inn i VOP, BUP og alderspsykiatri, og det kompenseres ulikt innenfor disse tre.

Det er uenighet i arbeidsgruppen rundt kompensasjonen for reiseavstand relatert til døgnbehandling innen VOP, hvor det bemerkes at denne er altfor høy, og at det kan stilles spørsmål ved om en i det hele tatt bør kompensere for dette.

3.1.3 Mobilitetskomponenten

Det er i modellen kalkulert netto effekt av innføring av gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern. Dette er gjort med felles pris for alle oppholdsdøgn (kr 6.650), og felles pris for alle konsultasjoner (kr 1.650). NPR-data fra 2008 gir en netto inntekt på GP for Oslo på 84 millioner kroner, og 9 millioner kroner netto for Sørlandet. Størst netto kostnader gir det for Telemark og Vestfold (28 millioner kroner), Østfold (30 millioner kroner) og Akershus (24 millioner kroner).

Det er kommentert fra Lovisenberg diakonale sykehus at det burde være en høyere sats for konsultasjoner innen BUP i forhold til VOP.

3.1.4 Håndtering av private avtaleparter

Kostnader ved private avtaler er lagt over på helseforetakene ved at midlene som benyttes til kjøp av slike tjenester, først fordeles i modellen, for deretter å bli trukket inn igjen fra helseforetakene. For private avtalespesialister gjøres dette på bakgrunn av historisk forbruk, og det samme er lagt inn for tre institusjoner som det lot seg identifisere i aktivitetsdata for i NPR-dataene fra 2008. 6 av institusjonene med avtale med Helse Sør-Øst RHF var det ikke tilgjengelig aktivitetsdata for. Disse er tilordnet sykehusområdene på bakgrunn av de opptaksområder som det er angitt i avtalene at institusjonen primært skal dekke. Det er lagt 70% vekt på slik tilordning, og 30 % vekt på inndekning etter andel av behovskriteriet.

3.1.5 Sammenligningsgrunnlag og omfordelingskonsekvenser

De økonomiske omfordelingsvirkningene som fremkommer av denne modellen er vist i tabellen under:

Sykehusområde	Sum grunnmodell (basisramme) (1)	Betaling private	Behov + kostnad	Kostnads-komp	Behovs-komp
Akershus	776 596	(73 695)	850 291	27 345	822 946
Innlandet	1 148 493	(39 682)	1 188 174	114 720	1 073 455
Oslo	2 203 984	(252 683)	2 456 667	147 993	2 308 674
Sørlandet	844 950	(29 998)	874 948	41 476	833 472
Telemark og Vestfold	1 165 221	(55 657)	1 220 878	54 079	1 166 799
Vestre Viken	1 109 233	(105 838)	1 215 070	72 386	1 142 684
Østfold	748 952	(32 448)	781 400	17 035	764 365
Sum	7 997 430	(590 000)	8 587 430	475 034	8 112 396

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3+4)	Forbruks-utjevning (4)	Endring GP (3)	Sammenligningsgrunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	-0,7 %	(5 245)	16 201	(23 577)	774 465	776 596
Innlandet	-0,5 %	(6 060)	21 132	(1 471)	1 174 214	1 148 493
Oslo	-3,8 %	(93 235)	45 449	83 990	2 426 658	2 203 984
Sørlandet	2,3 %	16 408	(108 195)	8 822	729 169	844 950
Telemark og Vestfold	5,5 %	60 254	22 970	(27 592)	1 100 345	1 165 221
Vestre Viken	2,1 %	22 495	(12 605)	(10 437)	1 063 696	1 109 233
Østfold	0,7 %	5 382	15 047	(29 735)	728 883	748 952
Sum	0	(0)	(0)	-	7 997 430	7 997 430

Arbeidsgruppen har anbefalt å starte implementering av den foreslåtte modellen fra 2011, selv om det knytter seg usikkerhet til enkelte av beregningene som ligger til grunn for modellen. Til tross for usikkerhetene er det bred enighet om at modellen som nå foreslås uansett vil representere en forbedring i forhold til det inntektsfordelingssystemet Helse Sør-Øst RHF har pr i dag. Det er også viktig å påpeke at beregningene av omfordelingsvirkninger har mange forutsetninger, og vil endre seg når beregningene kan gjøres på oppdatert datasett for bl.a. aktivitet og når grunndata som befolkningstall og lignende oppdateres. Arbeidsgruppen anbefaler at gjestepasientoppkjøret etableres fullt ut fra 2011. Det må i den forbindelse gjøres omfordelinger i basisramme med utgangspunkt å skape en budsjettneutrale omlegging. Dette må gjøres fordi de økonomiske effektene av inntektsmodellen foreslås implementert over 3-års periode. Det første året av innfasingen gjøres kun en liten andel (10%) de økonomiske omfordelingene, mens resterende omfordeling fordeles likt på år 2 og 3 av innfasingen. Dette gir følgende økonomiske omfordelinger for det enkelte år:

Arlig omfordeling av total omfordeling Sykehusområde	10 % 2011	45 % 2012	45 % 2013	100 % Totalt
Akershus	(524)	(2 360)	(2 360)	(5 245)
Innlandet	(606)	(2 727)	(2 727)	(6 060)
Oslo	(9 323)	(41 956)	(41 956)	(93 235)
Sørlandet	1 641	7 384	7 384	16 408
Telemark og Vestfold	6 025	27 114	27 114	60 254
Vestre Viken	2 250	10 123	10 123	22 495
Østfold	538	2 422	2 422	5 382
Sum	(0)	(0)	(0)	(0)

Det er bemerket fra Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg diakonale sykehus at implementeringstakten må tilpasses omstillingen fra sykehusfunksjoner til DPS, og at det ikke bør øke utfordringene i overføringen av funksjoner mellom Oslo og Akershus.

3.2 Prosjektgruppens vurderinger

Prosjektgruppa vil understreke viktigheten av at det etableres en inntektsfordelingsmodell også for psykisk helsevern. Modellen bør ta utgangspunkt i arbeidsgruppens rapport, som er kort beskrevet foran, og implementeres gradvis fra 2011.

Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at det er betydelig usikkerhet knyttet til enkelte elementer i modellen. Dette gjelder særlig innvektingen av kriteriet ”innbyggertall kvadrert” og

det gjelder prisen benyttet for voksenpsykiatrien i reisetids-/strukturkriteriet. I løpet av det kommende året må det derfor gjennomføres nærmere analyser av disse forholdene.

”Innbyggertall kvadrert” er tenkt å skulle kompensere for et antatt større behov i byer og storbyer. Prosjektgruppa finner det dokumentert at det er et merbehov i større byer, men det er vanskelig å fastsette vekten til kriteriet. I løpet av kommende år må det derfor gjennomføres litteratursøk og analyser for å søke å bestemme vekten til dette kriteriet nærmere. Herunder må det gjennomføres behovs- og kostnadsanalyser av Oslo sammenliknet med resten av landet, der en blant annet klargjør effekter av omstillingen fra institusjoner til DPSer og der en kontrollerer for ulikt grensesnittet mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forskjellige deler av landet.

Prosjektgruppen vil anbefale at HSØ vurderer innvektingen av ”Innbyggertall kvadrert” alt i samband med implementeringen av modellen fra 2011.

Prosjektgruppen foreslår at koblingen mot strategi, som skal legge til rette for et likt tilbud og forbruk av helsetjenester i regionen, endres i forhold til arbeidsgruppens forslag. Arbeidsgruppen har foreslått at all øking i inntekter som modellen utgangspunktet viser for sykehusområder med et forbruk signifikant over gjennomsnitt (2%), trekkes inn og omfordeles. Dette gir et kraftig incitament til å redusere aktivitet, som ikke synes ønskelig. Prosjektgruppens anbefaling er at en noe større økning i inntekter beholdes. Modellen for omfordeling gjennom inndragning av inntekter fra sykehusområder med høyt forbruk, legges også opp med flere trinn, med økende grad av reduksjon i økte inntekter med økende grad av forbruk over gjennomsnitt. Modellen legges opp tilsvarende som for somatikk (beskrevet i kap 6.3), og gir følgende effekt for fordeling:

Sykehusområde	Arb.grp kobling mot forbruk	Endret kobling mot forbruk	Endring ift arb.grp forslag
Akershus	16 201	10 446	(5 755)
Innlandet	21 132	13 626	(7 507)
Oslo	45 449	29 304	(16 145)
Sørlandet	(108 195)	(50 285)	57 910
Telemark og Vestfold	22 970	14 810	(8 159)
Vestre Viken	(12 605)	(27 604)	(14 999)
Østfold	15 047	9 702	(5 345)
Sum	-	-	(0)

Effekter av modellen blir etter dette som vist under:

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3+4)	Forbruksutjevning (4)	Endring GP (3)	Sammenligningsgrunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	-1,4 %	(11 000)	10 446	(23 577)	774 465	776 596
Innlandet	-1,2 %	(13 567)	13 626	(1 471)	1 174 214	1 148 493
Oslo	-4,5 %	(109 379)	29 304	83 990	2 426 658	2 203 984
Sørlandet	10,2 %	74 318	(50 285)	8 822	729 169	844 950
Telemark og Vestfold	4,7 %	52 095	14 810	(27 592)	1 100 345	1 165 221
Vestre Viken	0,7 %	7 496	(27 604)	(10 437)	1 063 696	1 109 233
Østfold	0,0 %	37	9 702	(29 735)	728 883	748 952
Sum		(0)	-	-	7 997 430	7 997 430

4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Det har vært etablert en arbeidsgruppe for å jobbe med inntektsmodeller for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Arbeidsgruppen har levert en sluttrapport som beskriver en fullstendig modell for TSB, men som gruppen ikke anbefaler implementering av. Oppbyggingen den skisserte modellen, dens beregnede økonomiske effekter, samt arbeidsgruppens vurderinger rundt implementering og videre arbeid presenteres kort her. Det vises til sluttrapporten fra arbeidsgruppen for ytterligere beskrivelse og detaljer.

4.1 Arbeidsgruppens forslag til modell

Modellen som arbeidsgruppen har foreslått inneholder de samme hovedelementene som modellen som er vedtatt og er under innføring for somatikk. Det vil at modellen har elementene:

- Behovskomponent
- Kostnadskomponent
- Mobilitetskomponent
- Bruk av private tjenester
- Kobling mot strategi

Behovskomponenten som er basis for modellen fordeler om lag 97% inntekter, og er således det mest betydningsfulle elementet. De øvrige 3 % fordeles på bakgrunn av definerte kostnadsulemper. Mobilitetsoppkjøret omfordeler om lag 2 prosent av de totale basisinntektene, og er således mindre betydningsfullt innen TSB enn i somatikk. Bruk av private tjenester varierer sterkt mellom sykehusområdene og det gir relativt store omfordelinger å ta hensyn til dette fullt ut.

4.1.1 Behovskomponenten

Behovskomponenten som er foreslått bygger på Magnussen-utvalget kriterier (fra NOU 2008:2). Dette kriteriesettet inneholder en skjønnsmessig innvekting av et storby-kriterium, definert som Oslo alene. For undersøke sammenheng mellom bystørrelse av behov for helsetjenester innen TSB, har Terje Hagen har ledet et arbeid ved Universitet i Oslo som har analysert KOSTRA-data fra 2004. I analysene er det lagt vekt på en rekke variabler, deriblant også bystørrelse, og undersøkt disse i forhold til variasjon i kostnader pr innbygger til kjøp av rusbehandling fra fylkeskommunene. Funnene i analysen, gjennomført som regresjonsanalyser, gir god støtte til Magnussen-utvalgets kriterier, også med en vekt relatert til bystørrelse. Kriteriet som er valgt for å beskrive bystørrelse/urbanitet er folketall pr kommune kvadrert. I forhold til en definisjon av Oslo som storby alene, gir dette også et uttrykk for variasjon i behov for alle kommuner, basert på folketallet. Regresjonsanalysene gir innvekting av dette kriteriet på mellom 1,3 % og 2 %, som er lavere enn Magnussen-utvalgets 5 %. Rapporten fra arbeidsgruppen viser allikevel en innvekting av kriteriet med 6,6%, som gir behovsindeks for alle sykehusområder svært nær det som blir resultatet av å benytte behovskriteriene fra Magnussen-utvalget.

Det er betydelig grad av uenighet i arbeidsgruppen til innvektingen er gitt i utkastet til modell (6,6 %). Det er avgitt merknader som spriker fra en lavere innvekting på nivå med resultatet av regresjonsanalysene (1,3% - 2%) til samme nivå som innen psykisk helsevern (9,5%).

4.1.2 Kostnadskomponenten

Modellen som arbeidsgruppen har lagt fram inneholder 3 delkomponenter for kostnader. Disse er

- Forskning
- Ikke-vestlige innvandrere
- Reiseavstand

Forskninger er likt definert som i somatikken, men en har måttet benytte andel av kostnader for å fordele forskningspoengene mellom tjenesteområdene.

For ikke-vestlige innvandrere vist en skjønsmessig fastsatt kompensasjon for høy andel ikke-vestlige innvandrere til sykehusområdene Oslo og Akershus.

Reiseavstand skal kompensere for merkostnader ved at befolkningen bor spredt. Kostnader som oppstår i denne forbindelse kan være både strukturelle som følge av mange, små enheter, og som følge av at behandlerne må bruke mye tid på reise for å møte pasientene. Kompensasjonen er satt opp som et kronebeløp pr innbygger, som er skjønsmessig fastsatt. Det er kun ansett at det skal beregnes kompensasjon knyttet til poliklinisk/lav-terskel tilbud.

Det er ikke inkludert undervisning. Det er delvis på grunn av vanskeligheter med å finne grunndata og fordi utdanning av alle psykiatere kompenseres innen psykisk helsevern, dels fordi det antas at lavere lønn under utdanning enn for ferdig utdannede psykologspesialister i stor grad oppveier for kostnadsulempen ved merforbruk av tid.

Arbeidsgruppens medlemmer har pekt på et behov for å:

- Undersøke betydningen av utdanningsaktivitet for kostnadsnivået.
- Definere grunnlaget for kostnadskompensasjon for ikke-vestlige innvandrere bedre.
- Undersøke betydningen av lange reiseavstander til den primære behandlingseenheten for akutte og sub-akutte opphold.

4.1.3 Mobilitetskomponenten

Det er i modellen kalkulert netto effekt av innføring av gjestepasientoppgjør innen TSB. Dette er gjort med felles pris for alle oppholdsdøgn (kr 6.650). Aktivitetsdata som rapportert fra helseforetakene for oppholdsdøgn i 2009 gir netto gjestepasientoppgjør som vist under:

Sykehusområde	Endring GP (3)
Akershus	(6 187)
Innlandet	13 523
Oslo	34 415
Sørlandet	2 298
Telemark og Vestfold	(9 517)
Vestre Viken	(8 719)
Østfold	(25 813)
Sum	-

4.1.4 Håndtering av private avtaleparter

Kostnader ved private avtaler er lagt over på helseforetakene ved at midlene som benyttes til kjøp av slike tjenester, først fordeles i modellen, for deretter å bli trukket inn igjen fra helseforetakene. Grunnlaget for å trekke inn igjen inntekter er i kalkulasjonen av modellen antall døgnopphold i 2009 pr kommune, og bydel i Oslo, som rapportert fra alle private institusjoner. Tabell under viser økonomisk omfordeling i forhold til om inntekter til å dekke kostnadene ved de private avtalene hadde vært trukket fra sykehusområdene etter deres andel av den foreslåtte behovskomponenten i modellen.

Sykehusområde	Øk.om- fordelings- effekt
Akershus	10 278
Innlandet	(4 229)
Oslo	7 557
Sørlandet	(6 793)
Telemark og Vestfold	(878)
Vestre Viken	21 722
Østfold	(27 657)
Sum	-

Oversikten viser at Østfold har en relativt meget stor andel av oppholdsdøgnene i private institusjoner, som i noen grad også gjelder Sørlandet og Innlandet. Relativt liten andel er det særlig i Vestre Viken, men også i Akershus og Oslo.

4.1.5 Sammenligningsgrunnlag og omfordelingskonsekvenser

I dette kapitlet presenteres omfordelingsvirkningen av den foreslåtte inntektsfordelingsmodellen og noen mulige strategier for implementering av modellen. Forutsetningen som modellen bygger på er presentert i de foregående kapitlene. I disse kapitlene er også datagrunnlaget analysene bygger på, samt usikkerhet rundt forutsetningene og analyser, presentert.

4.2 Omfordelingsvirkninger av modellen

Modellen, med de modellelementer som er beskrevet i rapporten, gir følgende omfordelingsvirkninger:

Sykehusområde	Sum grunnmodell (basisramme) (1)	Betaling private	Behov + kostnad	Kostnads- komp	Behovs- komp
Akershus	133 777	48 468	182 245	10 000	172 245
Innlandet	152 822	80 858	233 680	10 032	223 648
Oslo	341 020	157 248	498 268	27 758	470 510
Sørlandet	102 775	66 291	169 066	4 024	165 041
Telemark og Vestfold	154 451	84 170	238 621	2 498	236 123
Vestre Viken	180 163	59 849	240 012	3 992	236 020
Østfold	79 127	82 221	161 348	539	160 809
Sum	1 144 134	579 106	1 723 240	58 843	1 664 397

Sykehusområde	Øk. omford i % av sml.gr.lag	Økonomisk omfordeling (1-2+3)	Endring GP (3)	Sammenlignings grunnlag (2)	Sum grunnmodell (basisramme) (1)
Akershus	36,6 %	34 179	(6 187)	93 410	133 777
Innlandet	19,2 %	26 843	13 523	139 503	152 822
Oslo	-4,0 %	(15 696)	34 415	391 132	341 020
Sørlandet	-5,2 %	(5 790)	2 298	110 863	102 775
Telemark og Vestfold	16,2 %	20 181	(9 517)	124 752	154 451
Vestre Viken	0,1 %	172	(8 719)	171 271	180 163
Østfold	-52,9 %	(59 889)	(25 813)	113 203	79 127
Sum	0	-	-	1 144 134	1 144 134

Omfordelingen er beregnet på bakgrunn av sammenligningsgrunnlag som beskrevet i kapittel 7. Det ligger inne i beregningen en kalkulering av hva endringer i gjestepasientoppgjør vil bety, dersom dette implementeres mellom alle helseforetakene.

4.3 Arbeidsgruppens vurdering av implementering

På bakgrunn av de store relative omfordelingsvirkningene, de store forskjellene i forbruksindeks pr 2009 og usikkerhet rundt de økonomiske forutsetningene i opptrappingsplanen for rusfeltet, er det arbeidsgruppens vurdering at det er noe prematurt å starte et løp som skal gi en full innfasning av modellen som sådan fra 2011. Arbeidsgruppen mener allikevel at arbeidet med ny inntektsmodell representerer mye ny kunnskap som bør benyttes inn mot årlig, og flerårig, styring av aktivitet og fordeling av inntekter. Det anbefales også å etablere et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene, og vurdere metoder for å synliggjøre det enkelte sykehusområdes bruk av private tjenester.

Det er uenighet om i hvor stor grad de konkrete effektene av behovs- og kostnadskomponentene kan benyttes i fordeling av inntekter og aktivitetsrammer, all den tid det er vesentlig uenighet rundt disse komponentene i modellen som er beskrevet.

4.4 Arbeidsgruppens anbefalinger om videre arbeid

Arbeidet så langt har avdekket behov for mer og bedre strukturerte grunndata om tjenestene. For at et nytt arbeid med inntektsmodell for TSB skal ha større muligheter for å komme frem til en modell som kan anbefales for implementering, må i hvert fall deler av dette komme på plass.

Arbeidsgruppen har i sin rapport pekt på en del tiltak:

- Følge opp rapportering av aktivitetsdata til NPR, eventuelt sørge for en egen rapportering til Helse Sør-Øst RHF.
- Ta initiativ overfor SINTEF til å gjennomføre en ny pasienttelling med utvidet informasjonsinnsamling. På denne måten vil man kunne få mer oppdaterte behovsanalyser. Det bør også kunne bedre til rette for å komme frem til variabler som bedre beskriver variasjoner i behov, som på bakgrunn av dagens forbruk av tjenester ikke synes å være tilstrekkelig godt beskrevet.
- Hente inn og systematisere forbruksstatistikk for rusmidler og analysere disse med tanke på sammenheng med behov for helsetjenester.
- Jobbe for en tydeligere tilordning av private institusjoner der bruken av disse legger til rette for det.
- Undersøke grunnlag, modell og satser for å kompensere merkostnader knyttet til reiseavstander innen sykehusområdene og andelen ikke-vestlige innvandrere.

- Tydeligere definere funksjoner/plasser som skal fungere som regionale og undersøke kostnadene ved disse.

Ved et nytt arbeid for å etablere en inntektsmodell for TSB, synes det også fornuftig å sette ned en egen arbeidsgruppe for formålet, med representasjon fra tjenesteområdet og samtidig alle helseforetakene som driver TSB.

4.5 Prosjektgruppens vurderinger

Prosjektgruppen er enig i arbeidsgruppens vurderinger, og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å følge de anbefalinger som der er gjort.

5 Kapital-inntekter

Prosjektgruppen har nedsatt en arbeidsgruppe som har vurdert ulike tilnærminger til en modell, eller inkludering i eksisterende modeller, for fordeling av kapital-inntekter (inntekter til avskrivninger). Gruppen har hatt to møter, hvor tilnærmingen i hovedsak har vært å vurdere hvorvidt kapital-inntekter også vil kunne inkluderes i modellene for de ulike tjenestoområder, og hvilke tilpasninger som eventuelt ville være nødvendige. Gruppen har ikke hatt tid nok til å konkludere og levere en konkret anbefaling om hvordan tilpasning av eksisterende inntektsmodeller kan gjøres for å kunne ivareta og fordeling av kapital-inntekter.

Arbeidsgruppen har gjennom det som er gjort og diskutert gjort erfaringer om og beregninger som vil være verdifulle i arbeidet videre. Det er langt på vei konkludert med at en tilpasning av modeller for fordeling av basisramme til drift synes å være mulig. Tilpasninger kan gjøres både på satser og gjennom inkludering av nye elementer basert på den generelle oppbyggingen med behovs-, kostnads-, og mobilitetskomponenter.

Prosjektgruppen har på ikke fått anledning til å behandle temaet kapitalinntekter på en tilstrekkelig god måte til å trekke andre konklusjoner enn at arbeidet må videreføres. Det er særlig viktig å få avklaringer på hvordan aktivitet og pasientmobilitet kan og bør håndteres i forhold til en fordeling etter predikert behov for spesialisthelsetjenester i sykehusområdene, og hvorvidt en skal inkludere finansiering av de største investeringsprosjektene i modellen.

Prosjektgruppen påpeker at det synes riktig og viktig at dette arbeidet fortsetter løpende, og ikke avventer nytt inntektsmodellprosjekt med levering langt frem i tid. Arbeidsgruppen som har vært etablert, bør fortsette sitt arbeid med mål om levering av en konkret anbefaling til Helse Sør-Øst RHF innen 1. oktober 2010. Hvilken innfasning som skal gjøres gjeldende for en eventuell modell, vil måtte vurderes når det foreligger en anbefaling på en modell. Uansett må innfasingen, dersom det vedtas i innfase en modell, kun bevirke mindre økonomiske omfordelinger for 2011. Budsjettprosessene i helseforetakene vil være kommet langt på tidspunktet for en slik beslutning, og utfordringene ved å håndtere endringer i rammeforutsetninger er store sent i prosessen.

6 Utvikling av somatikk modellen

Helse Sør-Øst RHF presenterte i sak 070-2009 følgende som omfordelingseffekter av ny inntektsmodell for somatikk:

	Total omfordeling	Kobling mot forbruk	Oppdatert modell før forbruksutjevning	GP poliklinikk	Endringer som følge av oppdat	Prosjektrapport før forbruksutjevning
Akershus	(154 662)	17 092	(171 754)	(17 028)	(19 060)	(135 667)
Innlandet	190 202	28 309	161 893	7 725	(10 516)	164 683
Oslo	(259 560)	37 150	(296 709)	69 705	49 849	(416 264)
Sørlandet	128 832	18 284	110 547	(5 419)	(355)	116 322
Telemark og Vestfold	27 836	(116 516)	144 353	(13 346)	(12 765)	170 464
Vestre Viken	26 672	(3 057)	29 729	(34 527)	2 274	61 982
Østfold	9 554	18 738	(9 184)	(7 109)	(9 428)	7 353

Tabellen viser fra høyre hvilken omfordelingsvirkning som ble beregnet og lagt til grunn i prosjektrapporten fra april 2009 som konsekvens av ny inntektsmodell. Deretter viser kolonnene endringer som følge av oppdatering av grunndata, og beregnede konsekvenser av etablering av gjestepasientoppgjør for poliklinisk aktivitet. Dette er summert opp i kolonnen "oppdatert modell før forbruksutjevning", som viser modellens resultat uten at det tas hensyn til ulikheter i forbruk av helsetjenester. "Kobling mot forbruk" viser hvordan midler omfordes dersom økte inntekter trekkes inn fra sykehusområder med høy forbruksindeks og deles ut igjen til alle. Siste kolonne, "Total omfordeling", viser konsekvenser av inntektsmodellen for somatisk, ISF-finansiert virksomhet, med de siste tilgjengelige grunndata.

Styret ba om at det ble jobbet videre med prisnivået for spesialiserte tjenester. I henhold til mandatet for prosjektet er det også jobbet med kobling mot strategi, inkludering av private avtaler, rehabilitering og håndtering av regionsfunksjoner som utøves utenfor Oslo og flerområde funksjoner.

Arbeidet med disse områdene er presentert i dette kapittelet. Oppsummert i effekter for inntektsfordelingen kan forslagene på de ulike områdene vises som (uten endringer i abonnementspris):

Sykehusområde	Omfordeling somatikk etter endringer	Sum endringer på somatikk	Rehabilitering	Abonnementspris	Kobling mot strategi	Sum endringer private avtaler	Avt.spes. somatikk	Priv ideelle
Akershus	(166 858)	(12 196)	13 230	-	(9 453)	(15 973)	(6 786)	(9 187)
Innlandet	217 505	27 303	14 177	-	(15 657)	28 783	25 200	3 583
Oslo	(288 668)	(29 108)	(10 446)	-	(20 546)	1 884	(11 444)	13 327
Sørlandet	133 760	4 928	(3 064)	-	(10 112)	18 104	1 559	16 545
Telemark og Vestfold	74 740	46 903	(6 219)	-	63 074	(9 952)	12 525	(22 477)
Vestre Viken	(13 861)	(40 532)	(14 198)	-	3 057	(29 392)	(11 753)	(17 638)
Østfold	12 256	2 702	6 519	-	(10 363)	6 546	(9 301)	15 846
Sum	(31 125)	0	0	-	(0)	(0)	-	-

Alt vist med utgangspunkt i 2009-tall. Oppdateringer kan endre bildet til dels vesentlig. Det er ikke gjort beregninger knyttet til en ny tilnærming for regionale funksjoner utenfor Oslo og flerområde funksjoner. Her gjenstår det fortsatt arbeid med hvilke funksjoner dette vil være snakk om, for deretter å tilpasse den generelle modellen til de konkrete funksjonene.

6.1 Abonnement for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde

Prosjektet satte i utgangspunktet ned en arbeidsgruppe som skulle jobbe med alternativ tilnærming til og beregning av prisen som inngår for kalkulering av omfordeling som gjøres for å finansiere lands- og regionsfunksjonene som utføres i Oslo. Arbeidsgruppen har avholdt to møter. I første møte ble det presentert OUS/Rikshospitalets modell for beregning av kostnad pr pasient (KPP). Arbeidsgruppen anså dette for en brukbar alternativ tilnærming, og formulerte en del spørsmål og forutsetninger som måtte avklares for at arbeidet skulle kunne gå videre. Dette langt på vei svart opp av OUS/Rikshospitalet. Andre, og siste, møte i arbeidsgruppen diskuterte tilbakemeldingene i form av et notat fra OUS/Rikshospitalet. Arbeidsgruppen har ikke levert egen rapport, men arbeidet i gruppen er benyttet som grunnlag for prosjektgruppens diskusjoner, vurderinger og konklusjoner.

6.1.1 Kostnad per pasient – OUS/Rikshospitalets tilnærming

OUS/Rikshospitalets arbeid med en KPP-modell startet i 2004. Rikshospitalet har i likhet med Ullevål vært aktiv bidragsyter til den nasjonale standarden for KPP og OUS/Rikshospitalets modell slik den nå foreligger, er i samsvar med de regler den nasjonale standarden for KPP setter.

OUS/Rikshospitalets modell for KPP kobler regnskapsdata til aktivitetsdata hver måned. All pasientaktivitet ved kliniske og medisinske serviceenheter er inkludert, dvs at alle tjenester levert til både inneliggende og polikliniske pasienter kostnadsberegnes.

For å kunne gjennomføre beregningene har man for tjenestene anestesi, laboratorie, stråleterapi og radiologi utarbeidet undersøkelsesspesifikke vektorer. Disse reflekterer de relative forskjeller i ressursbruk mellom undersøkelsene pr behandlingseenhet. Dette arbeidet har blitt gjort i samarbeid med avdelingene. For beregning av øvrige tjenestekostnader brukes registrerte tider i grunnsystemene. Det differensieres etter når på døgnet en tjeneste utføres, for eksempel er en radiologisk undersøkelse tatt om natten dyrere enn om den blir tatt på dagtid.

Modellen beregner slik kostnadsstrukturen til alle tjenester utført ved sykehusets om lag 230 behandlingseenheter. På denne måten vil alle tjenester utført i et gitt pasientforløp være kostnadsberegnet og summert seg opp til en total kostnad for det aktuelle pasientforløpet. Modellen har så langt tatt inn data for regnskapsårene 2006 – 2009.

Hvilke kostnader som skal ekskluderes fra modellen følger retningslinjene i det nasjonale kostnadsvekstarbeidet (Nasjonal KPP). I prinsippet skal kostnader som ikke kan knyttes til pasientbehandling ekskluderes. Dette omfatter all aktivitet som har separat finansiering (eks. Behandlingsreiser, Kreftregisteret, øremerket finansiering til forskning mv.). Kostnader knyttet til parkeringsanlegg samt andel av felleskostnader til drift av utleiearealer (UiO) er også ekskludert. Avskrivninger er i utgangspunktet ekskludert i presentasjon av resultatene. Egne rapporter dokumenterer dette. I 2009 ble nær 1,6 mrd kr av OUS/Rikshospitalets totale kostnader ekskludert.

6.1.2 Tilnærming til abonnementspris via OUS/Rikshospitalets KPP-modell

Den alternative tilnærmingen tar utgangspunkt i OUS/Rikshospitalets modell for KPP. Tilnærmingen skal da definere en gjennomsnittspris for spesialiserte tjenester som kan benyttes til beregning av omfordeling av basisramme mellom sykehusområdene. For å oppnå dette, må det trekkes ut en del elementer som også hensyntas i inntektsmodellen, og er med på å finansiere kostnadene på Rikshospitalet. Dette er i hovedsak:

- kostnadskomponentens bidrag til forskning
- kostnadskomponentens bidrag til leger i spesialisering
- pensjonstildelingen sykehusene har mottatt som følge av endrede pensjonsberegninger

Helse Sør-Øst RHF og OUS/Rikshospitalet har også hatt dialog rundt enkelte kostnadselementer som ikke synes å skulle inngå. Disse trekkes f.eks ut i forbindelse med beregninger av kostnad pr DRG-poeng, som er en analyse som lages for hele regionen hvert tertial. Det er derfor generelt trukket ut ca 0,3 mrd kroner mer av kostnadsgrunnlaget enn de ca 1,6 mrd kroner som OUS/Rikshospitalet trekker ut i sine egne, interne beregninger.

For beregning av gjennomsnittskostnader som kan sies å være spesialiserte tjenester er det valgt å ekskludere pasienter fra Oslo, Asker, Bærum og Follo-kommunene. Disse pasientene med stor grad av nærhet til Rikshospitalet benytter andre funksjoner enn pasienter for øvrig. Blant annet kan nevnes at et antall fødsler fra Oslo og pediatri på "område-nivå" for Asker og Bærum gjennomføres på Rikshospitalet. Pasienter fra disse områdene har også en betydelig lavere kostnadsindeks enn pasienter fra øvrige opptaksområder.

I sum leder dette til en gjennomsnittlig kostnadsindeks mot ISF-prisen for pasienter fra hvert enkelt av de definerte opptaksområdene. Kostnadsindeksen er økende gjennom perioden 2006 – 2009, og høyest da i 2009.

For å definere pris for abonnementet for spesialiserte tjenester må det også tas hensyn til DRG-indeks for de pasienter som defineres inn i beregningsgrunnlaget. Denne har for perioden 2007 – 2009 ligget mellom 1,24 – 1,31.

6.1.3 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Prosjektgruppen er av en oppfatning av den valgte tilnærmingen gjennom KPP-modellen fra OUS/Rikshospitalet gir en god dokumentasjon for kostnadsnivået ved Rikshospitalet. Ekskludering av pasienter som bor nærmest OUS/Rikshospitalet synes også rimelig i forhold til beregning av kostnader knyttet til spesialiserte tjenester, og er lik den tilnærmingen som ble benyttet for å fastsette norm-tallet for bruk av spesialiserte tjenester, uttrykt i DRG-poeng (40,5 DRG-poeng pr 1000 innbyggere).

Prosjektgruppen anser på bakgrunn av det arbeidet som er gjort av OUS/Rikshospitalet og arbeidsgruppen at det er sannsynliggjort at kostnadene ved spesialiserte tjenester OUS/Rikshospitalet ikke vil få full dekning gjennom et samlet prisnivå for disse på 120 % av ISF-prisen. Med bakgrunn i kommentarene over, vil en imidlertid ikke konkretisere en ny pris på nåværende tidspunkt. Det påpekes i denne sammenheng at en endring i prisnivå på 1 % endrer

overføringen til Oslo med ca 27 millioner kroner. Det er med andre ord betydelige beløp som endres på en tilsynelatende liten endring i prisnivå.

For å kunne foreslå en konkret, ny pris bør det gjøres ytterligere undersøkelser og dokumentasjoner av blant annet:

- Dokumentasjon/revisjon av uttrekk av kostnader fra beregningsgrunnlaget – særlig forskning.
- Produktivitet og effektivitet ved OUS/RH.
- Forsøke en tilsvarende tilnærming på data fra Ullevål, hvis mulig.
- Forsøke en tilnærming mot mer konkret definerte DRG'er som skal representere regionfunksjonene når brukt ved OUS/RH.

Prosjektgruppen vil anbefale at Helse Sør-Øst RHF vurderer omfanget av økonomiske omfordelinger som gjøres med utgangspunkt i inntektsmodellen for somatikk i forbindelse med budsjett og inntektsfordeling for 2011. Dette gjelder da særlig omfordeling med reduserende virkning på basisinntekter for Oslo sykehusområde.

Arbeidet med nevnte undersøkelser og dokumentasjoner bør fortsette uten opphold. Dette vil legge til rette for at ny pris kan konkretiseres, slik abonnementsordningen for spesialiserte tjenester bidrar til at full implementering av inntektsmodellen for somatikk kan gjøres fra 2012, som tidligere forutsatt.

6.2 Regionale funksjoner utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner

Gjennom den etablerte inntektsmodellen for somatikk er spesialiserte tjenester som leveres fra Oslo sykehusområde håndtert med en abonnementsordning. Denne er basert på et normativt behov for spesialiserte tjenester og en gjennomsnittlig merkostnad (utover standard gjestepasientoppgjør på 80% av ISF) pr DRG-poeng for de spesialiserte tjenestene. Ordningen er lagt opp som en årlig omfordeling av inntekter til Oslo fra de øvrige sykehusområdene. Alle DRG-poeng, også de som er spesialiserte tjenester inngår i det løpende gjestepasientoppjøret basert på 80% av ISF-prisen.

Regionale funksjoner som er lagt utenfor Oslo sykehusområde og fler-område funksjoner har pr 2010 ingen modell-løsning. Finansiering av disse er derfor kun basisramme fra eget sykehusområde, samt standard gjestepasientoppgjør på 80% av ISF. I enkelte tilfeller er det også gitt et tilskudd i basisrammen utenfor modellen. Dette synes å være en noe mangelfull finansieringsordning, og det bør søkes å finne en modellmessig tilnærming til finansiering av slike funksjoner.

6.2.1 Definerings av funksjonene

For å kunne etablere en modell som avviker fra "normalen", må de funksjoner som skal inkluderes være tydelig definerte. Definisjonen må ta utgangspunkt i DRG-systemet. Dersom det ikke kan gjøres ved å definere én eller et fåtall DRG'er som entydig beskriver funksjonen, og bare denne, må definisjon gjøres på diagnose- eller prosedyrekode-nivå. Dette er nødvendig for å kunne skille ut den aktiviteten som faktisk utgjør den regionale eller fler-område funksjonen, for derigjennom å unngå "forhandlinger" om omfanget av aktiviteten. Slike "forhandlinger" vil en uansett få ved etablering av funksjonene hvor det ikke kan finnes et historisk grunnlag for å vurdere aktiviteten.

Eksempler på regionale og fler-område funksjoner:

- PCI ved Sørlandet sykehus HF, utføres som fler-område funksjon i hovedsak for Telemark og Vestfold sykehusområde.
- "Post-bariatrisk kirurgi for overvekts-pasienter" ved Sykehuset Telemark er en regional funksjon.

6.2.2 Mulige tilnærminger

6.2.2.1 Økt sats for gjestepasientoppgjør.

Satsen for fakturering av DRG-poengene knyttet til de aktuelle funksjonene kan settes høyere enn den satsen som benyttes i det ordinære gjestepasientoppjøret. Et utgangspunkt kan være å sette satsen lik den som benyttes for abonnementsordningen med Oslo for spesialiserte tjenester. Denne er for 2010 satt til 120% av ISF. En slik løsning fordrer at behandlingene som hører inn under den regionale-/fler-område funksjonen lar seg entydig definere i kodeverket, slik at det finnes kvantitativt grunnlag for faktureringen.

Dersom funksjonen det er snakk om er en fler-område funksjon og således utføres på flere steder i regionen, og særlig dersom et av alternativene er Oslo, vil dette gi en skjev insitamentsstruktur.

Det vil marginalt sett være billigere å sende pasienten til Oslo, som fakturerer 80%, enn til sykehuset med fler-område funksjonen.

For regionale funksjoner, som da kun utføres på ett sted, får en ikke en slik insitamentvridning.

6.2.2.2 Abonnementsordning

En abonnementsordning må da tas utgangspunkt i en vurdering av det enkelte sykehusområdes behov for tjenesten, samt en vurdering av kostnadsnivå, normalt uttrykt ved en %-andel av ISF-prisen. Det kan her benyttes samme pris som for abonnementet mot Oslo. Øvrige sykehusområder betaler da standard 80% gjestepasientoppgjør for den faktiske aktiviteten, og en får ikke utfordringen med vridning for ulike insitamentvridning ved den enkelte beslutning.

6.2.2.3 Tilskudd i basisramme

Et tilskudd i basisrammen vil være en årlig tildeling basert på en vurdering av kostnadsulempen ved utføres den/de aktuelle tjenestene, og må tas utgangspunkt i en vurdering av det totale volumet av prosedyrer som skal utføres. Dette kobles imidlertid ikke direkte mot øvrige sykehusområder, og disse vil da "betale" med sin andel av behovskomponenten i inntektsmodellen, som er alternativfordelingen av de midlene som gis som tilskudd. Løsningen vil kunne fungere greit for regionale funksjoner, mens det for fler-område funksjoner må være tydelig hvilke sykehusområder som betaler og hvilke som ikke betaler.

6.2.2.4 Bi-/multi-laterale avtaler

Denne løsning kan fungere for fler-område funksjoner, der det gjøres en avtale om oppgjør for funksjonen mellom de sykehusområdene som deler på den. Slike avtaler må avstemmes med abonnementsordningen mot Oslo, slik at det ikke gir skjev insentivstruktur i forhold til økonomiske insitamentvridning på den enkelte beslutning.

6.2.3 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Det synes å være en fordel å legge løsningen tett opp til den som er valgt for spesialiserte tjenester fra Oslo, altså en abonnementsordning. Dette gir imidlertid at det må "forhandles" omfang av tjenesten og hvor mye det enkelte sykehusområde skal forvente å benytte. Etter hvert som funksjonen har vært i virke over tid, vil det foreligge historiske data til å understøtte disse forhandlingene. Funksjonene som dette gjelder må tydelig defineres, men ettersom det ikke vil være nødvendig som grunnlag for fakturering, er det ikke samme krav til at den er 100% entydig. Det vil imidlertid være nødvendig for å kunne etablere en historikk gjennom aktivitetsregistreringen.

For fler-område funksjoner kan også bi-laterale avtaler, gjerne bygget opp som en abonnementsavtale, være en brukbar løsning. Dette vil særlig kunne gjelde der hvor det tydelig er sykehusområdene selv som definerer ønsket om å dele på definerte funksjoner.

6.3 Spesialisert rehabilitering

Spesialisert rehabilitering er i utgangspunktet all rehabilitering som utføres i spesialisthelsetjenesten, altså rehabiliteringsaktivitet som foregår:

- i helseforetakenes ordinære avdelinger
- ved spesialinstitusjoner som Sunnaas HF og SSR
- ved private rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Sør-Øst RHF har avtale med.

I inntektsmodellen som har startet implementering fra 2010 er det kun pkt 1 som er inkludert, og da uten løsninger eller komponenter som skiller seg fra øvrige deler av somatikken som inngår i modellen. Det betyr det gjenstår tre hoveddeler av den spesialiserte rehabiliteringen som må behandles og løses:

1. Tidligere SSR, nå del av SiVHF og SSHF og Nordagutu rehabsenter, nå del av STHF
2. Sunnaas HF
3. Private rehabiliteringsinstitusjoner

6.3.1 "Modell" 2010

I fordelingen av basisramme for 2010 er de tre hoveddelene behandlet noe ulikt og som følger:

1. SSR har basistilskudd utenfor modellen, GP på grunnlag av pasienter fra kommuner i tidligere Øst
2. Sunnaas HF sin basisramme utenfor modellen, GP på grunnlag av pasienter fra kommuner i tidligere Sør.
3. RHF trekker basismidler utenfor modellen - ingen forbruksrelatert avregning mot helseforetakene.

6.3.2 Modell fra 2011

Ved inkludering i inntektsmodellen er intensjonen at dette legger bedre til rette for å støtte målet om et likeverdig tilbud, gjennom at hvert sykehusområde i større grad blir ansvarlig for de kostnader som behandlingen av områdets pasienter medfører.

6.3.2.1 Tidligere SSR og Nordagutu rehabiliteringssenter

SSR og Nordagutu rehabiliteringssenter ble fra 1. juli 2009 skilt ut fra OUS/Rikshospitalet, delt og overført til Sørlandet Sykehus HF (Kongsgård sykehus, del av tidl SSR), Sykehuset Telemark (Nordagutu rehabiliteringssenter) og Sykehuset i Vestfold HF (Kysthospitalet, del av tidl SSR).

De tre overtagende helseforetakene har i 2010 hatt særskilte basistilskudd knyttet til disse overdragelsene. SSHF har hatt 75 millioner kroner, STHF 17 millioner kroner og SiVHF 81 millioner kroner i slike basistilskudd. Ved en inkludering av all rehabilitering i inntektsmodellen fra 2011, fjernes disse tilskuddene i sin helhet, og institusjonene inngår i gjestepasientoppgjøret mellom helseforetakene på ordinær måte.

Gjestepasientoppgjør og eventuelt andre forhold innen Telemark og Vestfold sykehusområde som dreier seg om bruk og finansiering av Kysthospitalet og Nordagutu rehabiliteringssenter, behandles i samarbeid med de berørte helseforetakene.

Utenfor Telemark og Vestfold sykehusområde benyttes en større andel av kapasiteten (ca 19 %) ved Kysthospitalet av Vestre Viken. Dette synes allikevel ikke å være så omfattende at det skal ha dekning utover ordinært gjestepasientoppgjør på 80% av ISF.

6.3.2.2 Sunnaas sykehus HF

For modellberegningene og modellvurderingene er det er lagt til grunn at Sunnaas er et eget helseforetak. Vi forutsetter videre at tjenestene som leveres fra Sunnaas grovt sett kan deles i to hovedkategorier, ref også Hovedstadsprosessen og vedtak i sak 108/2008. Disse vil da være:

1. "Område-rehabilitering" som utføres for sykehusområdene Østfold, Akershus og Oslo.
2. Spesialisert tjenestetilbud som utføres for hele regionen og andre RHF.

Det synes ikke mulig å skille ut spesialiserte tjenestene gjennom ulike DRG'er, da over 97% av aktiviteten målt med DRG-poeng er i DRG 462A – rehabilitering kompleks. Det mest spesialiserte og ressurskrevende tilbudet (pr pasient) slik det vurderes her, er det stor grad av enighet om at gir andelsmessig svært lav kostnadsdekning i ISF. Det ses derfor bort fra at enkelte DRG-poeng skriver seg fra det som her kalles spesialisert tilbud når det skisseres en løsning knyttet til deling av basisrammen for Sunnaas sykehus HF.

Basisramme til Sunnaas sykehus HF er for 2010 ca 251 millioner kroner. Av dette er ca 36 millioner kroner relatert til økte pensjonskostnader, engangsbevilgning og likviditet for 2010. Dette fordeles ikke gjennom modellen, og det gjenstår da 215 millioner kroner som legges inn til fordeling gjennom inntektsmodellen for somatikk.

Det spesialiserte, regionalt fokuserte tilbudet har driftskostnader på om lag xx millioner kroner i året, inklusive felleskostnader. Område-rehabiliteringen som gjøres for de 3 nevnte sykehusområdene har da en basisramme i 2010 på om lag (215 – xx) millioner kroner. Denne økes med 15 millioner kroner for å ta høyde for de inntekter som ikke vil komme som gjestepasientinntekter fra helseforetak i tidl Sør fra 2011. Kostnadsdelingsmodellen som velges skal således "dekke inn" en basisramme til Sunnaas på ca 230 millioner kroner, gitt at aktivitetsfinansieringen holdes på 40% av ISF for all aktivitet. Basisrammen fastsettes gjennom den årlige driftsavtale-prosessen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sunnaas sykehus HF, og skal i prinsippet være upåvirket av valgt modell for kostnadsdeling mellom sykehusområdene.

Det skisseres tre ulike modeller:

1. Tilbudet ved Sunnaas består i stor grad av to ulike tilbud, et tilbud som kan karakteriseres som rehabiliteringstjeneste som faller inn under område-oppgaver, og et spesialisert tilbud til de hardest rammede med behov for omfattende rehabilitering som de er alene om i regionen. På bakgrunn av dette, som også er beskrevet i styresak 108/2008, kan basisramme til Sunnaas sykehus HF tenkes delt i to og dekket inn ulikt:
 - Grunntilbudet (volumet) ved Sunnaas benyttes 67% av 3 sykehusområder – Oslo (30%,) Akershus (12%) og Østfold (25%). Alle benytter da en større andel av produksjonen ved Sunnaas enn hva deres andel av behovskomponenten skulle tilsi. Det er også tilfelle etter endring av opptaksområder mellom Oslo og Akershus. Basisramme til denne funksjonen (180 millioner kroner, gitt 50 millioner kroner

for spesialisert tilbud) trekkes fra de tre etter at fordeling av basisramme er gjort etter inntektsmodellen. Øvrige HF betaler GP, som tilbakeføres andelsvis til de tre som dekker basisrammen. Grunnlaget for dette gjestepasientoppgjøret, vil være all ISF-aktivitet som gir DRG-poeng, som redegjort for over.

- Spesialisert tilbud (for regneeksemplene har satt til 50 millioner kroner) dekkes av alle, og håndteres på utsiden av modellen, altså slik at alle i prinsippet bidrar med sin andel av behovskomponenten.

I forhold til bruk av Sunnaas kan forbruket fra sykehusområdene i 2008 indikere at også Innlandet og Vestre Viken (skyldes i stor grad Asker og Bærum) benytter Sunnaas for det som kan falle inn under område-funksjoner, da deres andel av aktiviteten ved Sunnaas er nær deres andel av behovskomponenten. At de ikke foreslås å være del av finansieringen av område-funksjonene (grunntilbudet) har da sammenheng med to forhold hovedsakelig. Det ene er at styresak 108/2008 ikke definerer disse to sykehusområdene inn i forhold til overdragelse av områdefunksjoner fra Sunnaas. Det andre er at bruken av Sunnaas for behandlinger som mer naturlig ligger til eget helseforetak har hatt få eller ingen økonomiske incentiver, da bruk av Sunnaas for helseforetak i tidligere Helse Øst har vært "gratis". Det synes nærliggende å anta at en innføring av gjestepasientoppgjør vil stimulere til å ta hånd om flere pasienter i eget helseforetak.

2. Basisramme til Sunnaas dekkes inn ved at alle trekkes for sin andel av bruk.
3. En tilnærming lik den som er laget for Oslo, med 80% ISF på gjestepasienter og en abonnementsordning for de spesialiserte tjenestene kan også være en mulighet. En slik tilnærming vil gi ca 160 millioner kroner i aktivitetsbaserte inntekter, ca 80 millioner kroner mer enn pr 2009. En abonnementsordning for de meste spesialiserte tjenestene (med norm fra forbruksnivået i Sørlandet og Telemark og Vestfold) basert på 40% av ISF-prisen vil videre gi ca 33 millioner kroner. Det "mangler" da ca 125 millioner kroner for å nå finansieringsnivået for 2010. Ca 40 millioner av dette representerer 20% for å nå "full" finansiering (100%) gjennom ISF. Dette er trolig et bilde på at rehabilitering, og særlig de mest spesialiserte og ressurskrevende tjenestene, har en mangelfull finansiering i ISF. Abonnementsløsningen for Oslo forutsetter også at en større del av helseforetaket i utgangspunktet har finansiering gjennom et opptaksområde og tilhørende behovskomponent, noe Sunnaas sykehus HF ikke har.

Andre mulige alternativer, som blant annet 1) Lav andel basisramme og GP 80% av ISF fra alle HF og 2) Kurdøgn-prinsipp, med betaling fra andre HF med døgnseter er vurdert som mindre gode.

Alternativ 3 forutsetter en abonnementspris på mellom 210 og 230%. Dette avviker betydelig fra abonnementsprisen i somatikkmodellen. Spørsmålet er om DRG-systemet er egnet til å fange opp de høye kostnadene ved spesialisert rehabilitering. Det er det neppe, og denne modellen følges derfor ikke.

Valgene mellom 1 og 2 er i hovedsak et valg mellom ulike insentivstrukturer for bruk av Sunnaas. Alternativ 1 legger en struktur for finansieringen av pasientbehandling ved Sunnaas som er tilnærmet lik den de har for egne pasienter behandlet i egne sykehus, mens de andre HF-

ene vil betale for bruken av Sunnaas etter en gjestepasientmodell. I alternativ 2 får alle HF-ene like insentiver i f t bruk av Sunnaas. De vil da vurdere bruk av Sunnaas opp mot eget tilbud på grunnlag av relative priser. Rammen til Sunnaas vil imidlertid være gitt, slik at det kun er relative endringer i bruken av Sunnaas som vil gi utslag i kostnadsbelastningen.

6.3.2.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Rammen for kjøp av rehabiliteringsinstitusjoner legges inn til fordeling i modellen. Midler trekkes inn fra sykehusområdene for å dekke RHF's kostnader ved kjøpsavtalene basert på historisk forbruk av døgnopphold i institusjonene.

Det kan diskuteres om det skal legges inn fulle kostnader på bakgrunn av aktivitetsbasert trekk, eller om deler skal dekkes av alle etter behovskomponenten. Uansett bør dette følge et generelt prinsipp om hvordan kostnader ved private avtaler fordeles på sykehusområdene.

6.3.3 Prosjektgruppens vurderinger

Det er i hovedsak kun skissert én modell for håndtering av tidligere SSR, og inkludering i helseforetakene på ordinær måte synes å være den naturlige løsningen. For private rehabiliteringsinstitusjoner er det diskutert om trekk basert på forbruk burde baseres på historikk 100%, eller en mindre andel, slik at deler av dette dekkes utenfor modellen. Det er valgt å basere avregning for bruk av private på historikk 100%, i og med at inkludering i modellen da gir liten omfordelingseffekt for rehabiliteringsområdet totalt sett.

For Sunnaas er det presentert to mulig modeller. Valg av modell skal ikke påvirke størrelsen på basisrammen til Sunnaas, og vurderingen må derfor være at modellen skal gjenspeile den faktiske bruken av Sunnaas. Det er prosjektgruppens vurdering at dette på en best måte gjøres i modell 1, der tre sykehusområder tillegges finansieringen av områdefunksjonene ved Sunnaas. Gjestepasientoppgjør for de andre 4 sykehusområdene ved bruk av Sunnaas fordeles da på de tre sykehusområdene, ikke på Sunnaas. Det defineres i tillegg et spesialisert tilbud ved Sunnaas, som finansieres utenfor selve modellen, og pengene tas således fra sykehusområdene etter deres andel av behovskomponenten for somatikk.

SO	Endring ved inkludering i inntektsmod	Spes SUN	Område SUN	GP SUN	Avregning priv rehab	GP oppgjør SØR SSR	Sum konsekvens
Akershus	113 229	(4 909)	(30 189)	4 419	(69 319)	-	13 230
Innlandet	187 534	(8 131)	-	(7 807)	(157 419)	-	14 177
Oslo	246 100	(10 670)	(82 823)	12 123	(175 175)	-	(10 446)
Sørlandet	46 363	(5 252)	-	(2 367)	(40 645)	(1 164)	(3 064)
Telemark og Vestfold	85 955	(7 995)	-	(4 942)	(90 938)	11 702	(6 219)
Vestre Viken	176 687	(7 661)	-	(11 231)	(161 456)	(10 538)	(14 198)
Østfold	124 132	(5 382)	(66 988)	9 805	(55 049)	-	6 519
RHF	(750 000)				750 000	-	(0)
Sunnaas Sykehus HF	(230 000)	50 000	180 000		-	-	-
Sum	-	-	-	-	-	-	(0)

Tabell : med Sunnaas håndtert etter modell 1

- Første tall-kolonne: viser endringer på inntekter for sykehusområdene ved å inkludere basisramme til Sunnaas, tidl SSR og private rehab inst i inntektsmodellen.
- Spes SUN: viser "betalingen" fra hvert sykehusområde dersom 50 millioner kroner fordeles til Sunnaas utenfor modellen, som basisramme for det spesialiserte tilbudet. Beløpet for denne funksjonen må undersøkes, 50 millioner kroner er kun satt inn for å illustrere effekt av denne modellen.

- *Område SUN: viser hva de tre sykehusområdene som primært benytter område-funksjonene på Sunnaas trekkes for å dekke denne basisrammen.*
- *GP SUN: viser netto konsekvens av at øvrige 4 sykehusområder betaler GP 80% av ISF for bruken av Sunnaas til de 3 som dekker basisramme for område-funksjonen.*
- *Avregning priv rehab: viser trekk for det enkelte sykehusområde basert på andel av oppholdsøgn som er benyttet (data fra 2007). Avregningen dekker 100% av kostnaden.*
- *GP oppgjør Sør SSR: netto konsekvens av at det blir GP-oppgjør 80% av ISF mellom sykehusområdene i tidl Sør for avdelingene som tidl utgjorde SSR.*
- *Sum konsekvens: viser økonomisk omfordelingseffekter i forhold til en videre føring av modellen for 2010.*

6.4 Inkludering av private avtaler

Helse Sør-Øst RHF inngår en rekke avtaler med private tjenesteytere av ulike kategorier. Grovt sett kan disse deles inn i:

Avtaler under somatikk:

- Private rehab.inst
- Private avtalespesialister
- Private ideelle sykehus
- Kommersielle sykehus
- Lab / rad – avtaler

Avtaler under andre tjenesteområder:

- Private institusjoner innen TSB
- Private institusjoner og avtalespesialister innen psykisk helsevern

I dette kapittelet behandles hvordan avtalene som kommer inn under somatikk kan inkluderes i inntektsmodellen, med unntak av private rehabiliteringsinstitusjoner, som behandles som del av løsningen for rehabilitering. Løsningen pr 2010 har vært å håndtere dekning av avtalekostnader på utsiden av inntektsmodellen, ved at RHF holder midler fra basisrammen tilbake. En slik håndtering utenfor modellen betyr i praksis at sykehusområdene har dekket disse kostnadene med sin andel av behovskomponenten i somatikkmodellen, som er den alternative fordelingen av midlene.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et prosjekt som vurderer tilordning av de private avtalene til ett eller et fåtall sykehusområder. Prosjektet skal vurdere alle kategorier av private avtaler, og håndtering i inntektsmodellen kan påvirkes av konklusjonene og oppfølgingen av en eventuell direkte tilordning. Det foreslås også at inkludering av avtalekostnadene knyttet til private kommersielle sykehus og laboratorie- og radiologitjenester avventes til tilordningsprosjektet har levert sin innstilling.

6.4.1 Generelle betraktninger rundt inkludering av kostnader til private tjenester i inntektsmodellen

Full avregning (100 % avregning basert på historisk forbruk) gjør det mulig for de som benytter lite å tilby tilsvarende tjenester fra eget helseforetak.

Avregningen gjelder kun for driftsavtalen, ikke aktivitetsbaserte inntekter og driftstilskudd fra andre tilskuddsyttere (HELFO i hovedsak). Særlig for avtalespesialister gir dette at det tilbudet som ytes har langt større økonomisk verdi enn det beløpet som avregnes.

6.4.2 Avtalespesialister

På bakgrunn av at det bare er en del av kostnaden ved private avtalespesialister som dekkes over basisrammen for Helse Sør-Øst RHF, anser prosjektgruppen at kostnaden for avtalene bør trekkes fra sykehusområdene fullt ut basert på historisk forbruk. Selv om tabellen som her illustrerer omfordelingsvirkningene av dette er basert på aktivitetsdata fra 2007, bør dette gjøres som et gjennomsnitt basert på data for 3 år, og oppdateres årlig.

SO	Avregnings- beløp	Differanse behov vs forbruk	Andel av behovkomp	Andel av DRG- poengene	Antall DRG- poeng	Antall DRG poeng eks Oslo	Oslo- poengene	Andel Oslo- befolkni
Akershus	(6 786)	-2 %	10 %	12 %	6 593	5 441	1 152	10 %
Innlandet	25 200	6 %	16 %	10 %	5 243	5 243		
Oslo	(11 444)	-3 %	21 %	24 %	13 110	2 480	10 630	90 %
Sørlandet	1 559	0 %	11 %	10 %	5 496	5 496		
Telemark og Vestfold	12 525	3 %	16 %	13 %	7 007	7 007		
Vestre Viken	(11 753)	-3 %	15 %	18 %	9 773	9 773		
Østfold	(9 301)	-2 %	11 %	13 %	7 119	7 119		
Sum	-	0 %	100 %	100 %	54 342	42 560	11 783	100 %

6.4.3 Private ideelle uten opptaksområde

På bakgrunn av at det bare en del av inntektene til de private ideelle sykehusene som dekkes over basisrammen for Helse Sør-Øst RHF, anser prosjektgruppen at kostnaden for avtalene bør trekkes fra sykehusområdene fullt ut basert på historisk forbruk. Selv om tabellen som her illustrerer omfordelingsvirkningene av dette er basert på aktivitetsdata fra 2008, bør dette gjøres som et gjennomsnitt basert på data for 3 år, og oppdateres årlig.

Kostnad og aktivitet er her vurdert for de 3 sykehusene samlet. Beregning basert på hvert sykehus for seg kan gi annet resultat. Helse Sør-Øst RHF har også etablert et prosjekt som vurderer sterkere knytninger mellom private institusjoner og et mindre antall sykehusområder. Avhengig av hvordan dette prosjektet konkluderer vil det også kunne påvirke valg av modell for kostnadsfordeling.

SO	Avregnings- beløp	Differanse behov vs forbruk	Andel av behovkomp	Andel av DRG- poengene	Antall DRG-poeng	Antall DRG poeng eks Oslo	Oslo- poengene	Andel Oslo- befolkning
Akershus	(9 187)	-5 %	10 %	16 %	2 057	2 002	55	10 %
Innlandet	3 583	2 %	16 %	14 %	1 798	1 798		
Oslo	13 327	8 %	21 %	13 %	1 744	1 237	506	90 %
Sørlandet	16 545	10 %	11 %	1 %	100	100		
Telemark og Vestfold	(22 477)	-13 %	16 %	29 %	3 799	3 799		
Vestre Viken	(17 638)	-10 %	15 %	25 %	3 302	3 302		
Østfold	15 846	9 %	11 %	1 %	189	189		
Sum	-	0 %	100 %	100 %	12 987	12 426	561	100 %

6.4.4 Avtaler med kommersielle sykehus

Avventer tilordningsprosjektet, som er omtalt i innledningen til kapittel 6.4

6.4.5 Private laboratorier og røntgeninstitutter

Avventer tilordningsprosjektet, som er omtalt i innledningen til kapittel 6.4

6.5 Vurdering av kobling mot strategi

Det eksemplifiseres, og foreslås samtidig, en alternativ modell for utjevning av økonomiske omfordelingsvirkninger av inntektsmodellen, som følge av ulikheter i forbruksindeks.

Modellen følger en mer trinnvis avkorting av inntektsøkningene til de som kommer ut med økte inntekter og som samtidig har en forbruksindeks som er høyere enn behovsindeksen.

Avkorting starter tidligere enn i den foreliggende modellen, men med en mindre andel avkorting (40%) fra 1,0% "overforbruk" og til 100% avkorting for "overforbruk" utover 3,5%.

Modellen er tenkt slik at de midler som modellen viser i økning fordeles lineært utover det "overforbruket" som modellen viser. I praktisk tilnærming er det tenkt slik at hvert tiendels %-poeng tilordnes en "verdi". Summen av de tiendels %-poengene av forbruk som er målt utover behovsindeks, får en "verdi" lik den omfordelingseffekten modellen i utgangpunktet viser før omfordeling for forbruksutjevning.

I tilfellet av modellen slik den vil beregne effekter av inntektsmodellen eter øvrige endringer som foreslås i denne rapporten, vil det for Telemark og Vestfold bety at hvert 0,1%-poeng har en "verdi" på 3,8 millioner kroner (omfordeling 128 millioner kroner, overforbruk 3,4%). . En andel av denne "verdien" beholdes av foretaket, avhengig av hvor stor grad av overforbruk som representeres:

Fra 0 til 1,0% beholdes 100%

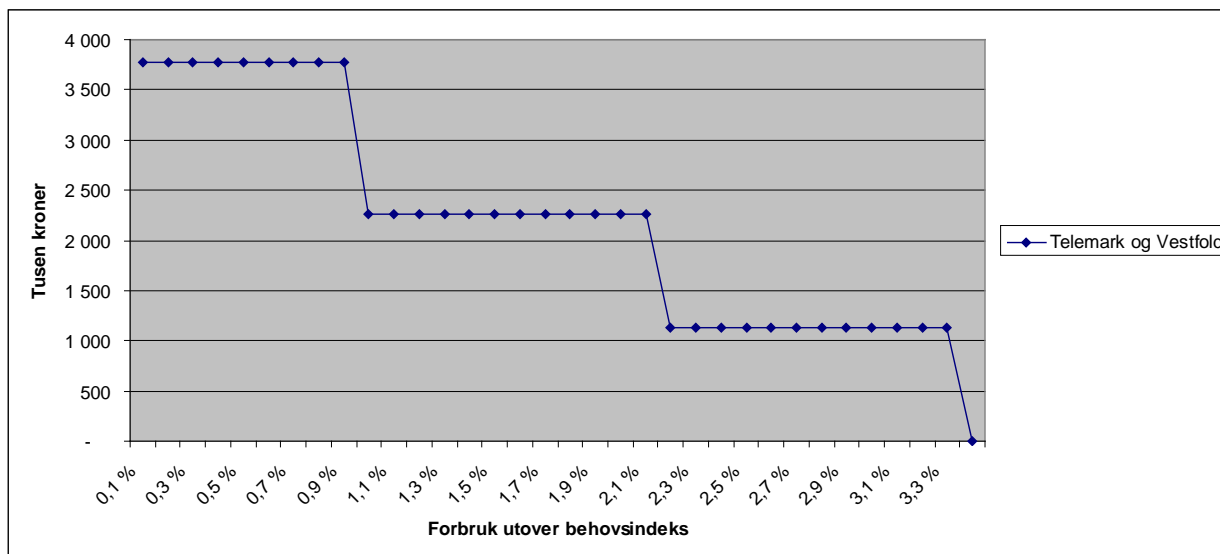
Fra 1,1% til 2,2% beholdes 60%

Fra 2,3% til 3,4% beholdes 30%

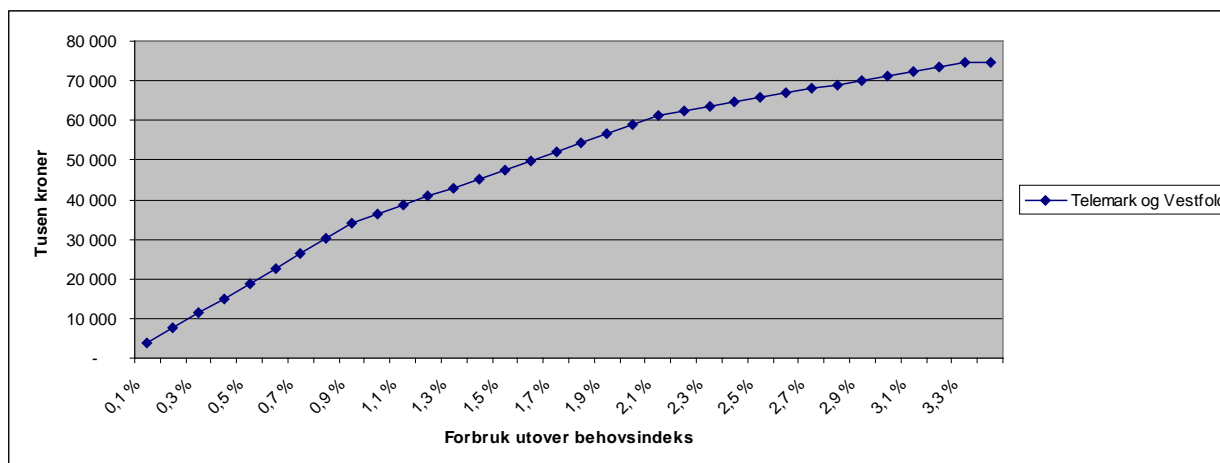
Over 3,5% trekkes alt inn.

Vestre Viken vil etter de nye elementene som anbefales tatt inn i inntektsfordelingen for somatikk, ikke lenger ha en positiv omfordelingseffekt, ref oversiktstabell under innledningen til kap 6.

For de Telemark og Vestfold sykehusområde kan dette illustreres som under:



Akkumulert vil dette da gi at sykehusområdene beholder økonomisk omfordeling som illustrert under:



Grafene slutter ved det nivå som representerer det målte overforbruket.

I sum ville dette gi at sykehusområde Telemark og Vestfold ville få beholde 52% (75 av 128 millioner kroner) av den opprinnelig omfordelingen. Midlene som trekkes inn fordeles da på øvrige sykehusområder etter andel av behovskomponenten ved de sykehusområder som ikke kommer inn under utjevningssmodellen. Vestre Viken, som har forbruksindeks som er høyere enn behovsindeksen, inkluderes ikke i utjevningen.

Andre eksempler på hva et sykehusområde ville fått beholde av opprinnelig positiv omfordelingseffekt ved ulike nivåer av "overforbruk":

Nivå forbruk vs behov	% som beholdes
0,40 %	100 %
1,10 %	93 %
1,90 %	79 %
2,70 %	66 %
5,20 %	34 %

Effekter i etablert modell

Med utgangspunkt i omfordelingene slik de ble startet 10% implementering av fra 2010, og de nye elementene som foreslås i denne rapporten for øvrig, viser tabellen under endring som følge av ny modell for hensyn til strategi og opptaksområdenes forbruk av helsetjenester:

Sykehusområde	Total konsekvens modell m/ nye elementer	Kobling mot forbruk	Før kobling for forbruks-utjevning	Diff ny modell forbruksutj
Akershus	(166 858)	7 639	(174 497)	(9 453)
Innlandet	217 505	12 652	204 853	(15 657)
Oslo	(288 668)	16 604	(305 271)	(20 546)
Sørlandet	133 760	8 172	125 588	(10 112)
Telemark og Vestfold	74 740	(53 442)	128 182	63 074
Vestre Viken	(13 861)	-	(13 861)	3 057
Østfold	12 256	8 375	3 881	(10 363)

Benyttet på inntektsmodellen slik den foreligger for inntektsfordelingen for 2010 gir den nye modellen er en stor fordel for sykehusområde Telemark og Vestfold i forhold til den modellen som har ligget til grunn. Dette fordi det trekkes inn betydelig mindre inntekter herfra til fordeling på øvrige.

Den etablerte modellen er ikke rekalkulert med nye grunndata for befolkning og aktivitet. En slik rekalkulering, som vil bli gjort i løpet av mai måned, kan endre bildet vesentlig i forhold til økonomiske konsekvenser for det enkelte sykehusområde.

I de beregninger av forbruk som er gjort er det ikke likhet i forhold til antall institusjonsnumre i de enkelte helseforetak. Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF har alle beregnet antall DRG-poeng ut i fra flere institusjonsnummer, noe som gir et høyere antall DRG-poeng for samme aktivitet i forhold til en beregning der helseforetaket kun har ett institusjonsnummer. Det er en viktig utvikling i modellen å sørge for at beregningene av forbruk av spesialisthelsetjenester i sykehusområdene gir et mest mulig sammenlignbart grunnlag. For å få til dette må det gjøres beregninger av effektene av overgang til ett institusjonsnummer for alle helseforetak der dette ikke allerede er tatt inn i ISF-systemet. En annen utfordring i å skape likt grunnlag for sammenligning er at det etter sammenslåingen i til Oslo Universitetssykehus HF vil bli kun ett institusjonsnummer for det som tidligere var tre helseforetak i Oslo. Det vil gi lavere antall DRG-poeng for pasienter fra Oslo, som får ett institusjonsopphold ved behandling ved regionsykehuset, mens tilsvarende forløp for de fleste pasienter fra de øvrige sykehusområdene vanligvis vil få 3 institusjonsopphold.

Referanser

Vedlegg 1 – Modell for psykisk helsevern – anbefaling fra arbeidsgruppen

Vedlegg 2 – Modell for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige – anbefaling fra arbeidsgruppen

Vedlegg 3 – Merknader fra prosjektgruppens medlemmer

Merknad fra Sykehuset i Vestfold

Til ”Kobling mot strategi” – kap 6.5

Den foreslåtte endring i modell for kobling mot strategi er en klar forbedring i forhold til den som nå brukes innen somatikken. Imidlertid mener undertegnende at modellen fortsatt ikke vil bidra til å nå det strategiske mål om forbruksutjevning. Det er også fare for at modellen ikke gir incitament til kostnadseffektiv drift. Erfaringen med modellen så langt tilsier etter min mening også dette. For somatisk virksomhet viser de oppdaterte DRG-poengtall som ble brukt i budsjett for 2010 et avvik i forbruk vs. behov i forhold til gjennomsnittet på fra 9 % under til 4 % over gjennomsnittet. Det sykehusområdet som gir det laveste tilbudet til pasientene i opptaksområdet, får i modellen pga. forbruksutjevningen tilført mer basisramme enn behovet skulle tilsi selv ved full gjennomføring av modellen. Selv om man leverer tjenester langt under gjennomsnittet, tilføres sykehusområdet således ytterligere midler som er trukket inn fra sykehusområder som leverer tjenester over gjennomsnittet. Det gir intet incitament til kostnadseffektiv drift. Skal man bruke en slik modell, må det i det minste medføre at sykehusområder ikke får tilført midler utover det modellen tilsier ut fra behov/kostnadskomponent før området leverer tjenester som ligger innenfor det forbruksmål som er satt. En betydelig svakhet ved modellen er således at det å ligge selv langt under gjennomsnittlig forbruk, medfører økt basisramme utover det behov/kostnadskomponent tilsier.

For sykehusområder som ligger over gjennomsnittlig forbruk, vil modellen være et incitament til å redusere sin aktivitet. Dette er ønsket ut fra en forbruksutjevningsstrategi, men det vil ikke være noe incitament til kostnadseffektiv drift. Redusert aktivitet vil også øke ventelister. Den foreslåtte endringen i modellen vil gjøre problemet noe mindre, men det vil fortsatt være til stede. Det er i justert modell foreslått at avkortning i basisramme skal starte allerede ved et forbruk på 1% over gjennomsnittet. Det mener undertegnede at er satt for lavt. Det er vanskelig å se for seg at man skal styre aktiviteten så stramt at foretakene skal ligge innenfor 1% av gjennomsnittlig forbruk i hele regionen. Til det er unøyaktighetene i DRG-systemet for store. Hvis det skal være en avkortning, støtter undertegnede den reviderte modell, men mener at innslagspunktet burde heves til i hvert fall 2%.

Konklusjon: Undertegnede prinsipale standpunkt er at forbruksutjevning burde gjennomføres i styringsdialog mellom RHF og HF, og ikke via dette elementet i inntektsmodellen. Dersom elementet beholdes, støttes justeringen i modellen, men innslagspunktet for avkortning i basisramme bør heves til minst 2%.

Forbruk målt i DRG-aktivitet må beregnes likt i sykehusområdene (det er ikke gjort til nå). Det er ikke anført i rapporten, men undertegnede oppfatter at det er enighet om at dette skal gjøres ved at hvert sykehusområde beregnes som om de var én institusjon, selv om det i dag rapporterer til Norsk Pasientregister som flere institusjoner.

Innenfor psykisk helsevern gjør de samme vurderingene seg gjeldende. Hertil kommer at det fortsatt må arbeides med å definere behovskomponenten. Innen psykisk helsevern anbefales ikke dette elementet i hvert fall ikke innført før behovskomponenten er nærmere avklart.

Til Abonnementspris spesialiserte tjenester – kap 6.1

Prosjektgruppen har påpekt at det er nødvendig med ytterligere undersøkelser og dokumentasjoner av flere forhold knyttet til forholdet rundt abonnementspris for spesialiserte tjenester levert av Oslo sykehusområde. Undertegnede mener at det er for tidlig å konkludere med om dagens pris er riktig eller ikke. Tallmaterialet kom så sent at prosjektgruppen i svært liten grad har fått diskutert tallgrunnlaget. Det anbefales derfor at prosjektgruppen gis anledning til å følge opp med videre arbeid. Det bør også vurderes å trekke inn eksternt miljø for vurdering av abonnementsprisen.

Merknader fra Sykehuset Telemark HF

1. Faktisk forbruk mot forventet behov.
2. Kostnadskomponenten og drift av lokalsykehus. (Les: finansiering av Rjukan og Notodden.)
3. Insentiver og koblinger mot strategi.
4. Finansiering av områdefunksjoner.
5. Modell for psykisk helsevern.

Ad. 1. Faktisk forbruk mot forventet behov.

Forbruket i den foreliggende modellen måles med historiske data. Det er skjedd betydelige reduksjon i aktivitetsnivået i Telemark, og oppdatert datasett over forbruk må legges til grunn i den endelige inntektsfordelingen.

Endringene skyldes følgende forhold:

- Institusjonsnummer Kragerø, Rjukan og Notodden..

I Telemark har flere av sykehusene eget institusjonsnummer, og dette medfører at aktiviteten blir høyere enn det virkelige forbruket. Det er stor forskjell i de ulike sykehusområdene når det gjelder struktur og institusjonsnummer. Enkelte foretak kompenseres direkte i basisrammen, mens andre har flere institusjonsnummer og finansieres med ISF. Det må legges opp til harmonisering i regionen.

- Sterk og målretta aktivitetsstyring de siste to årene.

De siste tre årene har det vært en sterk aktivitetsstyring ved sykehuset, og vårt aktivitetsnivå har vært styrt nedover og innenfor de rammer som har vært definert av HSØ. Dette fortsetter også i 2010.

Ad. 2. Kostnadskomponenten og drift av lokalsykehus.

Det er store strukturutfordringer for drift av lokalsykehus med små opptaksområder. Dette gjelder spesielt for sykehusene på Lister, Tynset, Rjukan og Notodden. Utkastet som foreligger til inntektsmodell er ikke relevant for å håndtere dette. Drift av små lokalsykehus må derfor hensyntas spesielt i modellen. Konkret foreslås det at dette gjøres ved å videreføre dagens ordning for finansiering av Rjukan og Notodden.

Ad. 3. Insentiver og koblinger mot strategi.

Koblingen som er lagt inn i modellen med måling av overforbruk av helsetjenester kan ha uheldige effekter når det gjelder effektivitet og produktivitet i Helse Sør Øst. Store deler av kostnadene i spesialisthelsetjenesten er faste, og det bør være positivt å benytte eksisterende

kapasitet for å øke tilgjengelighet til helsetjenester samt forbedre produktiviteten. Slik det foreligger nå er det ingen insentiver for økt effektivitet og korte ventetider. Dette er uheldig på lengre sikt.

Ad. 4. Finansiering av områdefunksjoner.

Sykehuset Telemark HF har tre funksjoner som krever spesiell finansiering. Dette gjelder yrkesmedisin, fertilitetsbehandling og plastisk kirurgi. Korrigeringer for nevnte fagområder foreslås løst gjennom å gjøre uttrekk fra den totale basisrammen til somatikk og dermed fordeles utenfor den objektive modellen. Dette må gjøres i dialog.

Ad. 5. Modell for psykisk helsevern.

I behovskomponenten er det foreslått et kriterium med betegnelsen ”befolkningstall kvadrert” og som innebærer at befolkningstall opphøyd i andre potens tillegges vekt. Dette kriteriet skal kompensere for merforbruk knyttet til økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser som følge av økende urbaniseringsgrad og som ikke fanges opp av øvrige kriterier i behovskomponenten. Effekten av å bruke befolkningstall kvadrert har svært stor effekt for Oslo. Vi anmoder det regionale helseforetaket om en grundig vurdering av dette. Utgangspunktet for den nye modellen må være å sikre alle HF lik mulighet til å yte likeverdige tjenester, ikke å videreføre ulikheter.

Fra Sørlandet Sykehus HF:

Ad. Pkt 3.1.1. Behovskomponenten (Psykisk helsevern)

Siste avsnitt lyder:

”Det er uenighet i arbeidsgruppen knyttet til inkludering av et kriterium som beskriver økende behov med økende bystørrelse, og særlig på det nivå som innvektingen er gitt i forslaget til modell (9,5%). ”

Det bes om det klarere framkommer at representantene fra 5 av de 7 HF som satt i arbeidsgruppen er uenig i denne komponenten, dvs. flertallet av arbeidsgruppens medlemmer. Jeg ber om at teksten endres til følgende:

”Et flertall av arbeidsgruppens medlemmer er uenig i inkludering av dette kriteriet. De anfører at det ikke er godt gjort et kunnskapsgrunnlag eller et skjønnsmessig rasjonale verken for denne måte å beregne urbanitet på (dvs. befolkning kvadrert) eller for den svært høye innvektingen av dette kriteriet. Den foreslåtte innvektingen på 9,5% betyr at om lag 775 millioner kroner legges inn i kriteriet under antakelse om at dette er merkostnader som ikke fanges opp av de øvrige behovskriteriene i modellen og som skyldes urbaniseringsgrad alene. ”

For øvrig ser jeg at det i teksten nå ikke lenger framkommer at innvektingen av storbykriteriet med vekt 9,5 prosent mer enn forklarer dagens observerte forbruk i Oslo. Teksten som står nå sier:

”Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et slikt nivå at kriterisettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger nær forbruksindeksen.”

Jeg mener at dette er å underslå faktum, og ber om at det i teksten klart framkommer at komponenten er innvektet slik at behovsindeksen for Oslo overstiger forbruksindeksen. Jeg ber om at teksten endres til følgende:

”Innvektingen av kriteriet, som skal beskrive mer-behov i større byer, er lagt på et nivå slik at kriterisettet totalt gir Oslo sykehusområde en behovsindeks som ligger over forbruksindeksen.”

Merknad fra Sunnaas sykehus HF

I forhold til geografisk nærhet av Vestre Viken (særlig Asker og Bærum) og pasientbruk av Sunnaas sykehus HF i 2009, 2008 og tidligere år, bør det vurderes at også Vestre Viken HF blir en del av finansieringen av område-funksjonene ved Sunnaas sykehus HF.

Merknader fra Vestre Viken HF

Kap 3 – Behovskomponenten i modell for psykisk helsevern

Som de fleste andre HF anmoder vi det regionale helseforetaket om en grundig vurdering av ”befolkningstall kvadrert”. Utgangspunktet for den nye modellen må være å sikre alle HF lik mulighet til å yte likeverdige tjenester.

Kap 3 kobling mot strategi - PH

Det bør ikke implementere en forbruksutjevning etter samme prinsipp som forslaget for somatikk i 2011 før vi er tryggere på datagrunnlaget i behovskomponenten. Dersom dette allikevel skjer mener undertegnede at innslagspunktet for avkortning minimum må økes til 3 %.

Kap 6 Rehabilitering

Slik jeg leser tabellen på side 20 implementeres hele effekten ved endret finansieringsordning knyttet til rehabilitering over ett år. Dette er ikke i tråd med det som ble diskutert i sist møte og helt urimelig. Også endringer på dette området bør følge prinsippet 10-45-45, men en løsning der den tas over to år slik at hele modellen er implementert fra 2012 er også mulig/realistisk.

Avregning privat rehab bør ikke dette legges ut til HF’ene før man også har rutiner for medvirkning på kontraktsinngåelse og bruk.

6.5 Kobling mot strategi

Her er det tre forhold som spesielt må kommenteres fra oss:

- 1) Modellen må oppdateres med nye demografiske data
- 2) Modellen må korrigere for problematikken ett eller flere institusjonsnummer

3) Nytt prinsipp for forbruksutjevning

Først punkt er for så vidt omtalt i rapporten, men jeg mener vi må være tydeligere på at konsekvensen skal implementeres.

Når det gjelder punkt to så mener jeg at vi i siste møte ble enig om at dette skulle inn, men jeg kan ikke finne det. Dette må korrigeres – om ikke er ikke forbruket korrekt.

I forhold til punkt 3 mener vi at innslagspunktet for avkortning minimum må økes til 2 %, i tråd med innspill fra Halvdan Aass, Sykehuset i Vestfold HF.

Merknader fra Brukerutvalgets representanter

Fra brukernes ståsted er det viktig at det fattes vedtak om at det skal innarbeides ny inntektsmodell for alle virksomheter i helseregionen hvor det er mulig.

Jeg har lest gjennom rapporten og alle bemerkninger som har kommet fra de ulike miljøer, og finner at alle er innstilt på at det skal utarbeides ny modell.

Det som i hovedtrekk jeg finner uenigheter ved de innkomne kommentarer er fordeling og konstruksjon av modellen, utover en del redaksjonelle kommentarer.

Dette er jo en konstruksjon som er tuftet på kun delvis kjente faktorer, og jeg tror at modell oppbyggingen bør være så dynamisk som mulig nå i startfasen at de erfaringer som høstes blir inkorporert i den framtidige modellen.

Eventuelle skjevheter som fremkommer bør kompenseres gjennom dokumentasjon av mangelfull inndekning av kostnader på samme måte som en eventuell overfinansiering fordeles tilsvarende.

Det som er viktigst er at alt blir registrert og dokumentert slik at materialet kan brukes til en fullstendig gjennomgang av de valgte parametre.

Det gir godt grunnlag til å konstruere en optimal fordeling av midlene vår helseregion får til disposisjon.

Jeg håper at de ulike fagmiljøer kan understøtte dette, og at tiden kan brukes til beste for dem som vil berøres av vedtakene: Pasientene og deres pårørende.

Merknad fra Sykehuset Østfold HF

tillegg har vi følgende kommentar 6.3.2.2 Sunnas sykehus HF.

Sykehuset Østfold HF mener at valg av modell 1 virker mot vedtaket i HSØ i november 2008 om at de alminnelige rehabiliteringstjenestene skal desentraliseres og inngå som en del av den ordinære behandlingen for den enkelte pasient i sykehusområdene. Valg av modell 1 vil medføre at Sykehuset Østfold ikke kan frigjøre midler til å etablere eget tilbud til våre pasienter.

Merknader fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS.

Generell merknad:

De økonomiske utfordringene i Oslo-området (inkl Akershus) er svært store selv før innføring av konsekvensene av ny inntektsmodell, både som følge av underliggende driftssituasjon og som følge av overføringer av opptaksområder mellom sykehusområdene. Vedtatt inntektsmodell for somatikk (behovs- og kostnadskomponent) og forslag til ny inntektsmodell for psykiatri vil forsterke innsparingskravet for sykehusene i disse områdene. Dette tilsier at eventuelle omfordelinger i disfavør av disse må være godt faglig begrunnet. Representantene fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS kan ikke se at forslagene er tilstrekkelig faglig begrunnet til å kunne gjennomføres med store utslag allerede i 2011.

Utover de forhold som det skal arbeides videre med mener disse representantene at en også må se på lønnsnivå i Oslo-området sammenliknet med at andre områder. En hypotese som bør testes er om arbeidsmarkedssituasjonen i hovedstadsregionen fører til at lønnsnivået for viktige yrkesgrupper er høyere i Oslo-området noe som vil tilsi en kompensasjon for dette for å kunne tilby likeverdige helsetjenester.

Psykiatri:

Arbeidsgruppens rapport og merknadene fra de andre sykehusområdene viser at det er stor usikkerhet knyttet til forslaget om en behovsdrevet finansiering av psykiatri slik beregning nå foreligger. Dette, sammen med de store omstillingsutfordringene i Oslo-området, tilsier isolert sett at det må arbeides mer med modellen før den innføres. Dersom de nye inntektsmodellen innføres fra 2011 må det være en klar forutsetning at utslagene første året blir små og at større omfordelinger ikke gjennomføres før en har kommet lenger i arbeidet med storbykomponent og reiseavstand som forklaring på behov og forbruk. I psykisk helsevern er det en nærmere tilknytning mellom 1. og 2. linjenivået enn i somatikk, og en bør også se nærmere på den samlede kapasiteten før omfordelinger gjøres.

Rehabilitering:

Prosjektgruppen anbefaler at spesialisert rehabilitering inkluderes i inntektsmodellen for somatikk. Finansieringen av Sunnaas er et sentralt punkt. Det er knyttet stor usikkerhet til hva som er spesialiserte tjenester da så godt som all behandling kommer i samme DRG. Det er samtidig vel kjent at finansieringen av rehabiliteringstjenester gjennom DRG er mangelfull. Når det legges opp til et stort ansvar for tre sykehusområder å forplikte videre finansiering av Sunnaas, samt at man ikke vet hva den spesialiserte rehabiliteringen koster, mener disse representantene at det er for mange uklare momenter i foreslått valg av løsning til å kunne konkludere. I påvente av bedre dokumentasjon og vedtak om framtidig organisering, mener vi Sunnaas fortsatt bør bli finansiert gjennom basis.