

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Dato møte: | 29.9.2011 |
| Møtetid: | Kl. 08.00 – 15.00 |
| Møtested: | Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2, 1.etg. |

SAKLISTE

- Sak 94/2011: Godkjenning av innkalling og sakliste
- Sak 95/2011: Godkjenning av protokoll ekstraordinært styremøte 19.8.2011
- Sak 96/2011: Godkjenning av protokoll lukket behandling ekstraordinært styremøte 19.8.2011
- Sak 97/2011: Beslutningssak: Ledelsens gjennomgang 2. tertial
- Sak 98/2011: Beslutningssak: Økonomi - og aktivitetsrapport per august
- Sak 99/2011: Orienteringssak: Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse
- Sak 100/2011: Beslutningssak: Budsjett 2012
- Sak 101/2011: Beslutningssak: Utvidet kapasitet for akutfunksjoner på Ullevål, forslag til forprosjekt.
- Sak 102/2011: Beslutningssak: Revisjon av behandlingsreiser. Handlingsplan
- Sak 103/2011: Beslutningssak: Salg av eiendommer med mer
- Sak 104/2011: Beslutningssak: Protokoll foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF
- Sak 105/2011: Orienteringssak: Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i selskaper
- Sak 106/2011: Orienteringssak: Administrerende direktørs orienteringer
- Sak 107/2011: Temasak: Omvisning i Akuttmottaket og befaring på byggetomten

Göran Stiernstedt
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Sakliste

**SAK 94/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV INNKALLING OG
 SAKLISTE**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Protokoll fra ekstraordinært styremøte 19.august 2011.

**SAK 95/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
 STYREMØTE 19. august 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra ekstraordinært styremøte 19. august 2011.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll – ekstraordinært styremøte

Møtenavn: **Styremøte**

19. august 2011
kl. 09.00- 11.25
Hotell Scandic, Gardermoen

Referent: Randi Borgen

Til stede:

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

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

Forfall: Guro Fjellanger

Til stede fra Brukerutvalget: observatør Stine Strømsø og Nina Adolfsen

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

Til stede fra administrasjon: Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Tove Strand, Jørgen Jansen, Einar Hysing, Anne-Margrethe Svanes, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Susanne Flølo.

Sak 84/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Marianne Borgen fremmet sak til behandling under eventuelt som gjaldt sykehusets tilbud innen rus og psykiatri for voksne, ungdom og barn.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 85/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 23.06.2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra styremøte 23. juni 2011.08.16

**Sak 86/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling
styremøte 23.06.2011**

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 87/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling
styremøte 23.06.2011**

Protokollen gjelder orientering om lønnsoppgjøret og ble behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 88/2011 Godkjenning av protokoll ekstraordinært
telefonstyremøte 08.07.2011**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra ekstraordinært telefonstyremøte 8. juli 2011.

Saken framstiller rapportering av aktivitet i virksomheten for juli med årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet. Rapporteringen inkluderer situasjonen ut fra utvalgte styringsparametre som korridorpasienter, utskrivningsklare pasienter, ventelisteutvikling og fristbrudd.

Aktivitetsutviklingen hittil i år ser ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Det arbeides fortsatt godt og systematisk i klinikkene for å nå de mål som er satt for året. Innen somatikk er aktiviteten i samsvar med periodisert budsjett. Innen voksenpsykiatrien er aktiviteten innen døgnvirksomheten høyere enn budsjettet, mens for poliklinikk er negative avvik. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten lavere enn budsjettet. Aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn budsjettet.

Andel fristbrudd er redusert gjennom første tertial, og har siden mai vært stabilt på ca 11 pst.

Det er fortsatt negativt økonomisk resultat som viser at foretaket ikke har klart å ta ned bemanning og kostnader i takt med redusert budsjett og aktivitet. Regnskapet viser et negativt avvik på 295 mill kroner i forhold til budsjett eksklusive tapsavsetninger for klinisk arbeidsflate. I dette inngår økte kostnader til årets lønnsoppgjør, tap av sykkelønn for 2010 og kostnader etter terrorhandlingen 22. juli. Akkumulert negativt avvik har økt med 88 mill kroner fra mai, en gjennomsnittlig økning per juni og juli på 44 mill kroner.

I møtet ble det presentert endringer i årsestimatet ut fra tidligere rapportert etter regnskapet per mai (665 mill kroner). Oppdatert resultatestimert for året ligger an til et negativt økonomisk resultat på 1 milliard kroner, 600 mill kroner høyere enn budsjettet underskudd i 2011. Avviket er knyttet til ekstraordinære forhold som tapsavsetning for klinisk arbeidsflate, økte kostnader til årets lønnsoppgjør og økt tap av sykkelønnsrefusjoner for tidligere år. Det er i tillegg en risiko for gjennomføring av driften i 2011 samt pensjonskostnader som følge av at bemanningsreduksjon er lavere enn forutsatt i pensjonsbudsjettet.

Bemanningsstallene er fortsatt høyere enn det som ligger til grunn i budsjettet. Per juli er bemanningsreduksjonen 3,3 pstpoeng lavere enn forutsatt i budsjett.

Sykefraværet hittil i år er 7,7 pst og samlet er sykefraværet 0,5 pst høyere enn budsjettet. Langtidsfraværet dominerer og er stabilt over 5 pst, men har vist en nedgang til 4,8 pst i juni. Kortidsfraværet vurderes å være innenfor normale variasjoner.

Det ble delt ut justert rapport til Helse Sør-Øst RHF, (vedlegg 2 til saken som er ekstraordinær rapportering fra hovedstadsykehusene som supplement til den ordinære månedlige rapporteringen).

Saken ble presentert av viseadministrerende direktør økonomi og finans Morten Reymert. Fagdirektør Einar Hysing presenterte status på ventelistesituasjonen.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per juli til orientering.

**Sak 90/2011 Beslutningssak
 Budsjett 2012**

Saken omhandler intern arbeidsprosess og prinsipper for arbeidet med budsjett. Forutsetningene er gitt i styresak 044-2011 fra Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet har høy prioritet og lederfokus. Det konstateres at Oslo universitetssykehus HF har store økonomiske utfordringer med å tilpasse kostnadsnivået og spesielt bemanningen til de økonomiske rammene samtidig som en skal gjennomføre pålagt aktivitet. Arbeidet med å oppnå et budsjett for 2012 innen forutsetningene krever at oppgavene forbedres og effektiviseres og en omfattende nedbemanning i virksomheten.

Saken ble kommentert av viseadministrerende direktør økonomi og finans Morten Reymert.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til etterretning.
2. Styret konstaterer at budsjetttrammen for 2012 krever en betydelig bemanningsreduksjon. Styret forutsetter at ny bemanning gjenspeiler de oppgaver som skal utføres samt sikrer forsvarlig pasientbehandling. Styret understreker viktigheten av at administrerende direktør innretter budsjettarbeidet slik at kravet til bemanningsreduksjon blir synliggjort på de enkelte enhetene.
3. Styret ber om å bli løpende oppdatert om arbeidet med budsjett 2012, herunder særlig prosessen med å redusere bemanningen og samtidig gjennomføre de pålagte aktivitetskravene.
4. Styret forutsetter at arbeidet med bemanningsreduksjon og budsjett skjer i tett dialog og samarbeid med de ansattes organisasjoner og på en slik måte at arbeidsmiljø og krav til kvalitet ivaretas.

Stemmeforklaring fra ansattevalgte styrerepresentanter:

Ansatterepresentantene ber om at Oslo universitetssykehus HF går i dialog med Helse Sør-Øst RHF for å sikre tilførsel av omstillingsmidler i 2012.

**Sak 91/2011 Beslutningssak
 Oppfølging av tilsynsrapport fra Arbeidstilsynet**

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn der hovedtema var inneklimate og arbeidslokalenes utforming. Det er gitt 10 pålegg innenfor områdene inneklimate, arbeidslokaler, kjemikaliehåndtering og vedlikehold av bygninger. 6 av påleggene er håndtert med strakstiltak og midlertidige løsninger. De øvrige påleggene gjelder plan for vedlikehold av bygninger/arbeidslokaler, gjennomføring av denne, utbedring av ventilasjonsforhold ved Ullevål og

Radiumhospitalet og utbedring av dialyseenheter ved Ullevål. Det vil bli laget en plan for å håndtere påleggene innen frister som er gitt. En samlet vedlikeholdsplan skal koordineres med arealplan og strategisk langtidsplan.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Styret ber om kontinuerlig rapportering på status for arbeidet med å lukke påleggene fra Arbeidstilsynet.

Sak 92/2011 Orienteringssak
Administrerende direktørs orientering

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

Til pkt. 1 og orientering om hendelsen 22. juli og sykehusets krisehåndtering ønsket styret og uttrykke en anerkjennelse og takk til sykehusets ansatte i vedtaket.

Enstemmig vedtak:

Styret retter en ærbødig takk til sykehusets ansatte for den innsats, engasjement og profesjonalitet som er lagt ned i å håndtere en ekstrem og kompleks situasjon.

For øvrig tas saken tas til orientering.

Sak 93/2011 Eventuelt

Behandlingstilbud innen rus og psykiatri

Enstemmig vedtak:

Det vises til styringssignaler fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokumentet for 2011, budsjettinnspillene for 2012 og i Helse Sør-Øst RHF sak om ”Regionale utviklingsområder”, der det framheves at rus og psykiatri er satsingsområder.

På bakgrunn av dette ber styret om snarlig å få en egen sak om kapasitet, kvalitet og bredden på det tilbudet Oslo universitetssykehus HF har og planlegger framover innen rus og psykiatri feltet, både for voksne, ungdom og barn.

Göran Stiernstedt
Styreleder

Odd Christopher Hansen
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll lukket behandling fra
ekstraordinært styremøte 19.august 2011

Utkast til protokoll lukket behandling
(lønnsoppgjør) fra ekstraordinært styremøte
19.august.2011

**SAK 96/2011: BESLUTNINGSSAK
GODKJENNING AV PROTOKOLL LUKKET
BEHANDLING FRA EKSTRAORDINÆRT
STYREMØTE 19. august 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

*Styret godkjenner protokoll lukket behandling fra ekstraordinært styremøte
19. august 2011.*

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Direktør fag og pasientsikkerhet

Vedlegg
1. Risikovurdering 2. tertial 2011
2. Utdypende kommentarer til ledelsen gjennomgang
2. tertial 2011

**SAK 97/2011: BESLUTNINGSSAK
 LEDELSENS GJENNOMGANG 2. TERTIAL**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2011 til etterretning.*
- 2. Styret bemerker at organisasjonen har stort fokus på pasientsikkerhet i en krevende omstilling.*
- 3. Styret berømmer sykehusets ansatte for stor innsats og god pasientbehandling i forbindelse med 22.07.*
- 4. Styret forventer at de ansattes arbeidsmiljø blir ivaretatt på en fullt ut forsvarlig måte.*

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1 Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er den tertialvise gjennomgående dialogen mellom ledernivåene. Administrerende direktør har avholdt møter med alle klinikkens ledergrupper hvis hensikt har vært å diskutere felles utfordringsbilde og etablere forståelse for hvilke forventninger ledelsen har til forbedring av resultater. Det har vært stort driftsmessig fokus gjennom hele 2. tertial men det er ingen markant forbedring av de økonomiske resultater. 2. tertial har vært preget av sommerferieavvikling med redusert drift av elektive pasienter og "22.07." som var en særskilt periode definert til 4 uker.

Ledelsens gjennomgang er en del av den tertialvise tilbakemeldingen til styret og må ses i sammenheng med styresak 98/2011.

2 Tidligere styrevedtak

Styremøtet 26.mai 2011 sak 47/2011 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2011.

Enstemmig vedtak:

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

3 Administrerende direktørs vurdering

Sykehuset har i løpet av 2.tertial avviklet sommerferie og håndtert katastrofen 22.07. på en god måte. Organisasjonens evne til å mobilisere kapasitet og faglige ressurser ved en katastrofe av en slik størrelse midt i en ferieperiode viser at sykehuset er tuftet på et solid organisatorisk og faglig fundament med høy beredskap.

Sykehuset er dog inne i en meget krevende situasjon da driften fortsatt ikke er tilpasset endrete forutsetninger etter overføring av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Sykehuset har ikke klart å snu den negative resultatutvikling nevneverdig gjennom 2.tertial.

Administrerende direktørs vurdering er at ledelsens gjennomgang 2.tertial bekrefter at det jobbes målrettet i klinikkene med å sikre pasientene forsvarlig behandling men at det er svært krevende omstillinger som skal til for å tilpasse seg endrete rammer. Administrerende direktør har gjennom 2.tertial hatt økt fokus på løpende drift men erkjenner samtidig at flere tiltak som understøtter mer effektiv drift ikke er realiserbare på kort sikt. Omstilling og utvikling av Oslo universitetssykehus HF i tråd med oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF er et omfattende og flerårig arbeid med mange avhengigheter og stor kompleksitet. Sammen med en økt økonomisk utfordring i driften etter overføringen vurderer administrerende direktør den samlede gjennomføringsrisiko fortsatt å være

svært høy. Til tross for lavere produktivitet hittil i år sammenlignet med 2010 er risiko knyttet til ansattes arbeidsbelastning og omstilling fortsatt høy. Innplasseringsprosessene har vært mer krevende og tatt lenger tid enn forventet noe som i seg selv skaper uro og tilleggsbelastninger for de ansatte. Det er fortsatt store utfordringer i daglige arbeidsprosesser grunnet manglende IKT integrasjon på viktige områder, samt kapasitets- og leveranseproblemer hos IKT tjenesteleverandør.

Administrerende direktør vurderer det som påkrevet å påskynde beslutningsprosessene og prioritere gjennomføring av tiltak i løpet av høsten.

Dialogen med eier knyttet til strategisk langtidsplan med behov for investeringer på kort og mellomlang sikt vil intensiveres i 3.tertial.

4 Faktabeskrivelse

Ledelsens gjennomgang har tatt utgangspunkt i innhentet dokumentasjon fra klinikkene og resultatrapporteringen for tertialet.

Fokus for dialogen 2.tertial har vært tredelt:

1. Klinikkenes resultater med spesielt fokus på bemanningsreduksjon og tiltak
2. Klinikkenes reviderte risikobilde pr. utgangen av 2.tertial
3. Budsjett 2012 med fokus på tiltak høsten 2011 – bemanningskrav

Gjennomgang og status for ”oppdraget 2011” viser først og fremst betydelig risiko for ikke å oppnå kravet til økonomisk resultat i 2011. Dette gjelder alle klinikker.

Klinikkene har ikke klart å redusere antall ansatte i tilstrekkelig grad etter overføringen.

Innplasseringsprosessene har vært mer krevende enn forventet og pågår fortsatt ved utgangen av 2.tertial.

Utviklingen i ventetider for pasienter med og uten behandlingsfrist er tilfredsstillende. Antall nyhenviste pasienter, etter endret opptaksområde 1.januar 2011, er tilfredsstillende og tyder på at pasientstrømmene fungerer som planlagt. En svak økning i fristbrudd mot slutten av tertialet forklares med sommerferieavvikling.

Det er fortsatt en svakt økende trend i antall registrerte avvik, dette er i tråd med forventning.

Sykehusets risikobilde 2. tertial 2011:

Risikovurderingene 2. tertial tar utgangspunkt i tilsvarende vurdering 1. tertial, og både risikokart og handlingsplaner revurderes og oppdateres ut fra status og resultater. Reviderte risikoanalyser er innlevert sentral stab fra alle klinikker og diskutert ved utgangen av 2.tertial. Det samlede risikobilde for foretaket er forankret i ledermøtet. Det er ingen store endringer i risikobilde 2. tertial, men det er gjennomgående rapportert noe økt risiko i klinikkene innenfor samme områder som 1.tertial. Dette gjelder først og fremst resultatutvikling, økonomisk bærekraft, for lite kapasitet i radiologi, etterslep på utstyr- og vedlikehold, etterlevelse av myndighetskrav, sårbar kapasitet innen kreftbehandling i henhold til nye normer fra 1.juli 2011 og for lange responstider i de prehospitaltjenester.

Videre er det høy risiko for at investeringer til bygg og utstyr ikke er tilstrekkelig og dermed er det risiko for slitasje og sammenbrudd og HMS avvik. Det refereres for øvrig til Arbeidstilsynets pålegg, styresak 91/2011 som understøtter dette risikobilde.

Manglende integrasjon mellom elektroniske systemer som kompenseres med midlertidige og til dels manuelle løsninger medfører redusert effektivitet i klinikkene. Dette i kombinasjon med til dels svært lange responstider og mangel på kapasitet hos sykehusets tjenesteleverandør gjør at IKT drift og integrasjon vurderes med enda høyere risiko enn 1. tertial. Det begrunnes også i den økende grad av frustrasjon hos alle ansatte som er avhengig av de elektroniske løsningene i sitt arbeid.

Særskilt om sammenheng mellom pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og risiko

Organisasjonens evne til å arbeide med kvalitet gjennom omstillinger og effektivisering er avgjørende for pasientsikkerheten. Pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF avhenger blant annet av kunnskapsbasert praksis, hensiktsmessig arbeidsorganisering, effektiv bruk av ressurser, evne til omstilling og prioritering. Personalets arbeidsmiljø, som i stor grad er knyttet til deres opplevelse av og forutsetninger for å gi god behandling og omsorg til pasientene er særlig viktig i denne sammenhengen. En sterkt forbedret IKT-virkelighet hva gjelder så vel dokumentasjon, kommunikasjon og kvalitetsregistrering er derfor ikke bare en forutsetning for pasientsikkerhet men også for arbeidsmiljø og motivasjon. Tilsvarende vil mangel på adekvat IKT-verktøy utgjøre et betydelig hinder for at Oslo universitetssykehus HF når sine ambisjoner om å være det ledende universitetssykehus i Norge. Imidlertid er situasjonen i Oslo universitetssykehus HF nå og i noen år fremover i en unntakssituasjon på grunn av det krevende omstillingsarbeidet. Både vanlig foreldelse av utstyr og bygninger og det fusjonsskapte behovet for ny infrastruktur gjør at sykehuset har og vil fortsette å ha et stort og krevende investeringsbehov over tid. Manglende infrastruktur vil forsinke omstillingsprosessene slik at deler av sykehuset må leve med midlertidighet og suboptimale løsninger over lengre tid. Oslo universitetssykehus HF skal utvikle og ivareta et trygt og stimulerende arbeidsmiljø som kjennetegnes av god arbeidsorganisering, faglig og personlig utvikling, konstruktive tilbakemeldinger, medvirkning og fornøyde pasienter. God kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Samtidig er et arbeidsmiljø preget av god kommunikasjon og godt samarbeid en av forutsetningene for god pasientbehandling. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Det er derfor all grunn til å ha høyt ledelsesmessig fokus på disse forhold.

Det vises for øvrig til vedlegg 1, Risikovurdering 2. tertial.

Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering Vedlegg 1



2. Tertial 2011
Vedlegg til styresak 97/2011

1 Revidert risikoanalyse 2.tertial

Alle klinikkene har gjennomgått og revidert sine analyser 2. tertial. Analyser og vurderinger følger den metode og de retningslinjer som ble etablert ved fusjonens oppstart og bygger på innhenting av resultater og tilgjengelig fakta grunnlag. Risikostyring skal være en integrert del av utøvende ledelses funksjoner i Oslo universitetssykehus.

Det er stilt spørsmål til metode spesielt innenfor pasientsikkerhetsområde da det er svært mange ulike variabler som vil kunne påvirke pasientsikkerhet både direkte og indirekte. Pasientsikkerhet er først og fremst tuftet på god kompetanse hos den enkelte ansatte, men i et kompleks organisatorisk samvirke. På bakgrunn av analysene som ble presentert 1. tertial er metodisk tilnærming diskutert i ulike fora og det er tatt initiativ til et arbeidsseminar i september. Hensikten er å diskutere dagens rutine analyser og vurdere nye tilnærminger relatert til pasientsikkerhet.

Som det fremgår av risikomatrisen er det ikke store endringer fra første tertial, men flere områder rapporteres med ytterligere risiko enn ved forrige rapportering.

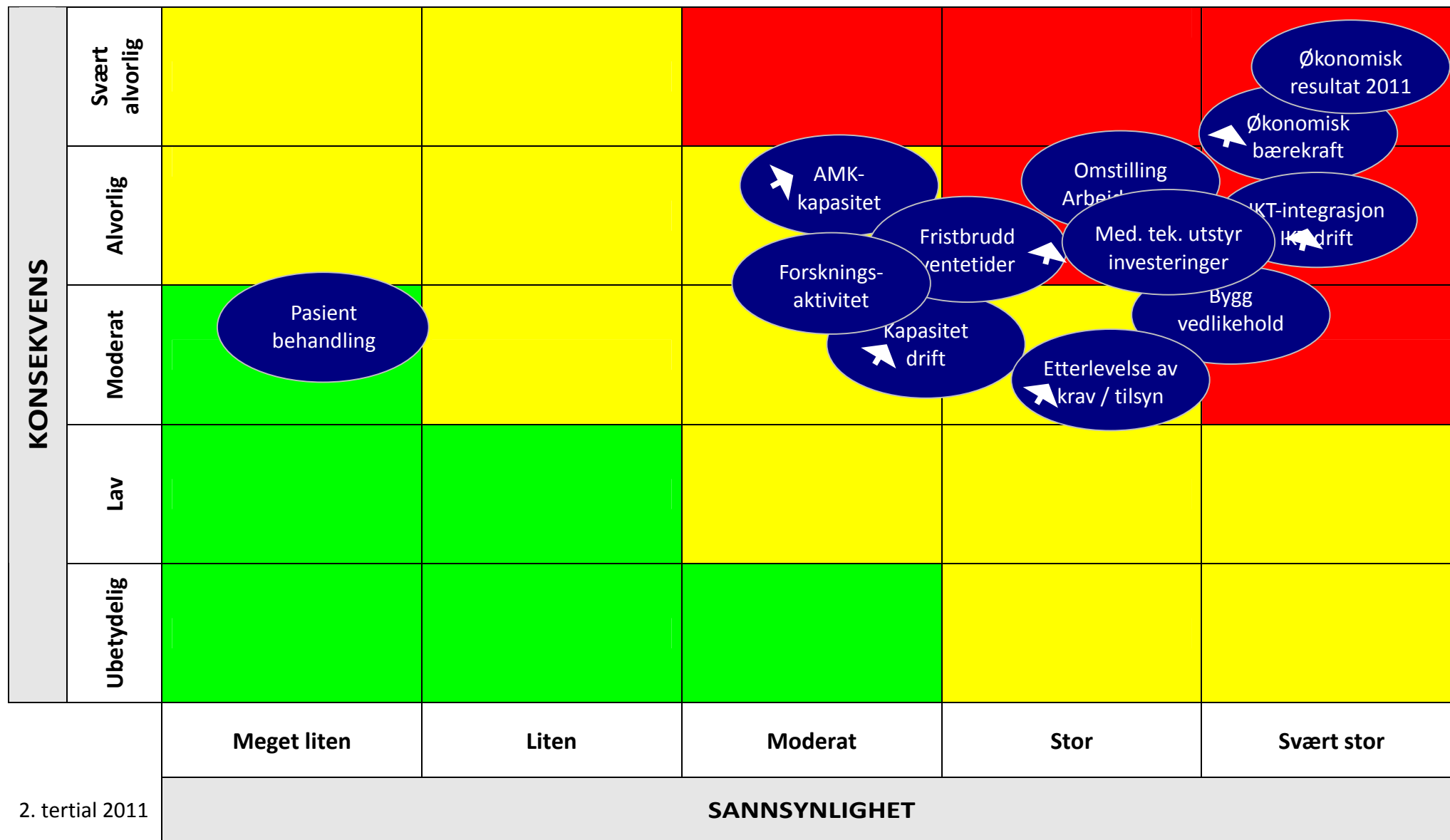
Særskilt om sammenheng mellom pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og risiko

Avgjørende for pasientsikkerhet er organisasjonens evne til å arbeide med kvalitet gjennom omstillinger og effektivisering. Pasientsikkerhet og kvalitet handler om kunnskapsbasert praksis, hensiktsmessige arbeidsprosesser, effektiv bruk av ressurser, evne til omstilling og prioritering. Et viktig poeng er sammenhengen med personalets opplevde arbeidsmiljø, som i stor grad er knyttet til personalets opplevelse av og forutsetninger for å gi god behandling og omsorg til pasientene. En sterkt forbedret IKT-virkelighet i forhold til dokumentasjon, kommunikasjon og kvalitetsregistrering er derfor ikke bare en forutsetning for pasientsikkerhet men også for arbeidsmiljø og motivasjon. Tilsvarende vil mangel på tilsvarende være et betydelig hinder med fare for at Oslo universitetssykehus ikke når sine ambisjoner om å være det ledende universitetssykehus i Norge.

Imidlertid er situasjonen i Oslo universitetssykehus nå og i noen år fremover i en unntakssituasjon på grunn av det krevende omstillingsarbeidet. Både vanlig foreldelse og fusjonens skapte behov for ny infrastruktur gjør at sykehuset er og vil være i et krevende investeringsbehov over tid. Mangel på infrastruktur og utstyr vil være av betydning for kvalitet og pasientsikkerhet både bygningsmessig og medisinsk teknikk, men kanskje først og fremst innenfor IKT. Manglende infrastruktur vil forsinke omstillingsprosessene slik at deler av sykehuset må leve med midlertidighet og ufullkommenhet over lengre tid. Oslo universitetssykehus skal utvikle og ivareta et trygt og stimulerende arbeidsmiljø som kjennetegnes av god arbeidsorganisering, faglig og personlig utvikling, konstruktive tilbakemeldinger, medvirkning og fornøyde pasienter. God kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Samtidig er et arbeidsmiljø preget av god kommunikasjon og godt samarbeid en av forutsetningene for god pasientbehandling. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet.

Det er derfor all grunn til å arbeide systematisk med risikoreducerende tiltak og ha høyt ledelsesmessig fokus på disse forhold.

Det vises for øvrig til risikomatrisen og saksgrunnlaget i sak 97/2011



➤ Pilene angir retning for endring av risikoområdene siden forrige tertial.

Risikovurdering 2. tertial 2011 - Handlingsplan

| Risiko | Faktagrunnlag | Tiltak |
|---------------------------|---|---|
| Økonomisk resultat 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt viser regnskapet betydelig økonomiske avvik. • Utilstrekkelig forankring samt uenighet om rammer, måltall mv. har vanskeliggjort stram styring. • OUS vil sannsynligvis ende opp med underskudd om lag som predikert. | <ul style="list-style-type: none"> • Ny strategi for klinikkenes styring tar utgangspunkt i hvor mange vi kan betale lønn til og planlegge for at disse skal kunne levere de tjenestene som ligger i oppdraget. • Klinikker og stab skal gå samme for å bedre produktiviteten gjennom samordning og økt bruk av ensartet normering og retningslinjer for drift. |
| Økonomisk bærekraft | <ul style="list-style-type: none"> • Manglende omstillingsmidler og langsiktighet for investeringsmidler • Ny inntekstmodell medfører behov for å redusere kostnader betydelig de nærmeste 2-3 årene | <ul style="list-style-type: none"> • Innspill til økonomisk langtidsplan. • Konsekvensutredninger. • Sikre god forståelse hos eier om utfordringene og omforente tiltak for løsning • Strategisk utviklingsplan 2025 er under utvikling. Samlet vurdering av alternative løsninger legges fram for styret i januar 2012. • Nødvendige avklaringer for å sikre rett dimensjonering av oppgaver og utføring av disse. |
| Arbeidsmiljø / omstilling | <ul style="list-style-type: none"> • Omfanget av omstillinger og flyttinger medfører usikkerhet og tretthet, - særlig for ledere. • Lite tilgjengelige ledere som følge av manglende samlokalisering og stor aktivitet. • Tap av kompetanse og nøkkelpersonell. • Misforhold mellom oppgaver og ressurser. • Avvikshendelser, trusler og skader på ansatte (særlig innen fagområdene psykisk helse og rus) • Manglende ressurser til gode oppstartsprosesser for nye avdelinger/ kulturintegrasjon. | <ul style="list-style-type: none"> • Lederstøtte, tett dialog og involvering med ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Informasjonsmøter. • Raskere og mer effektive prosesser for innplassering og ansettelse. • Planlegging og ressursutnyttelse. • Prosessforbedring gjennom lokale prosjekter og tiltak. Fokus på godt arbeidsmiljø og kulturbygging i enhetene som skal samlokaliseres. Synlige ledere. • Systematisk oppfølging av avviksmeldinger. Opplæring og trening på å håndtere/forebygge farlige situasjoner. • Tett oppfølging av HMS-systemet • Rapportering og dialog i AMU og klinikk-AMU. |
| Med.tek. utstyr | <ul style="list-style-type: none"> • Økt gjennomsnittsalderen på utstyr og lav utskiftningstakt pga. lave investeringsrammer over flere år. Minimalt med nyanskaffelser. • Økt aktivitet og teknologisk utvikling har økt | <ul style="list-style-type: none"> • Investeringsrammer for MTU økes. Igangsatt utskriftning av utstyr for 190 mill kr pluss MTU-investeringer i forhold til prosjektet OUS arealtiltak. Det foreslås å opprettholde dette nivået også neste år. • Informere klinikkene om ansvaret for at alt utstyr skal være |

| Risiko | Faktagrunnlag | Tiltak |
|----------------------------|---|--|
| | <p>etterspørselen etter medisinsk-teknologiske tjenester.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ikke tilstrekkelig kapasitet MR/ CT – bemanningsutfordring. Behov for systematisert opplæring. | <p>forskriftsmessig godkjent og tilby spesialopplæring.</p> <ul style="list-style-type: none"> Optimalisere tilgjengelige ressurser og rekruttere nødvendig kompetanse. Økt bruk av elæring i forhold til medisinsk-teknisk utstyr. |
| Bygg, vedlikehold | <ul style="list-style-type: none"> Dårlig bygningsmasse som ikke tilfredsstillers dagens standard på flere områder. Tungvinte løsninger for de ansatte og utrivelige fasiliteter for pasientene. Utilstrekkelige og manglende arealer for en del aktiviteter. Manglende investeringer | <ul style="list-style-type: none"> Strakstiltak for å sikre rask effekt. Flere er allerede igangsatt. Legge til rette for å finne løsninger innen eksisterende bygningsmasse, planlegge nødvendige nybygg innen realistiske rammer. Bedre kobling mellom avvik og riktig prioritering av investeringsmidler. Samarbeid mellom klinikkene og klinikk for diagnostikk og intervensjon for bedre prioriteringer av pasientgrupper. Investeringer, omprioriteringer? |
| IKT-integrasjon, IKT drift | <ul style="list-style-type: none"> Prosjektet Klinisk Arbeidsflate er stanset og avsluttet. Manglende elektronisk samhandling, integrasjon av RIS/PACS-data og LAB-data mot andre systemer. Mangelfull opplæring i forhold til enkelte systemer. Det er ikke kommet til enighet rundt de økonomiske forholdene rundt IKT-driftsavtalen med Sykehuspartner. Ustabilitet rundt drift i flere kritiske systemer. OUS opplever manglende kapasitet fra Sykehuspartner til å kunne levere bestilte tjenester og stabil drift. Stort etterslep av saker på brukerstøtte. Forsinket beslutning i forhold til Felles klinisk informasjonsgrunnlag, FKI. | <ul style="list-style-type: none"> Sikre samarbeid i prosjekter relatert til Klinisk arbeidsflate. Fremdriftplan avklares og følges. OUS er involvert i regionalt samarbeid vedrørende RIS/PACS-data og LAB-data mot andre systemer. Plan for gjennomgående integrasjon av PAS/EPJ på alle lokalisasjoner. Gjennomføre planlagte tiltak og samhandling. Videre arbeid for å sikre bedre opplæring. OUS ber på ny om forhandlingsmøter med Sykehuspartner. Fokusere på driftsstabilitet, senke endringstakt. OUS prioriterer sine bestillinger og økt leveranseevne hos Sykehuspartner. Følge tett opp Sykehuspartner på leveranseevne. Etablert samarbeidsmøter på ledelsesnivå mellom OUS og Sykehuspartner. Kontinuerlig dialog med Helse Sør-Øst vedrørende FKI. |
| Fristbrudd, ventetider | <ul style="list-style-type: none"> Fortsatt mangelfull kapasitet på radiologiske tjenester, som MR/ CT og UL og senger/operasjonsstuer kompliserer planlegging av drift. Fare for økte | <ul style="list-style-type: none"> Følges opp i dialog mellom sykehusledelsen og klinikker. Ny gjennomgang for tydeliggjøring av prosedyrer vedrørende registrering av henvisninger og tiltak for avvikling av fristbrudd. |

| Risiko | Faktagrunnlag | Tiltak |
|-----------------------------|--|---|
| | <p>ventelister og fristbrudd i klinikkene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende elektronisk samhandling vanskeliggjør utnyttelse av radiologisk kapasitet på andre lokalisasjoner (Aker). • Sen diagnostikk med lang ventetid på utredning og prøvesvar, for lav radiologisk service. Behov for bedre koordinering av pasientforløp innen kreftbehandling, jf. Helsetilsynets rapport 4/2010. • For lav behandlingsskapasitet i enkelte klinikker | <p>Opplæring i PasDoc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venteliste gjennomgang mot standard og sjekklister i klinikkene, tilstrebe felles forståelse og aktiv bruk av prioriteringsveilederne. • Løpende monitorering av kapasitet, beredskap for å kunne bruke døgnplasser på andre avdelinger. Samarbeid med VV og Ahus på aktuelle områder. • Intensivere samarbeidet med de private. |
| Etterlevelse av krav/tilsyn | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt korridorpatienter i perioder. Ulike hindringer i rømningsveier og tekniske rom. • Betydelige mangler ved en rekke bygg, manglende brann- og el-sikkerhet, sikkerhetsproblematikk. • Etterslep vedlikehold. Ref. Arbeidstilsynets pålegg, styresak 91/2011. | <ul style="list-style-type: none"> • Sikre overholdelse av fastsatte retningslinjer for sengeplasser og lagerplass. • Benytte ledige senger på tvers av avdelinger. Fokus på legevisitt, redusere liggetider, planlegge tidlig utskrivelser, vurdere mer dagbehandling. • Planlegging og iverksetting av utbedringer av bygg og tekniske installasjoner innen tildelte rammer. |
| AMK-kapasitet | <ul style="list-style-type: none"> • Antall henvendelser og triage av pasienter har økt, gir økt responstid. • Bemanningsøkning har ennå ikke gitt effekt. | <ul style="list-style-type: none"> • Iverksetter økning i bemanning AMK slik at vi får både øket betjening og operativ ledelse som fristilles slik at kan veilede og følge opp personellet. |
| Forskningsaktivitet | <ul style="list-style-type: none"> • Omstilling og krav til høy aktivitet i mange parallelle prosesser medfører fare for nedprioritert forskning. • Utilstrekkelige arealer til forskning, manglende ressurser til oppgradering. | <ul style="list-style-type: none"> • Planlegge forskningsaktivitet i turnus. • Egen arbeidsgruppe med UiO for å utarbeide avtaler om arealer til FoU og undervisning i regi av UiO. |
| Kapasitet - drift | <ul style="list-style-type: none"> • Ubalanse mellom oppgaver, kompetanse og ressurser i enkelte enheter. • Stor grad av kompleksitet gjør at utnyttelsesgrad ikke nødvendigvis er optimal alle steder. | <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av behandlingslinjer, pasientforløp. • Løpende monitorering av kapasitet, bruke døgnplasser på andre avdelinger. Nær kontakt med VV og Ahus i forhold til pasientstrømmer og kapasitet på døgn. • Etablere nye rapporteringer/ analyser |
| Pasientbehandling | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingskvalitet og pasientomsorg opprettholdes på et høyt faglig nivå. | <ul style="list-style-type: none"> • Støtte opp og videreføre arbeidet for at pasientbehandlingen i størst mulig grad skal skånes for konsekvenser av anstrengt driftssituasjon. |

Ledelsens gjennomgang

Status og kommentarer
Vedlegg 2



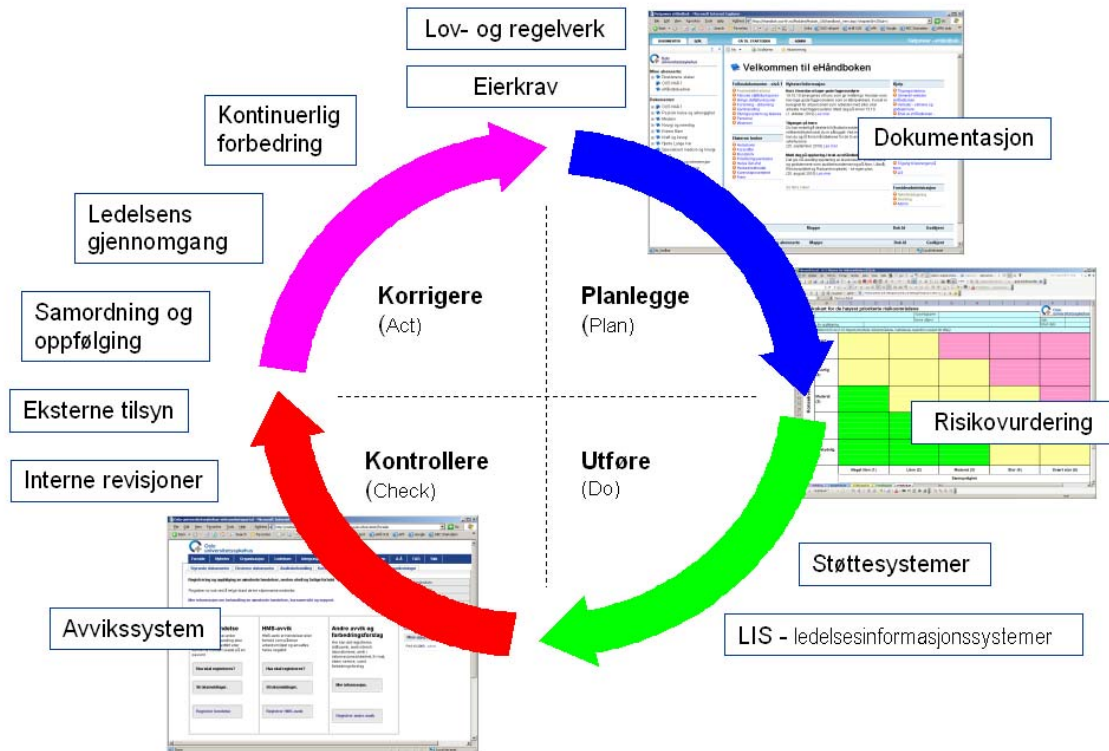
2. Tertial 2011
Vedlegg til styresak 97/2011

Innholdsfortegnelse

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Helhetlig system i Oslo universitetssykehus HF - god virksomhetsstyring og intern kontroll | 4 |
| 2 | Revisjoner og tilsyn..... | 6 |
| 2.1 | Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF..... | 6 |
| 2.2 | Eksterne tilsyn og oppfølging 2. tertial | 8 |
| 2.3 | Juridiske forhold | 11 |
| 2.3.1 | Rettsaker..... | 11 |
| 2.3.2 | Klagesaker KOFA | 11 |
| 2.3.3 | Straffbare forhold | 11 |
| 3 | Pasientsikkerhet og avviksbehandling | 13 |
| 3.1 | Avviksbehandling generelt | 13 |
| 3.2 | Pasientrelaterte avvik | 14 |
| 3.2.1 | Generelt | 14 |
| 3.2.2 | Pasientrelaterte hendelser | 15 |
| 3.2.3 | Konsekvenser | 16 |
| 3.2.4 | Død / betydelig skade | 17 |
| 3.2.5 | Diagnostikk, behandling og pleie | 18 |
| 3.2.6 | Legemidler og blodprodukter | 18 |
| 3.2.7 | Pasientadministrasjon/samhandling | 18 |
| 3.2.8 | Fall og andre ulykker..... | 19 |
| 3.2.9 | Dokumentasjon | 19 |
| 3.2.10 | Medisinsk utstyr | 19 |
| 3.2.11 | Pasientadferd | 20 |
| 3.2.12 | Sykehusinfeksjoner..... | 20 |
| 3.3 | Pasientsikkerhetskampanjen | 22 |
| 3.4 | PasOpp 2011 | 22 |
| 4 | Klagesaker | 23 |
| 5 | Vedtak – Norsk pasientskadeerstatning (NPE) | 23 |
| 6 | Kvalitetsforbedring med fokus på pasientforløpene | 25 |
| 7 | Ansatte relaterte avvik/ arbeidsmiljø..... | 27 |
| 7.1 | Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik 2. tertial 2011 | 27 |
| 7.1.1 | Registrerte HMS avvik..... | 27 |
| 7.1.2 | Meldefrekvens..... | 28 |
| 7.1.3 | Registrerte HMS avvik / årsverk | 29 |
| 7.1.4 | Konsekvenser | 30 |
| 7.2 | De hyppigst meldte HMS avvikene | 31 |
| 7.2.1 | Skade på ansatt | 31 |
| 7.2.2 | Arbeidsmiljø..... | 32 |
| 7.3 | Klinikkvis meldeprofil | 33 |
| 7.4 | Alvorlige enkeltavvik..... | 34 |
| 7.5 | Arbeidsmiljø 2. tertial 2011 | 35 |
| 7.5.1 | Systematisk HMS arbeide | 35 |
| 7.5.2 | Arbeidsmiljøstatus..... | 35 |
| 7.6 | Arbeidstilsynets pålegg..... | 37 |
| 8 | Andre typer avvik..... | 39 |
| 9 | Brudd på arbeidsmiljøloven | 40 |
| 10 | Forskning og innovasjon | 42 |
| 10.1 | Vurdering av forskningsaktivitet..... | 42 |
| 10.2 | Antall publiserte vitenskaplige artikler | 42 |
| 10.3 | Antall publikasjonspoeng..... | 43 |
| 10.4 | Antall doktorgrader | 43 |
| 10.5 | Innovasjon..... | 45 |
| 10.5.1 | Vurdering..... | 45 |

| | | |
|--------|--|----|
| 10.5.2 | Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og idéer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus* | 45 |
| 10.5.3 | Innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus 2.tertial | 45 |
| 11 | Kommunikasjon og omdømme | 47 |
| 11.1 | Pasienter | 47 |
| 11.2 | Internt og med fagmiljøer | 47 |
| 11.3 | I media | 48 |
| 11.3.1 | Mediebildet i dagene etter terrorangrepet 22. juli (22. juli – 7. august) | 48 |
| 11.3.2 | Mediebildet i perioden totalt sett (1. mai – 31. august) | 49 |

1 Helhetlig system i Oslo universitetssykehus HF - god virksomhetsstyring og intern kontroll



Oslo universitetssykehus har i 2. tertial 2011 fortsatt arbeidet med å forbedre systemer og rutiner for god virksomhetsstyring. Det er mange pågående aktiviteter og prosesser som til sammen skal sikre at virksomheten drives forsvarlig og i henhold til overordnede føringer og lovpålagte krav. Felles elektronisk pasientjournal (EPJ), felles pasientadministrativt system (PAS) og andre kliniske systemer arbeides det med. Metodikk og verktøy for risikostyring, avvikshåndtering og et integrert ledelses- og informasjonssystem (LIS) er etablert men også i disse systemene pågår utviklingsarbeid. Integrasjon og utvikling av IKT løsninger til godt fungerende systemer i Oslo universitetssykehus er en utfordring av en størrelse som ikke noe sykehus i Norge tidligere har stått overfor. Fremdeles arbeides det for eksempel med å forberede interne systemer for elektronisk samhandling med samarbeidende helsetjenester og etablering av et godt system for tilbakemelding og kontakt med brukere.

Alle klinikker i Oslo universitetssykehus har ut fra sine oppdragsdokumenter for 2011 gjort risikovurderinger med utgangspunkt i oppdraget for 2011.

Status for oppdrag 2011 er avrapportert fra alle klinikker og viser først og fremst avvik vedrørende økonomisk balanse, ikke tilstrekkelig nedtrekk i antall årsverk.

Omstillinger, effektiviseringstiltak og nedskalering av virksomhet er kjente risiki for avvik og kvalitetssvikt, også i sykehus. Det er derfor svært viktig at hendelser, avvik og utilsiktede uønskede forhold oppdages og registreres kontinuerlig som en del av sikringen av forsvarlighets- og kvalitetskrav. I 2. tertial er det som normalt noe færre registrerte avvik enn i 1. tertial, men det er en økning sammenliknet med 2.tertial 2010. Den positive trenden fra

2010 ser derfor ut til å fortsette. Dette er gledelig da det er et tegn på åpenhet og kultur for læring og forbedring som en forutsetning for å avdekke risikoforhold.

Det har i løpet av 2.tertial vært et befaringsstilsyn fra Arbeidstilsynet, styresak 91/2011. For øvrig er det stor oppfølgingsaktivitet både fra intern revisjonen og i samarbeid med de eksterne tilsynsmyndigheter og flere pågående revisjoner relatert til styringssystemet. Totalt sett er dette et godt virkemiddel for helseforetakets intern kontroll.

Bortsett fra Arbeidstilsynets rapport og en hendelse i juli hvor nødstrøm ikke ble effektivert ved test har det ikke vært rapportert alvorlige system avvik med stor konsekvens fra våre myndigheter.

2 Revisjoner og tilsyn

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

Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF samarbeider vedrørende internrevisjon virksomhet. Det er månedlige samarbeidsmøter med fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettinger for virksomheten. Samarbeidet gjelder både rådgivning, koordinering av revisjonsoppdrag og felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Dette har medført en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

Oversikt revisjoner og oppfølginger fra Konsern revisjonen 2.tertial 2011

| Oversikt Klinikkk | Revisjonstema | Formål | Fremdrift |
|---|--|--|--|
| Oslo universitetssykehus: OSS og HR stab | Lønnsprosessen ved Oslo universitetssykehus | Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene for Oslo universitetssykehus/Sykehuspartner | Styrebehandlet mars. Effekt av tiltak følges opp av HR stab/OSS. Det er foretatt en ytterligere kvalitetsrevisjon som pt ikke er behandlet |
| Oslo universitetssykehus: Seksjon behandlingsreiser | Behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus | Formålet med revisjonen var å vurdere om tilskuddsordningen har hensiktsmessig intern styring og kontroll og er ivaretatt på en god måte, samt om tilskuddsordningen er tilstrekkelig og hensiktsmessig utformet | Egen orienteringssak på styremøtet 29. 09.2011 |
| Oslo universitetssykehus | System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier | Formålet med revisjonen vil være å kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer for å forankre, gjennomføre, rapportere og følge opp styringskrav fra eier som følger av lov- og regelverk, foretaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokumen | Oslo universitetssykehus har gitt tilbakemelding på utkast til rapport |
| Oslo universitetssykehus | Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder ventelistehåndtering | Formålet med revisjonene vil være å bekrefte overfor helseforetakets styre og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretakene har etablert oversikt og betryggende intern styring og kontroll med sine pasientforløp, slik at det er rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas | Varslet |

Tabell 1. Revisjoner og oppfølginger fra Konsern revisjonen 2.tertial 2011

Oversikt interne revisjoner og oppfølginger 2.tertial 2011 Oslo universitetssykehus

| Oversikt Klinikk | Revisjonstema | Formål | Fremdrift |
|--|---------------|--|---|
| Klinikk for kreft og kirurgi; Gastrokirurgi | Koderevisjon | Formålet med revisjonen var å vurdere kvaliteten av den medisinske kodingen innen feltet ved avdelinger lokalisert på Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet | Utkast rapport ble forelagt avdelingene i juni, og det har vært avholdt flere møter med fagmiljøene. Endelig rapport kommer i september |
| Hele helseforetaket | Arbeidsmiljø | Formålet med revisjonene vil være å vurdere effekt av tiltak som er satt i gang vedrørende balanse arbeidsoppgaver /ressurser. Revisjonen vil ha koblinger mot Arbeidstilsynets God Vakt | Planleggingsfase |

Tabell 2. Interne revisjoner og oppfølginger 2.tertial 2011

I tillegg planlegges revisjoner vedrørende brannvern og vedrørende legemiddelhåndtering. Konsernrevisjonens revisjon ”Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder ventelistebehandling” vil være et samarbeidsprosjekt med internrevisjonen Oslo universitetssykehus.

Det er ingen åpne avvik fra tidligere interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus. Oppfølging av tiltak fra tidligere interne revisjoner vil imidlertid tas med nye revisjoner. Temaene for tiltakene var

1. Arbeidsmiljø – med fokus på omstilling
2. Avvikshåndtering – registrering og oppfølging av uønskede hendelser i avvikssystemet

2.2 Eksterne tilsyn og oppfølging 2. tertial

Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Avvik | Frist lukking | Kommentar |
|-----------------|---|----------------------|-------------------------------|--|-----------|---------------|------------------------------------|
| 15.06.11 | Arbeidstilsynet | OUS | | Befaring på Radiumhospitalet og Ullevål | 10 pålegg | | Lukking pågår frem til 01.11.2014. |
| 16.06.11 | Bydelsoverlegen i bydel Ullern | OSS | Drift og vedlikehold | Oppfølgende tilsyn med kjøletårn | | | Ikke mottatt rapport |
| Juni 2011 | Hafslund DLE (Det lokal eltilsyn) utføres av Infratek | Oslo Sykehus-service | Eiendom, Drift og vedlikehold | Verifisere tilstand på el-anleggene til OUS HF | - | - | Tilsynet pågår fortsatt. |

Tabell 3

Tidligere eksterne tilsyn som det fortsatt arbeides med

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Frist lukking | Kommentar |
|----------------------|---|---|---|--|---------------|--|
| 13.04.11 | Luftfartstilsynet | Oslo sykehus-service | Interne tjenester, Sikkerhetsseksjonen | Helikopterplassens utforming, bakke-, plass-, brann og rednings-tjeneste | 15.09.11 | 4 avvik, 2 avvik gjenstår. |
| 07.04.11 | Statens legemiddelverk | Medisinsk klinikk | Hjertemedisinsk forskningscenter | GCP-inspeksjon av studie med Eudract no.2008-004522-16 | 12.09.11 | Avvikene er lukket, kun en anmerkning gjenstår. |
| 02.03.11 | Arbeidstilsynet | Kvinne-/barn klinikken | Føde A/B Ullevål | Arbeidsbelastning ved fødeavdeling A og B, Ullevål | - | Oppfølgingsmøte planlagt til november/ desember 11 |
| 09.02.11 | Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS | Akutt klinikken | Prehospital senter | Internkontroll ved pasientreisekontor | 02.09.11 | 3 avvik som det jobbes med å lukke. |
| 08.02.11 | Statens legemiddelverk | Kl. diagn. og intervensjon | Blodbanken i Oslo | Blodbankens tilvirkning av blod og blodprodukter | 31.12.11 | 5 avvik gjenstår lukket. |
| Des. 2010- jan. 2011 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | Sykehusnivå, Klinikk kir og nevrofag, Medisinsk kl., Klinikk for psykisk helse og avheng. | Gastromed. Nevrologisk/ nevrokir. Voksen lokal-funksjon akutt | Tilsyn i omstillingsprosessen | - | Avventer tilbakemelding. |
| Des. 2010 | Riksrevisjonen | Medisinsk kl., Spes.med. /kir., Kl. kir og nevrofag, Kl. diagn. og intervensjon | Gastromed., Gastrolab., Ortopedi, Radiologi | Forvaltningsrevisjon – fritt sykehusvalg | - | Ikke mottatt rapport. |

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Frist lukking | Kommentar |
|---------------------|--------------------------------|--|--|--|--|---|
| 30.11.10 | Riksrevisjonen | Klinikk kir og nevrofag, Medisinsk klinikk | SSE Fysikalsk med. Geriatrisk avd. | Forvaltningsrevisjon – rehabilitering i helsetjenesten | - | Siste oversendelse av data 14.04.11. Ikke mottatt rapport. |
| 18.11.10 | Asker/ Bærum brannvesen | Klinikk kir. og nevrofag | SSE | Branntilsyn | 31.08.11 | Ikke fått tilbakemelding. |
| 12.10.- 22.11.10 | Statens strålevern | Sykehusnivå, Kl. kreft og kir., Kvinne-/barn, Kl. spes. med. og kir. | Stråleterapiavd. Nyfødt/barsel/ gyn. Hudavd. | Stråleterapi, lysbehandling, laser | Siste frist for lukking av siste avvik 31.12.11 | Arbeid pågår. |
| 22.06.10 | Mattilsynet | Oslo sykehus-service | Hovedkjøkken Rikshospitalet | Revisjon av internkontrollsystem (IK-Mat) | 01.05.11 | Utarbeidelse av HACCP. Stort arbeid som avsluttes uke 33/2011. Ikke mottatt melding om at dette er ferdig. |
| 17.02.10 | Statens legemiddelverk | Klinikk diagnostikk/ intervensjon | Ex vivo cellelab. | Tilvirkning humane celler og vev | 04.03.11 | Avventer tilbakemelding. |
| 02.12.09 | Brann- og redningsetaten, Oslo | Oslo sykehus-service | Høyblokken på Radiumhospitalet | Branntekniske/ organisatoriske forhold | 31.12.12 | <i>Sak avsluttet – lukking gjenstår</i> Handlingsplan med brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2012. |
| Høst 2009 | Brann- og redningsetaten, Oslo | Oslo sykehus-service | Søsterhjemmet, Ullevål, bygg 2 | Brannteknisk oppgradering | Prosjektplan 31.12.13 | <i>Pågående sak – lukking gjenstår</i> Handlingsplan med brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2013. |

Tabell 4

Tidligere tilsyn som er avsluttet i 2. tertial

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Kommentar |
|------------------|---|--|--|--|-------------------------|
| 06.- 21.09.10 | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap | Sykehusnivå, Akuttklinikken, Kl. kir. og nevrofag, Oslo sykehusservice | Diverse avd. Med.tek. avd. Elektro | Internkontroll HMS, mål, risikovurdering, opplæring, melderutiner, vedlikehold | Avsluttet 11.07.2011 |

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Kommentar |
|-----------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 20.01.11 | Arbeidstilsynet | Klinikk for psykisk helse og avheng | Regional sikkerhetsavdeling. Dikemark | Oppfølging etter to alvorlige hendelser | Avsluttet og avvik lukket pr. 12.05.11 |
| 05.11.10 | Nedre Romerike brannvesen | Akuttklinikken | Prehospitalitet Lørenskog | Branntilsyn | Avviket er lukket mai 2011 |
| 9.-10.03.11 | Statens legemiddelverk | Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologisk avdeling | GCP-inspeksjon med Eudract nr 2008-008604-40 | Avvikene er lukket og avsluttet 19.05.11. |

Tabell 5

Tilsyn meldt i 2. tertial for gjennomføring i 3. tertial

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema |
|-----------------|---|---------|------------------------|---|
| 21.-23. sept.11 | Statens legemiddelverk | KVB | Barnemed. Avdeling | GCP-inseksjon ”bronchiolitis, optimal.” |
| 28.09.11 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | KKN | Ortopedisk avdeling | Landsomfattende stikkprøvetilsyn beh. av pas. med hoftebrudd |
| 10.-18. okt.11 | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap | AKU | Ulike | HMS, bruk og vedlikehold. Elektro |
| | | MED | Gastro + kar | HMS, bruk og vedlikehold. Elektro |
| | | KVB | Nyfødt int + Barnemed. | HMS, bruk og vedlikehold. Elektro |
| | | OSS | MTV + Elektro | HMS, bruk og vedlikehold. Elektro |
| 10.-12. okt.11 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | MED | Geriatrici | Landsomfattende tilsyn behandling av pasienter med hjerneslag |
| | | KKN | Nevrologi | Landsomfattende tilsyn behandling av pasienter med hjerneslag |

Tabell 6

2.3 Juridiske forhold

2.3.1 [Rettsaker](#)

Saker for domstolsapparatet: totalt 4

- 3 arbeidsrettssaker
- 1 saker i kontraktsforhold:
 - heving og krav om erstatning

Kommentar:

I samtlige arbeidsrettssaker er sykehuset stevnet. Prosess for domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon i rollen som arbeidsgiver. En av sakene gjelder tolkningsspørsmål av arbeidsavtalen, den andre gjelder rettmessigheten av endringsoppsigelse for grovt pliktbrudd i tjenesten (og har også en side mot pasientrettet virksomhet) og den siste reiser prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatte.

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

Saker med risiko for rettslig prosess

- saker som gjelder kontraktsforhold:
 - opphør av kontraktsforhold
 - diskusjon av mangel og utbedring i kontraktsforhold

Kommentar:

Kontraktsrettssakene kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon og risiko. Den ene saken vurderes også å ha et omdømmeperspektiv i seg.

2.3.2 [Klagesaker KOFA](#)

Saker for klageorganet for offentlige anskaffelser:

Foretaket er innklaget sammen med 14 andre helseforetak til Klagenemnda for offentlige anskaffelser for å ha foretatt ulovlige direkteanskaffelser av legevikarer. Saken koordineres og håndteres av Helse Sør-Øst RHF på vegne av samtlige helseforetak i Sør-Øst. Det er påstand om at det har skjedd ulovlige anskaffelser ved at foretaket har kjøpt legevikarer fra leverandører som ikke er med i nasjonal rammeavtale.

2.3.3 [Straffbare forhold](#)

Totalt 3 saker:

- 1 sak i forbindelse med uventet dødsfall. Er under etterforskning.

- 1 sak som er erkjent av foretaket, og foretaket har bedt om å bli forelagt bot. En påtalemessig beslutning er ventet om kort tid.
- 1 sak, privat straffesak anlagt mot foretaket. Påstand om pliktforsømmelse/grov uforstand i tjenesten av ansatte. Er avvist av retten, men anket.

Kommentar:

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

3 Pasientsikkerhet og avviksbehandling

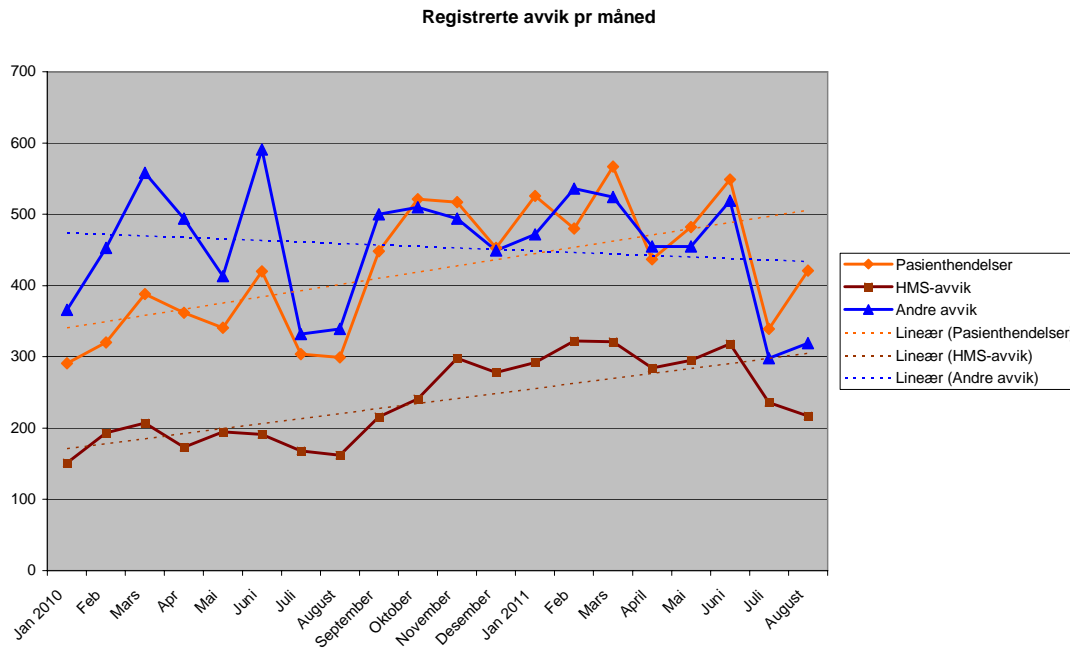
3.1 Avviksbehandling generelt

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

I 1. og 2. tertial 2011 har vi i media sett et kritisk lys på situasjonen i sykehus. I denne situasjonen kunne forvente en økende uvilje mot å bringe frem informasjon som kan øke kritikken. Når vi ser at registreringsfrekvensen holder seg opp og til og med øker litt er det et gledelig uttrykk for at åpenhetskulturen fremdeles er relativt god. Men Oslo universitetssykehus er klar over at omtale i media kan skade åpenhet, særlig hvis omtalen oppleves skjev og tendensiøs av helsepersonellet.

Den enkelte enhetsleder har ansvar for saksbehandling fra avviket oppstår til det er ferdig behandlet. Det omfatter å iverksette strakstiltak, identifisere årsaker og eventuelt iverksette forbedringstiltak som kan hindre at tilsvarende uønskede hendelser oppstår på nytt. Der lederen selv ikke har myndighet innenfor egne rammer til å løse forholdene kan problemet enkelt løftes til neste ledernivå. En tendens i avviksbehandlingen i linjen er redusert kvalitet på saksbehandlingsarbeidet hos linjeledere, spesielt nivå N4 og N5. Svikten består i restanser, manglende analyser og tiltak og at alvorlige saker lukkes, slik at de må reåpnes på høyere nivå. Et viktig fokus blir derfor å stille forventninger om at dette arbeidet må prioriteres og etterspørres av ledernivået over. Dette var av samme grunn særskilt tema under ledelsens gjennomgang 2.tertial. Enkelte klinikker, for eksempel klinikk for diagnostikk og intervensjon har økende grad av meldinger med potensiell skade. Dette er bra da det avdekker potensielt farlige risikoforhold. Læring på tvers i organisasjonen etterkommes blant annet gjennom kvalitetsrådgivernetverket hvor alle klinikker er representert.

”Pasienthendelser” og ”Andre typer avvik” behandles av klinikkenes kvalitetsutvalg etter at enhets-, seksjons- og avdelingslederens saksbehandling er slutført.



Figur 1. Registrerte avvik pr måned - utvikling

Det er som i 2010 en nedgang i registreringsaktiviteten i forbindelse med sommerferieavvikling.

Andre avvik har en noe fallende trend. Totalaktiviteten i avviksbehandlingen likevel stigende siden fusjonen.

3.2 Pasientrelaterte avvik

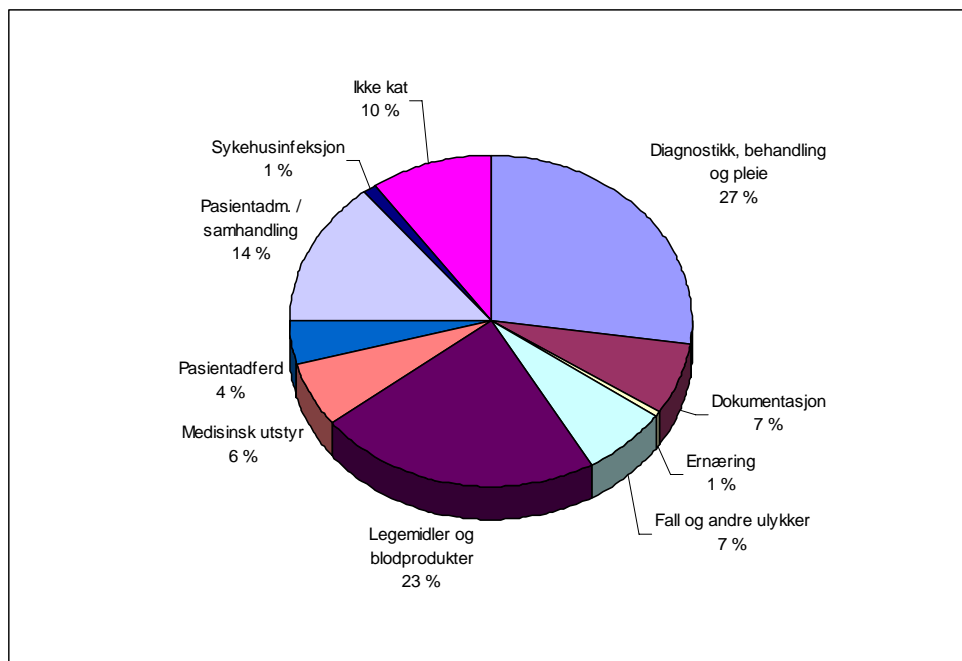
3.2.1 Generelt

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

Direktørens kvalitetsutvalg ble etablert i 1. tertial. Utvalget er bredt sammensatt faglig med brukere og eksternt kompetanse.

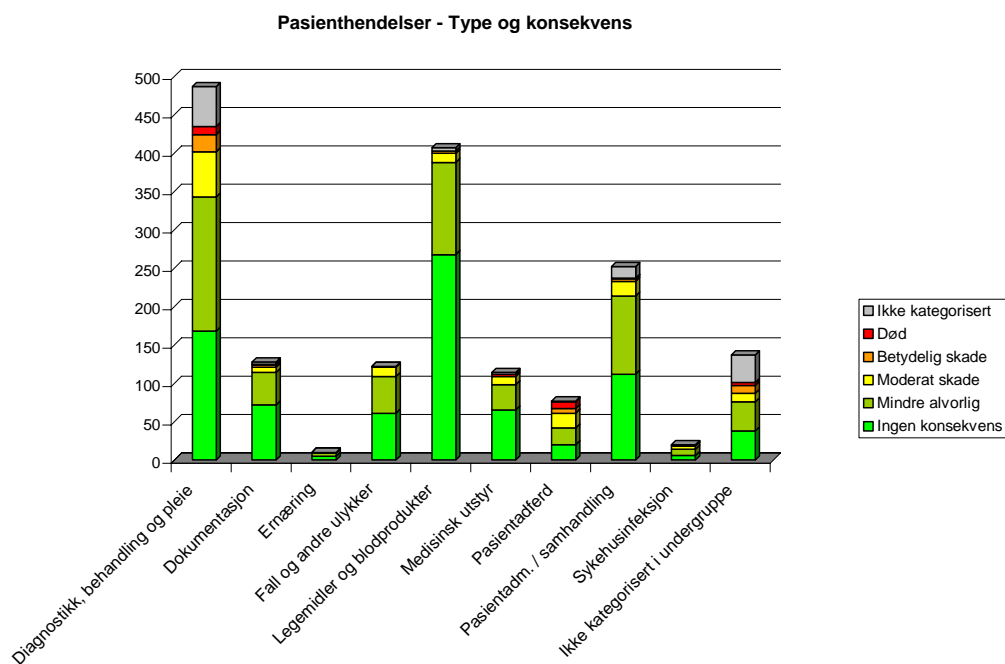
3.2.2 Pasientrelaterte hendelser

Diagrammet viser pasienthendelser 2. tertial, fordeling på type.



Figur 2

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



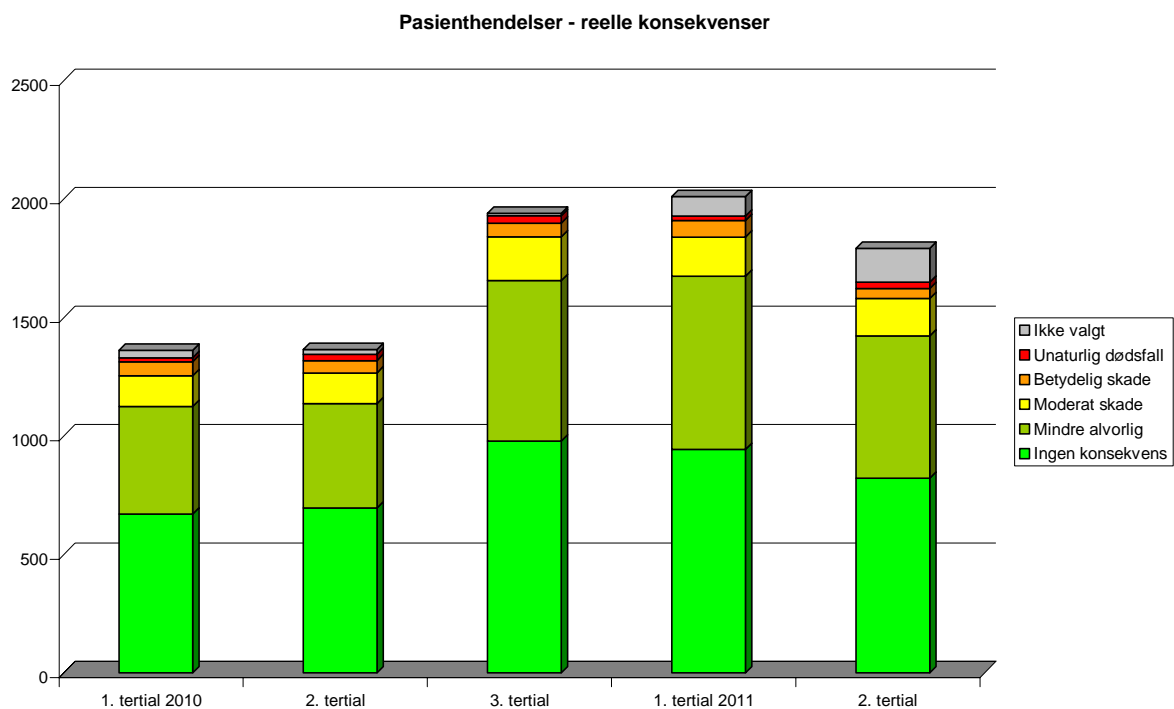
Figur 3

Fordelingen av registreringene tilsvarer tidligere erfaringer internt og internasjonale trender.

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

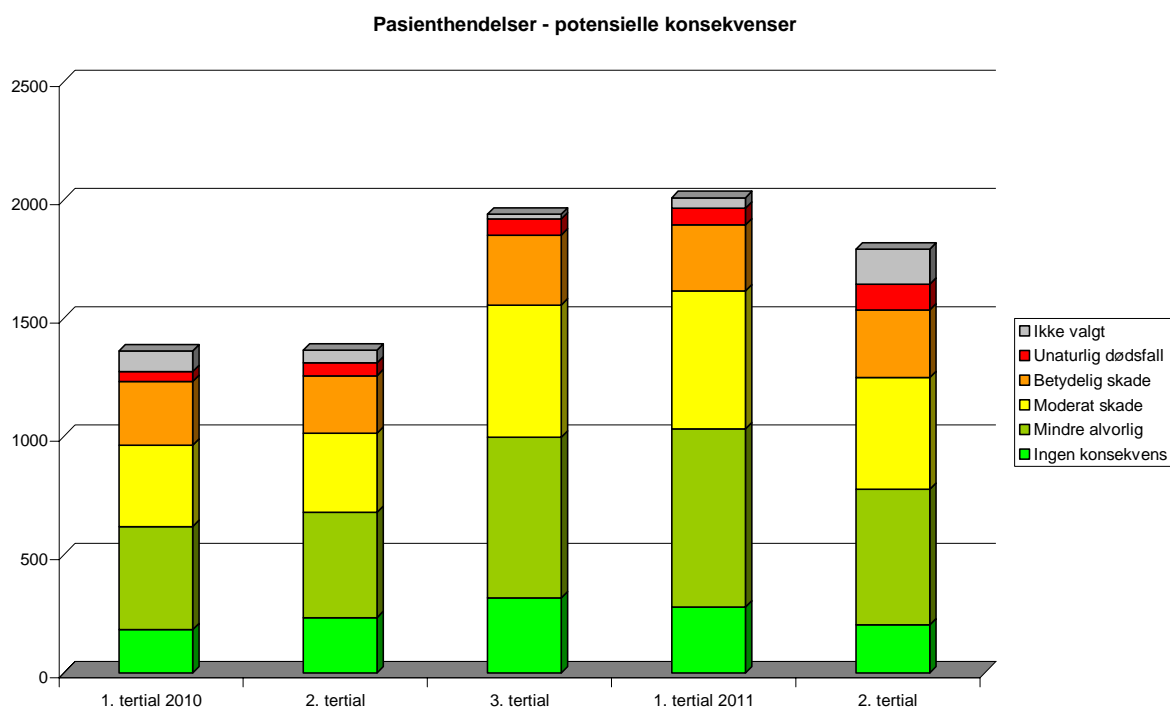
3.2.3 Konsekvenser

Andelen av alle avvik som er kategorisert med ingen reell konsekvens ligger stabilt fra 1. tertial (47 %). Dette er en indikator på i hvilken grad sykehuset dokumenterer nesten uhell og farlige forhold, noe som igjen understøtter at antallet registrerte avviksmeldinger ikke er proporsjonalt med risikonivå for uønskede hendelser. All registrering av nesten uhell og farlige forhold saksbehandles og vurderes i forhold til risikoreducerende tiltak slik at senere uhell med faktisk konsekvens kan forhindres. Diagrammet under viser utviklingen i reelle konsekvenser for registrerte pasienthendelser i dette og foregående tertialer.



Figur 4

Tilsvarende diagram for potensiell konsekvens, den konsekvens en hendelse vurderes å kunne fått. Kategoriseringene ligger som forventet høyere enn reell konsekvens og hjelper lederne med på å identifisere risiko / høyt skadepotensial med behov for forbedringstiltak.



Figur 5

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

3.2.4 [Død / betydelig skade](#)

69 pasienthendelser (3,9 %) er kategorisert som betydelig skade eller død (87 / 4,3 % i første tertial 2011). Dette er ikke ensbetydende med at svikt i pasientbehandling har medført død for disse pasientene da en stor andel av hendelsene blir videre vurdert som kjente/påregnelige komplikasjoner. At disse sakene likevel registreres i avvikssystemet gjøres for så langt som mulig å forbedre pasientbehandlingen.

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

3.2.5 [Diagnostikk, behandling og pleie](#)

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

| | Total | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Døds fall | Ikke valgt |
|-----------------------------------|-------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------|------------|
| Behandling ikke gitt | 11 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Feil / mangelfull behandling | 94 | 43 | 35 | 10 | 2 | 2 | 2 |
| Feil diagnose | 13 | 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Forsinket behandling | 80 | 25 | 34 | 15 | 1 | 1 | 4 |
| Kirurgi, anestesi og intervensjon | 44 | 9 | 12 | 10 | 8 | 2 | 3 |
| Oppfølging / overvåkning / tilsyn | 93 | 32 | 44 | 11 | 1 | 2 | 3 |
| Pleie / opptrening | 9 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tvangsbruk | 6 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Ikke kategorisert i undergruppe | 137 | 38 | 38 | 11 | 10 | 4 | 36 |

Tabell 7

3.2.6 [Legemidler og blodprodukter](#)

Tilsvaret 23 % av registrerte pasientrelaterte avvik. De mest alvorlige hendelsene dette tertial har dreiet seg om mistenkte bivirkninger som behandles med bistand fra Regionalt legemiddelinformasjonscenter (RELIS), SLV.

3.2.7 [Pasientadministrasjon/samhandling](#)

Tilsvaret 14 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

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

Konsernrevisjonen i HSØ RHF har avdekket mangler ved de pasientadministrative systemer og rutiner i flere helseforetak i regionen. Også i Oslo Universitetssykehus er det registrert alvorlige pasientadministrative avvik og forhold. På dette området er det svært viktig å ha en god registreringskultur. Sakene er ofte komplekse og forutsetter at IKT-tjenestene er sentralt med i analyse og forbedringstiltak. Oslo universitetssykehus har bidratt til at pasientrisiko knyttet til helse-IKT har blitt tema i nasjonal pasientsikkerhetsfaglig sammenheng.

3.2.8 [Fall og andre ulykker](#)

Tilsvaret 7 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

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

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

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

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

3.2.9 [Dokumentasjon](#)

Tilsvaret 7 % av registrerte pasientrelaterte avvik. Dokumentasjon på sykehus i dag gjøres primært i stadig mer avanserte og kompliserte IT-systemer. Mangelfull tilgang til dokumentasjon på tvers av lokalisasjoner og systemer er beskrevet og akseptert som høyrisiko i forbindelse med integrasjonen, og kommer i tillegg til den ordinære risiko for svikt i IKT-systemer. Flere potensielt alvorlige avvik er til behandling hos IKT-avdelingen og Sykehuspartner.

De alvorligste rapporterte hendelsene dette tertial omfatter et manglende journalnotat og henvisning for en pasient som skulle til kreftpoliklinikk. En annen pasient fikk forsinket oppfølging for rygg smerter fordi dette ikke var godt nok dokumentert etter visitt. En tredje pasient ble midlertidig feilinformert om alvorlig sykdom basert på muntlig overleverte opplysninger.

3.2.10 [Medisinsk utstyr](#)

Tilsvaret 6 % av registrerte pasientrelaterte avvik. Som beskrevet i sykehuset risikovurdering medfører gammelt og til dels mangelfullt medisinsk utstyr en økt risiko i pasientbehandlingen. Selv i nytt utstyr kan det oppstå feil. Stadig mer avansert utstyr krever også i økende grad utvidet tid til opplæring, trening og sertifisering.

Alvorlig hendelse dette tertial omfatter en mulig svikt i en insulinpumpe. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap er varslet og saken utredes videre av avdelingen i samarbeid med medisinsk teknologisk avdeling.

3.2.11 Pasientadferd

Tilsvaret 4 % av registrerte pasientrelaterte avvik. Alvorlige hendelser i kategorien dreier seg hovedsakelig om suicid og selvskading som rapporteres for å identifisere eventuelle forbedringsmuligheter. Små endringer i omfang.

3.2.12 Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner registrert i avvikssystemet tilsvaret litt over 1 % av registrerte pasientrelaterte avvik. Dette er en kjent underregistrering som det er initiert tiltak for å øke, men som en forventer vil ta noe tid å korrigere. Hovedregistreringen av sykehusinfeksjoner er derfor de periodiske prevalensundersøkelsene.

I andre tertial ble prevalensregistrering av sykehusinfeksjoner gjennomført på Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker 25. mai og på Ullevål 1. juni.

Prevalensrate for sykehusinfeksjoner rapportert til Nasjonalt folkehelseinstitutt

Den samlede prevalensraten for Oslo universitetssykehus for de infeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 4,8 %. Samlet er dette en reduksjon fra registreringene i første tertial, som viste en prevalensrate på 6,3 %, men reduksjonen er ikke statistisk signifikant. Fordelt på de enkelte lokalisasjonene var prevalensraten 3,1 % (5/159) på Aker, 2,6 % (15/574) på Rikshospitalet/Radiumhospitalet og 6,5 % (56/860) på Ullevål. Ved prevalensregistrering er det ikke uvanlig med relativt store svingninger, så det er vanskelig å legge vekt på endringer fra ett tertial til et annet.

Prevalensraten samlet for Oslo universitetssykehus for de 4 infeksjonene som rapporteres nasjonalt er vist i Tabell 8:

Sykehusinfeksjoner ved Oslo universitetssykehus som blir meldt til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) andre tertial 2011

| | |
|-------------------------------|-------|
| Antall inneliggende pasienter | 1593 |
| Antall opererte pasienter | 430 |
| Urinveisinfeksjon | 16 |
| Infeksjon i operasjonsområde | 27 |
| Nedre luftveisinfeksjon | 21 |
| Blodbaneinfeksjon | 12 |
| Sum sykehusinfeksjoner (FHI) | 76 |
| Prevalensrate | 4,8 % |

Tabell 8

Prevalensrate, alle sykehusinfeksjoner

Det er ikke alle sykehusinfeksjoner som skal rapporteres til FHI. Når alle infeksjoner blir inkludert, er den gjennomsnittelige prevalensraten i første tertial 91/1593 5,7 %.

Andel pasienter med sykehusinfeksjon

Ved prevalensregistrering oppgis prevalensraten som antall infeksjoner i forhold til antall inneliggende heldøgns pasienter. Dersom en pasient har mer enn 1 infeksjon, telles altså hver infeksjon for seg. Ved prevalensregistreringene i første tertial var det til sammen 4 pasienter (3 ved Ullevål og 1 ved Rikshospitalet) som hadde mer enn 1 infeksjon. Det betyr at *andelen pasienter* med sykehusinfeksjon var 4,5 % for nasjonalt rapporterte infeksjoner respektive 5,5 % for alle sykehusinfeksjoner.

Klinikkvise tall

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

Fremtidig prevalensregistrering

Prevalensregistrering har hittil vært gjort kvartalsvis ved Aker og Rikshospitalet/Radiumhospitalet, mens den har vært gjort 3 ganger per år ved Ullevål. Nasjonalt er det lagt opp til kvartalsvis registrering. Det har vist seg praktisk vanskelig å endre på dette i inneværende år. Fra 2012 er planen at registrering blir foretatt på samme dato ved alle 3 lokalisasjonene og med en mer samordnet metodikk enn hittil.

3.3 Pasientsikkerhetskampanjen

Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i det regionale kampanjearbeidet. En arbeidsgruppe har sikret at en del av kampanjens tiltak og virkemidler er vurdert og iverksatt. Likevel har kampanjeimplementering blitt avveiet mot andre høyt prioriterte oppgaver i forbindelse med fusjon, virksomhetsoverføring til andre helseforetak og den økonomiske situasjon.

Baseline for journalgjennomgang med ”Global Trigger Tool” (GTT) registrerte hendelser i 2010 ble ferdigstilt og levert innen frist 25. august. Det videre arbeide med journalgjennomganger for 2011 vil bli påstartet i 3. tertial. En foreløpig evaluering er at antallet gjennomgatte journaler (10 hver 14. dag) er for lite for et sykehus av Oslo universitetssykehus størrelse fordi representativiteten vil variere stokastisk og når tall forstørres opp til total aktivitet vil feilene kunne bli store.

Sjekkliste og metodikk for ”Trygg kirurgi” er gjennomført i viktige deler av den operative virksomheten og man er nå nær en aksept i alle miljøer for at dette skal innføres i all operativ virksomhet.

Oslo universitetssykehus ved klinikk for psykisk helse og avhengighet leder kampanjens nasjonale referansegruppe på området selvmordsforebygging og reduksjon i bruk av tvang.

Oslo universitetssykehus deltar i kampanjens referansegruppe på reduksjon av postoperative infeksjoner.

3.4 PasOpp 2011

Etter en diskusjon med Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenestene om rammene for årets pasientundersøkelse vedtok sykehusledelsen å avstå fra deltakelse i årets undersøkelse. Det skulle rapporteres med gammel sykehus struktur noe sykehuset ikke kunne etterkomme. Etter at Helsedepartementet aksepterte Oslo universitetssykehus rammeforutsetninger og påla regionen og sykehuset å gjennomføre undersøkelsen, ble dette gjort i mai/juni i samarbeid med Kunnskapssenteret.

Rapport avventes.

4 Klagesaker

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

| Klagesaker registrert | 3T/2010 | 1T/2011 | 2T/2011 |
|-------------------------|---------|---------|---------|
| Fra Helsetilsynet | 44 | 63 | 65 |
| Fra pasient / pårørende | 103 | 85 | 69 |
| Fra Pasientombud | 14 | 18 | 17 |

Tabell 9. Registrerte klagesaker etter 2 tertial 2011. Kilde avvikssystemet.

Pasientklager fra pasient/pårørende er lavere 2.tertial men ikke statistisk signifikant. En viss usikkerhet kan også knyttes til registrering av henvendelser som ankommer avdelinger direkte.

Sykehuset tilstreber en profesjonell og korrekt håndtering i besvarelsen av alle klager. Pasientopphold kan inkludere opphold i flere avdelinger og klinikker. Sykdomsbilder er ofte komplekse. Saksbehandling av enkeltklager kan derfor ta tid og medfører mye arbeide med innsamling av informasjon og uttalelser fra involverte avdelinger/medarbeidere. Da sykehuset anser at klager kan være en viktig kilde til læring og forbedring blir avvikssystemet benyttet som oppfølgingssystem i det praktiske arbeidet.

5 Vedtak – Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Avsluttede erstatning saker andre tertial i Norsk pasientskadeerstatning for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus.

| Medisinsk område | Medhold | Avslag | Sum |
|-----------------------------------|---------|--------|-----|
| Uavklart | 6 | 22 | 28 |
| Anestesiologi | 2 | 1 | 3 |
| Blodsykdommer | | | 0 |
| Fordøyelsesykdommer | 1 | 1 | 2 |
| Føde | | 4 | 4 |
| Fødselshjelp og kvinnesykdommer | 1 | 4 | 5 |
| Gastroenterologisk kirurgi | 2 | 3 | 5 |
| Hjertesykdommer | | 5 | 5 |
| Hudsykdommer | | 2 | 2 |
| Infeksjonssykdommer og venerologi | 1 | 2 | 3 |
| Karsykdommer | 1 | 2 | 3 |
| Lungesykdommer | | 2 | 2 |
| Nevrokirurgi | 2 | 2 | 4 |
| Nevrologi | 1 | 3 | 4 |
| Nyfødtmedisin | | 2 | 2 |
| Nyresykdommer | 2 | 1 | 3 |
| Ortopedisk | 2 | 6 | 8 |

| Medisinsk område | Medhold | Avslag | Sum |
|--|-----------|------------|------------|
| Ortopedisk kirurgi | 8 | 13 | 21 |
| Plastikkirurgi og kosmetisk behandling | 1 | | 1 |
| Psykiatri / psykologi | 1 | | 1 |
| Revmatologi | | 1 | 1 |
| Svulster og kreftsykdommer | 6 | 21 | 27 |
| Thoraxkirurgi | 1 | 2 | 3 |
| Transplantasjon | | 2 | 2 |
| Urologi | 2 | 1 | 3 |
| Øyesykdommer | | 3 | 3 |
| Totalt | 40 | 105 | 145 |

Tabell 10. NPE vedtak 2 tertial 2011. Kilde: NPE

Avsluttede NPE saker - utvikling

| År | Totalt antall | Avslag | Medhold | Medhold % |
|------------------------|---------------|--------|---------|-----------|
| Hele 2009 | 392 | 271 | 121 | 31 % |
| Hele 2010 | 459 | 327 | 132 | 29 % |
| 1. tertial 2011 | 143 | 100 | 43 | 30 % |
| 2. tertial 2011 | 145 | 105 | 40 | 26 % |

Tabell 11. Utvikling NPE-vedtak. Kilde NPE

Det registreres en svak nedgang i medholdprosent for andre tertial.

Vedtak 2. tertial 2011

| | Medhold | Avslag |
|---|-----------|------------|
| Oslo universitetssykehus HF, Aker | 9 | 9 |
| Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet | 2 | 17 |
| Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet | 7 | 30 |
| Oslo universitetssykehus HF, Ullevål | 22 | 49 |
| Totalt | 40 | 105 |

Tabell 12. Vedtak pr lokalisasjon 2 tertial 2011. Kilde: NPE.

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

6 Kvalitetsforbedring med fokus på pasientforløpene

Erfaringer fra tidligere praksis og forskning samt rammer for fremtidig drift og pasientgrunnlag er grunnlaget for det forbedringsarbeidet som gjøres i 2011.

I tillegg til internt arbeid deltar Oslo universitetssykehus i eksterne samarbeidsforum, blant annet i regi av Helse Sør Øst.

De 4 prosjektene som deltar i Helse Sør Øst Behandlingslinjearbeid går etter plan og skal være ferdig høsten 2011.

- Alkoholisme
- Affektive lidelser
- Traumatiske hodeskader (TBI) ferdig i papirutgave
- Erhvervede hjerneskader hos barn

Prosjektene drives av klinikkene med støtte av sentral stab. Plan for ferdigstillelse er oktober 2011.

Sykehuset utarbeider i samarbeide med Diakonhjemmet felles behandlingslinje for ”Voldrisiko i et pasientforløp” gjelder for pasienter dømt til behandling. Oslo Kommune i samarbeid med Universitetet i Oslo har invitert inn Oslo universitetssykehus til å delta i utvikling av ”behandlingslinje for demente”.

Oslo universitetssykehus har tatt initiativ til et bredere samarbeid på tvers av foretak og region for å dele evidencebaserte behandlingslinjer. Dette vil antatt redusere arbeidsmengde og bidra til raskere at flere pasientforløp blir beskrevet fra hjem til hjem. Første møte er 12 september 2011.

Det tverrgående prosjektet, Akuttprosjektet, er i en forberedende fase hvor det sikres at tidligere rapporter og utredninger benyttes i det videre arbeidet. Dette er et klinikk-overgripende prosjekt med støtte fra sentral stab.

Det pågår mye forbedringsarbeider i regi av klinikkene;

Akuttklinikken fortsetter sitt arbeid med opplæring for å sikre kontinuerlig forbedringsarbeid intern i egen klinikk. Områder som det i dag arbeides med er: Smerte, Traume, Akutt abdomen og Alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI).

Medisinsk klinikk innfører LEAN som metode for kontinuerlig forbedring. Klinikken skal kartlegge prosesser på sengeposter og poliklinikk med henblikk på å forbedre intern logistikk og utnytte ressurser bedre. Klinikk skal videreutvikle forbedringskulturen i klinikken, satt dette i system for å bedre kunne prioritere og følge opp forbedringsarbeidet. Sammen med Klinikk for kirurgi og nevrofag, Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon skal dagens slagbehandling evalueres og en omforent ny plan for slagbehandling i Oslo universitetssykehus iverksettes.

Det skal også etableres en intern organisering av rehabiliteringsområdet.

Klinikk for kirurgi og nevrofag planlegger også å innføre LEAN som arbeidsmetode for forbedringer i 2011 for å kunne realisere gevinster innen behandlingslinjer og pasientforløp. Områder som skal arbeides med er: reduserte liggetider, reduserte ventelister, redusert overtid og bedre arbeidsmiljø. Klinikken skal prioritere områdene ortopedi og nevrologi. Det skal også utarbeides en ny plan for organisering av epilepsibehandlingen i sykehuset.

Kreftklinikken har laget en egen plan for forbedringsarbeidet. Valg av forløp, belyse flaskehals for egen klinikk og i samhandling med andre klinikker danner utgangspunktet for det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Det er identifisert klare forbedringsområder opp mot Klinikk for diagnostikk og intervensjon.

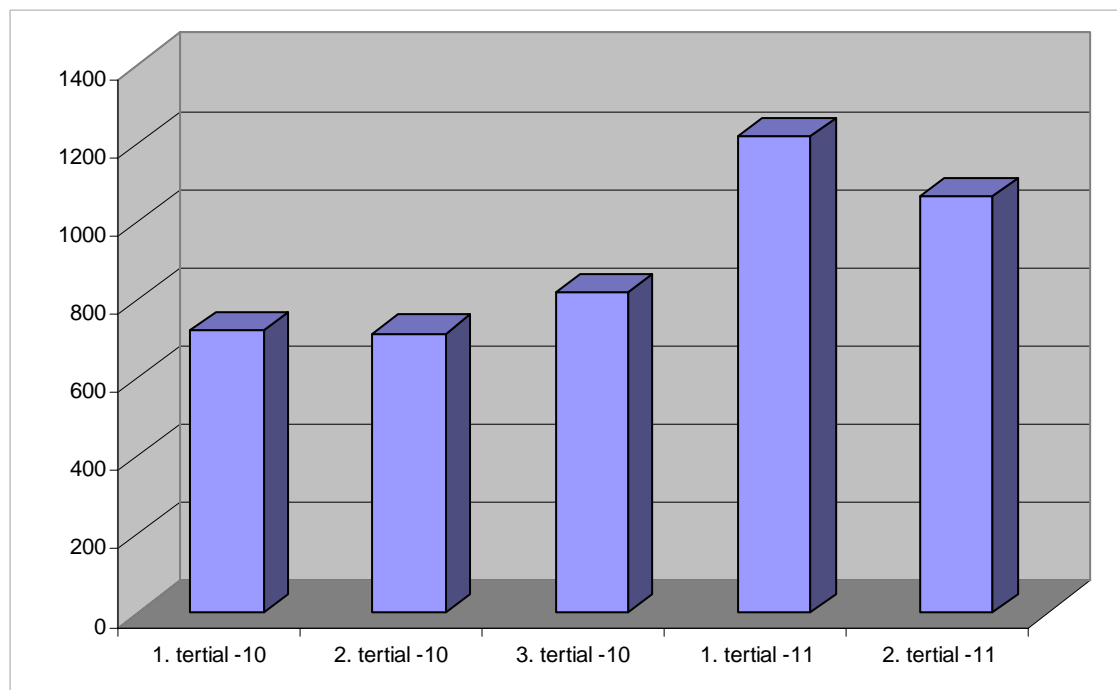
7 Ansatte relaterte avvik/ arbeidsmiljø

7.1 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik 2. tertial 2011

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

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

7.1.1 Registrerte HMS avvik

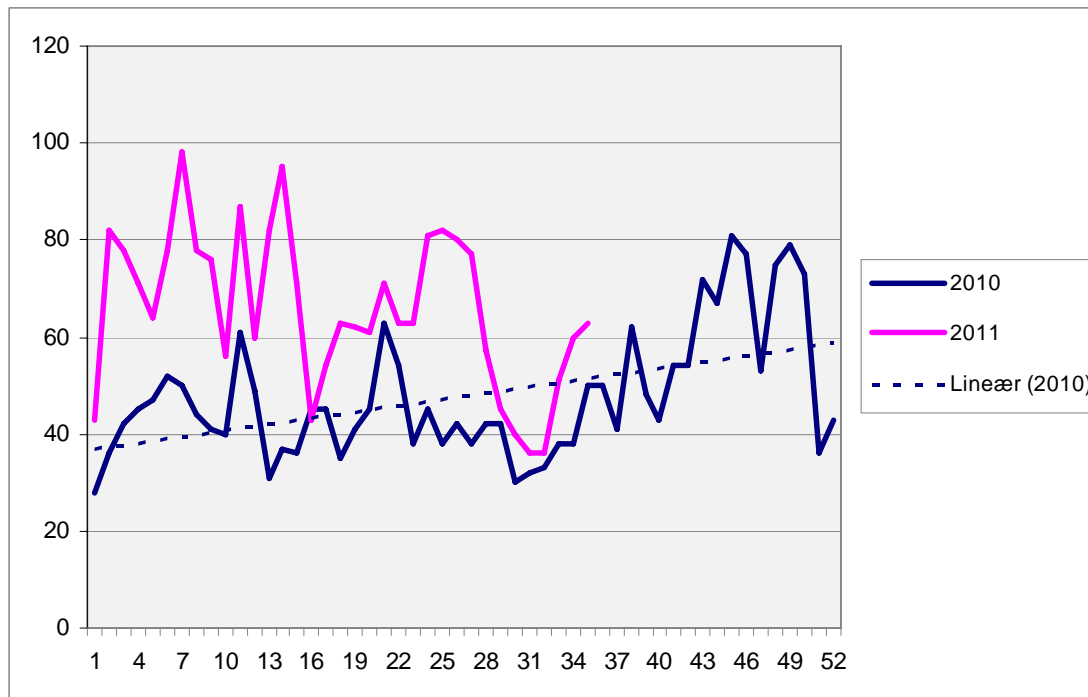


Skriftlig avviksbehandling er lovpålagt og skal sikre at de vesentlige farene settes på dagsorden hos ledelsen, for analyse og prioritering av forbedringstiltak. Ansatte og ledere registrerte totalt 1.067 HMS avvik i 2. tertial 2011 mot 716 i samme periode i 2010. Mesteparten av økningen kan nok tilskrives at det elektroniske avvikssystemet ble introdusert i januar 2010, og at det tok litt tid før man ble kjent med systemet og begynte å bruke det. Det ligger fortsatt et forbedringspotensial på melding av avvik. Informasjon fra organisasjonen

tyder på at avvikssystemet ikke er godt nok kjent og forankret på alle nivåer / alle enheter i Oslo universitetssykehus.

Sett fra Arbeidsmiljøavdelingens overvåkerrolle sees en forsiktig positiv utvikling i forhold til at ledere følger opp avvik med forbedringstiltak.

7.1.2 Meldefrekvens



Figur 6

Meldefrekvensen har i snitt steget gjennom hele 2010 mens den har stabilisert seg i løpet av 2011.

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

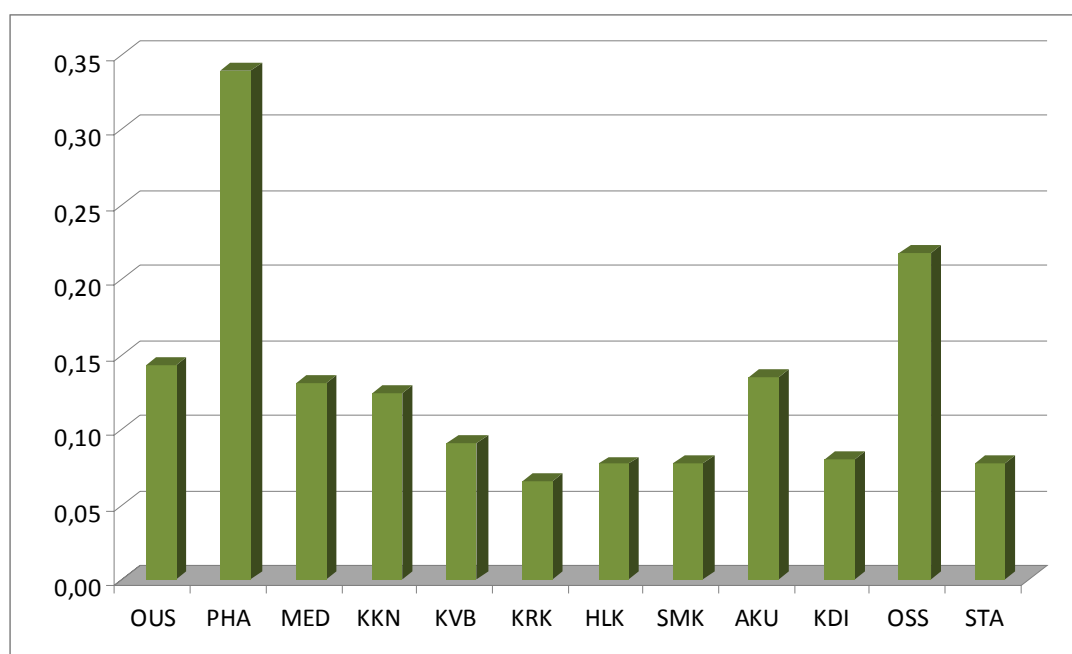
I likhet med 2010 gjelder dette særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret, men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr. For eksempel gjelder dette inneklimate forhold som lys/luft/ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare senger og utstyr m.m.

Enkelte ansatte og ledere lar også være å registrere HMS avvik fordi det oppleves ugrent eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse

med redesign og omorganisering med måltall om nedbemanning. Begrunnelser som oppgis er flere. Blant annet mulige ukjente negative konsekvenser for fortsatt eksistens av egen avdeling når det registreres avvik i omstillingstider. Mangelfull aksept og respekt for melding av avvik, herunder erfaring med at enkelte ledere lukker HMS avvik raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt. Muntlig tilbakemelding som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i OUS, eller andre former for sanksjoner overfor ansatte som registrerer avvik. Slike erfaringer kan bidra til å skape usikkerhet og vegring hos enkelte mot å registrere avvik, særlig i en tid der mulige konsekvenser kan innvirke på beslutninger om fortsatt ansettelse/ videre karriere-muligheter.

Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering av HMS avvik i Oslo universitetssykehus

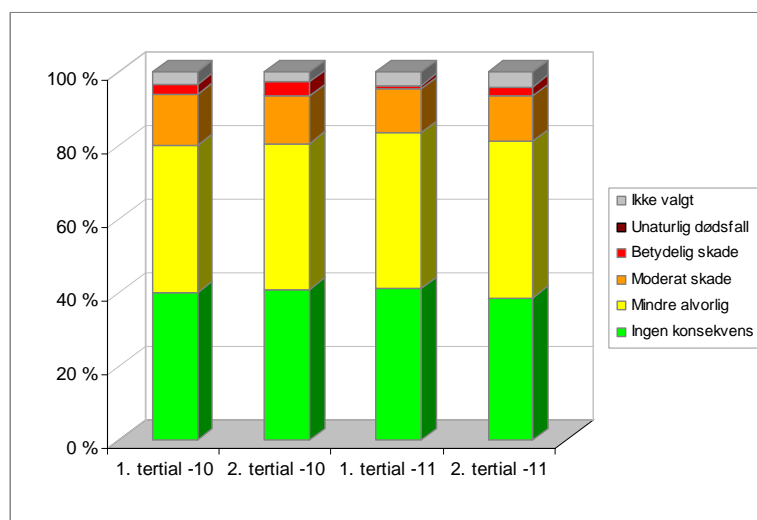
7.1.3 [Registrerte HMS avvik / årsverk](#)



Figur 7. Antall registrerte HMS avvik/årsverk i enheten. Kilde: Avviksystemet.

Figuren viser totalt antall registrerte HMS avvik pr. 2. tertial -2011 fordelt på årsverk i Oslo universitetssykehus og i klinikkene. Snittet for Oslo universitetssykehus er 0,14 / årsverk, mens klinikkene varierer mellom 0,34 (PHA) og 0,07 (KRK). Forskjellene representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjell i meldekultur.

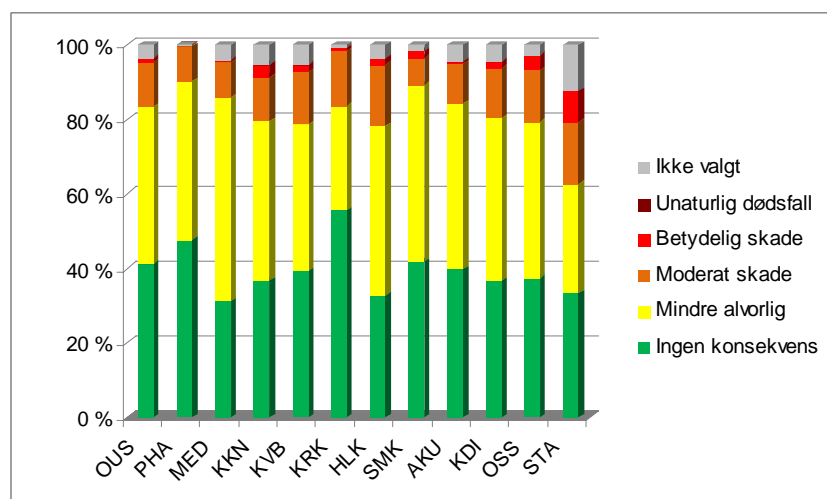
7.1.4 Konsekvenser



Figur 8. Vurdering av konsekvens av HMS-hendelser. Kilde: Avviksystemet

Når et avvik registreres skal den som registrerer avviket gi en skjønnsmessig vurdering av faktisk konsekvens av hendelsen. Leder kvalitetssikrer melderens risikovurdering, og endrer ved behov.

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

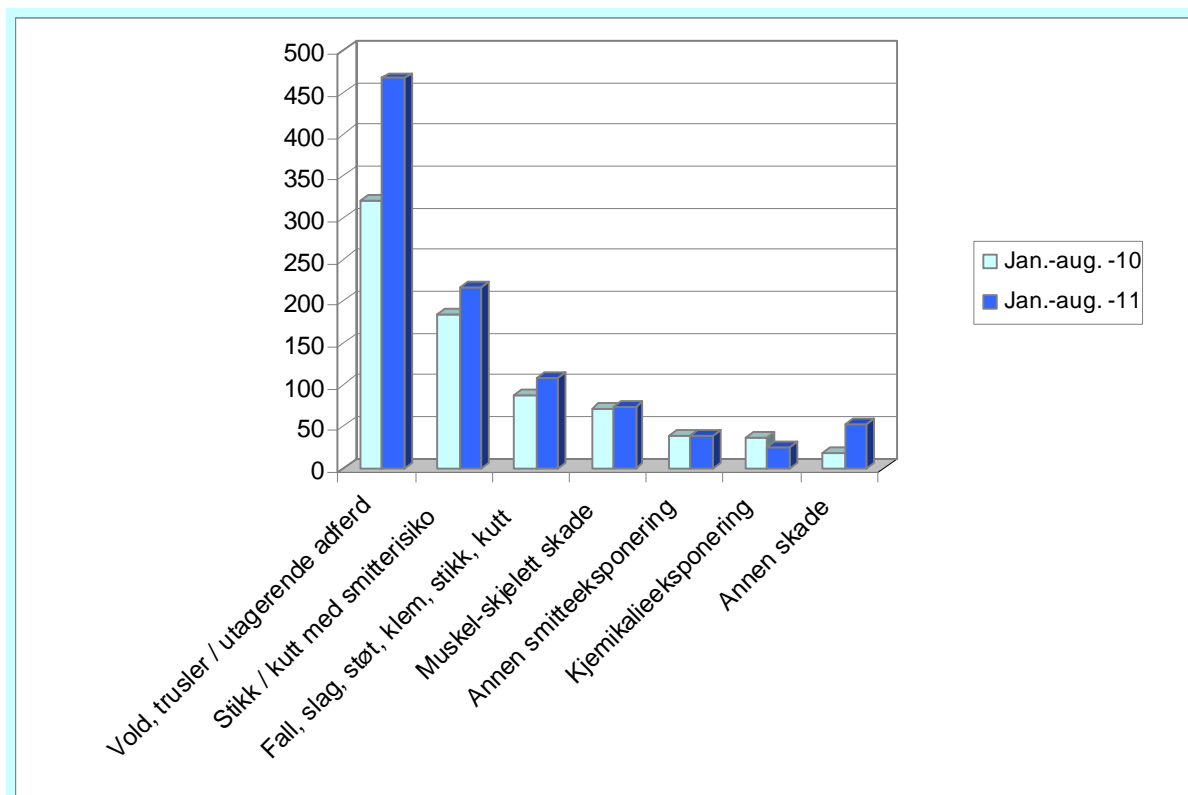


Figur 9. Konsekvensvurdering HMS avvik pr klinikk.

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

7.2 De hyppigst meldte HMS avvikene

7.2.1 Skade på ansatt



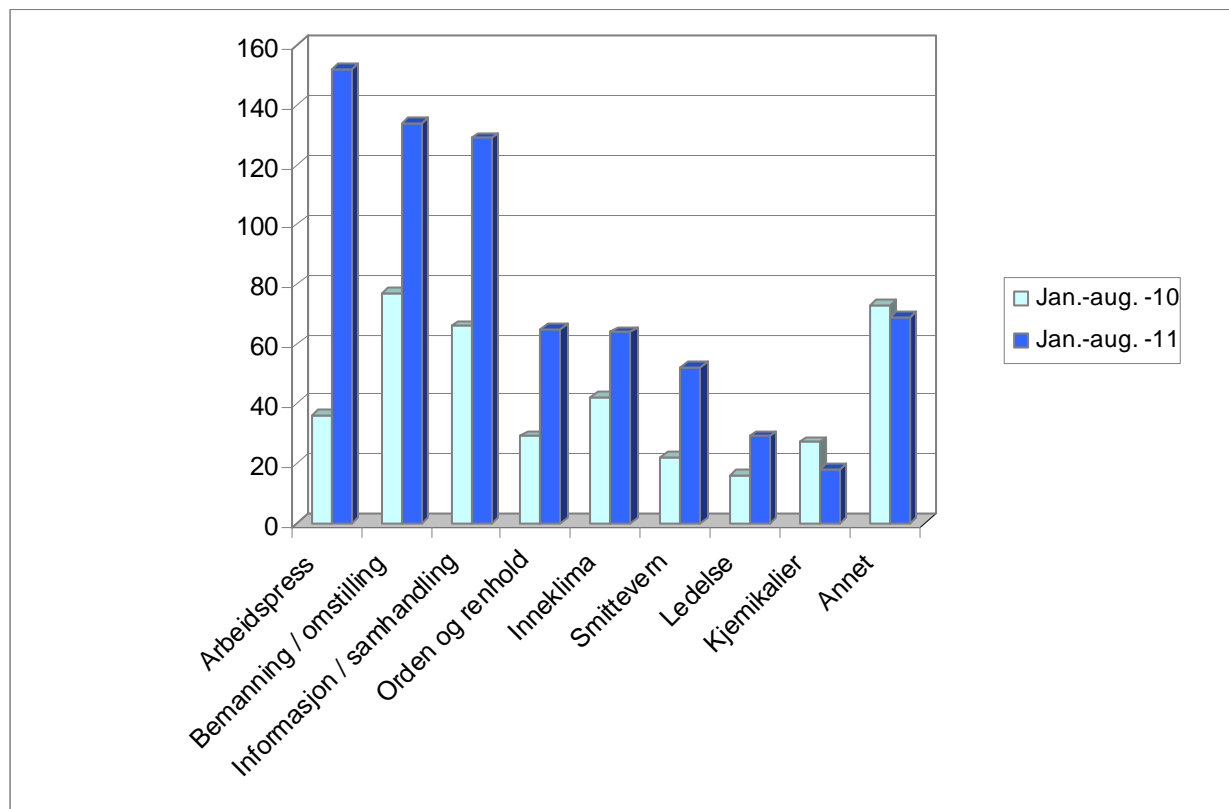
Figur 10. Kategorisering av HMS-avvik innen hovedgruppen Skader på ansatte.

Totalt ble det registrert 978 avvik i hovedgruppen ”Skader på ansatte” i 1 og 2. tertial -11 mot 755 i tilsvarende periode i -10.

Den største gruppen var ”Vold, trusler/ utagerende adferd” med 467 avvik. Antallet reflekterer fortsatt et betydelig antall hendelser der ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold, trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter i psykiatrien (PHA), noe som har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

Den nest største avviksgruppen var ”Stikk/kutt med smitterisiko” hvor det ble meldt inn 216 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, samt høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

7.2.2 Arbeidsmiljø



Figur 11. Kategorisering av HMS avvik innen arbeidsmiljø.

Totalt ble det registrert 643 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø” i perioden 1. og 2. tertial - 2011. Det er en betydelig økning fra samme periode i 2010.

”Arbeidspress” er den største avviksgruppen med 152 avvik. Eksempler på titler er: Stor arbeidsmengde, ikke tid til å ivareta personlige behov, overbelegg, mange dårlige pasienter, uklar arbeidsfordeling, feilhandlinger pga. stress, merbelastning pga. feil i administrative systemer, under minimumsbemanning.

Nest største avviksgruppe er ”Bemanning / omstilling” med 134 avvik. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver. Eksempler på titler er: Mangelfull bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, for lite legerressurser, for lite sykepleierressurser, mangler pasientkoordinator/portør.

Tredjestørste avviksgruppe er ”Informasjon / samhandling” med 129 avvik. Eksempler på titler er: Manglende koordinering, manglende informasjon, kommunikasjonssvikt, brudd på rutiner.

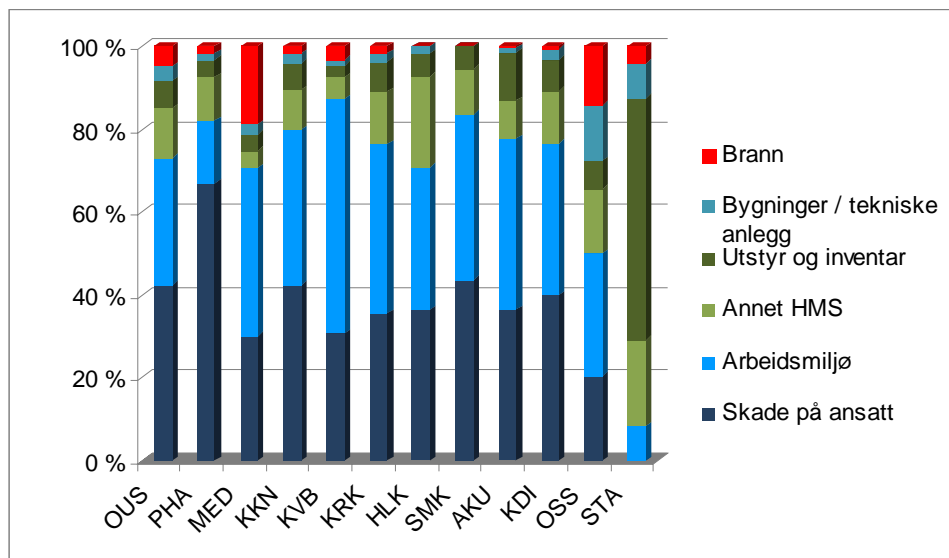
7.3 Klinikkvis meldeprofil

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

| | Totalt | Skade på ansatt | Arbeidsmiljø | Annet HMS | Utstyr og inventar | Bygninger/ tekniske anlegg | Brann |
|------------|-------------|-----------------|--------------|------------|--------------------|----------------------------|------------|
| OUS | 2283 | 967 | 702 | 276 | 150 | 81 | 107 |
| PHA | 698 | 467 | 106 | 73 | 29 | 11 | 12 |
| MED | 170 | 51 | 69 | 7 | 7 | 4 | 32 |
| KKN | 239 | 101 | 90 | 23 | 15 | 6 | 4 |
| KVB | 150 | 46 | 85 | 8 | 4 | 2 | 5 |
| KRK | 110 | 39 | 45 | 14 | 8 | 2 | 2 |
| HLK | 55 | 20 | 19 | 12 | 3 | 1 | 0 |
| SMK | 55 | 24 | 22 | 6 | 3 | 0 | 0 |
| AKU | 272 | 99 | 112 | 25 | 32 | 3 | 1 |
| KDI | 158 | 63 | 58 | 20 | 12 | 4 | 1 |
| OSS | 352 | 72 | 104 | 55 | 24 | 47 | 50 |
| STA | 24 | 0 | 2 | 5 | 14 | 2 | 1 |

Tabell 13. HMS avvikstype pr klinikk.

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



Figur 12. HMS avvikstype pr klinikk.

Figuren avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer i klinikkene. For eksempel:

- Belemring av rømningsveier utgjør de fleste “brann”-avvikene i MED og OSS.
- Trusler og vold er den desidert største avviksgruppen under “skade på ansatt” i PHA.
- Arbeidspress er store avviksgrupper i KVB, AKU og KKN under ”arbeidsmiljø”.
- Bemanning/omstilling er store avviksgrupper i AKU, KVB og MED under ”arbeidsmiljø”.
- Frustrasjon over manglende fungering av IT-systemer (Utstyr og inventar) er den største avviksgruppen i STA, mens “skade på ansatt” her er lite aktuelt.

7.4 Alvorlige enkeltavvik

Nedenfor er alle HMS avvik registrert i 1. og 2. tertial 2011 med reell konsekvens ”Betydelig skade” listet opp:

| Avviks-nummer | Beskrivelse | Avviksgruppe |
|---------------|--|--|
| HMS 11-0013 | Ryggbelastning ved forflytning | Ergonomi |
| HMS 11-0018 | Avstengningsventiler til kjøletårn frosset fast | Skade på bygning, inkl. tekniske anlegg |
| HMS 11-0043 | Manglende videreformidling av mulig smitte av H1N1 | Smittevern |
| HMS 11-0046 | Ubalanse oppgaver / ressurser | Bemanning / omstilling |
| HMS 11-0247 | Endring av turnus | Annet HMS |
| HMS 11-0205 | Fare for skade på ansatte – hull i veien | Manglende vedlikehold av uteområde |
| HMS 11-0388 | Falt på glatt is | Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt |
| HMS 11-0424 | En sykepleier på travel vakt | Bemanning / omstilling |
| HMS 11-0440 | Fall med ankelbrudd | Muskel / skjelettskade |
| HMS 11-0908 | Blod gjennom operasjonsfrakk | Utstyr og inventar |
| HMS 11-1139 | Feil håndtering av smitteavfall | Smittevern |
| HMS 11-1226 | Forstyrrelser i utførelse av arbeidsoppgaver | Ledelse |
| HMS 11-1241 | Målrettet slag mot v. øye | Vold, trusler / utagerende adferd |
| HMS11-1299 | Dårlig inneklima | Manglende vedlikehold av bygning inkl. tekniske anlegg |
| HMS11-1300 | Mugg og lukt | Skade på bygning, inkl. tekniske anlegg |
| HMS11-1301 | Snublefare i trapp | Mangel på bygning inkl. tekniske anlegg |
| HMS11-1316 | For stor arbeidsmengde - ført til langvarig sykefravær | Arbeidspress |
| HMS11-1343 | Misforhold arbeidsoppgaver / ansatte | Bemanning / omstilling |
| HMS11-1412 | Håndleddsbrudd begge armer | Muskel / skjelettskade |
| HMS11-1504 | Svært mange oppgaver på vakt | Bemanning / omstilling |
| HMS11-1546 | Vaktrommet ØNH | Plassforhold |
| HMS11-1565 | For varm operasjonsstue | Manglende vedlikehold av bygning inkl. tekniske anlegg |
| HMS11-1618 | Trangt vaktrom ØNH pol. | Plassforhold |
| HMS11-1645 | Mangler garderobe og personaltøy | Manglende rent tøy |
| HMS11-1646 | Mangler personaltøy | Manglende rent tøy |
| HMS11-1733 | Feil på nødstrømsforsyning - Kirurgi | Annet HMS |
| HMS11-1739 | Feil på nødstrømsforsyning - Medisin | Annet HMS |
| HMS11-1740 | Feil på nødstrømsforsyning - Midtblokken | Annet HMS |
| HMS11-1741 | Feil på nødstrømsforsyning - Kvinnesenteret | Annet HMS |
| HMS11-1742 | Feil på nødstrømsforsyning - for liten kapasitet UUS | Annet HMS |
| HMS11-1743 | Feil på nødstrømsforsyning - klassifisering | Annet HMS |
| HMS11-1744 | Manglende nødstrøm til vaktentral og teknisk vakt | Annet HMS |
| HMS11-1774 | Stikkskade | Stikk / kutt med smitterisiko |
| HMS11-1970 | Fallskade | Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt |
| HMS11-2024 | Pasient skallet | Vold, trusler / utagerende adferd |
| HMS11-2076 | Stakk seg på brukt sprøyte | Stikk / kutt med smitterisiko |
| HMS11-2084 | Mangelfull organisering av arbeidet | Informasjon/samhandling |
| HMS11-2176 | Høye lyder fra autoklav | Støy |
| HMS11-2220 | Manglende personaltekstiler | Smittevern |
| HMS11-2248 | Store mangler ved innflytting i nye lokaler | Mangel på bygning inkl. tekniske anlegg |

Tabell 14. HMS avvik registrert i 1. og 2. tertial 2011 med reell konsekvens ”Betydelig skade”

7.5 Arbeidsmiljø 2. tertial 2011

7.5.1 Systematisk HMS arbeide

Systematisk HMS arbeid er et samlebegrep for alle planlagte og målrettede aktiviteter som tar sikte på å forbedre forhold som har innvirkning på helse, miljø og sikkerhet.

Klinikkene/avdelingene/enhetene har gjennom ”HMS runde” med risikovurderinger fra tidligere år god oversikt over aktuell arbeidsmiljøproblematikk. Mange risikoreduserende forbedringstiltak er gjennomført, men en god del gjenstår (kfr. Arbeidstilsynets pålegg).

På planen fremover nå står:

- HMS runde/vernerunde – fysisk arbeidsmiljø (september)
- Medarbeiderundersøkelse – psykososialt arbeidsmiljø (oktober)

7.5.2 Arbeidsmiljøstatus

Under sees Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøet i Oslo universitetssykehus pr. 2. tertial:

| | | | | | | |
|----------------------|---------------------------|------------------------|------------------|--------------------|---|--|
| Konsekvens | Svært alvorlig (5) | | | | | |
| | Alvorlig (4) | | | | Omstilling Byggeteknisk standard Kjemikalie-eksponering | |
| | Moderat (3) | | | | Ergonomi IA HMS-avvik Bedriftskultur | Plassforhold Arbeidsbelastning Inneklima |
| | Lav (2) | | | | Systematisk HMS-arbeid | |
| | Ubetydelig (1) | | | | | |
| | | Meget liten (1) | Liten (2) | Moderat (3) | Stor (4) | Svært stor (5) |
| Sannsynlighet | | | | | | |

Tabell 15. Arbeidsmiljøavdelingens risikovurdering pr 2 tertial 2011.

De største arbeidsmiljøutfordringene er:

Omstilling

De siste årene har vært preget av omfattende endringer. En ny organisasjon skal ta form. Det er ambisiøse planer for å slå sammen, omforme og revurdere samtidig som hverdagens oppgaver skal løses og kvaliteten opprettholdes. Kontinuerlig utvikling, forbedring, omorganisering og nye oppgaver utfordrer de ansatte. Det er positive sider av endring – muligheter til å tenke nytt, få nye kolleger, og få spennende fagoppgaver som kan være med på å skape energi og entusiasme. I løpet av 2011 har ikke alltid forutsetningene for en vellykket omstilling vært til stede. Krevende prosesser skulle gjennomføres med korte tidsfrister innenfor stramme økonomiske rammer.

Kjemikalier

Det brukes kjemikalier med høy risiko i enkelte avdelinger på sykehuset, og disse kan ved uriktig bruk medføre helsefare. Flere av laboratorieavdelingene har ikke egnede lokaliteter for håndtering av store mengder kjemikalier. Det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard for å få gode arbeidsmiljøforhold.

Inneklima

Oslo universitetssykehus har en stor og variert produksjon hvor oppbevaring og håndtering av kjemikalier, gasser, smitte, partikler er viktige områder i forhold til å sikre arbeidsmiljøet innendørs. Dette stiller store krav til de tekniske anleggenes kapasitet og driftssikkerhet. Den svært variable bygningsmassen med varierende teknisk standard er i denne sammenheng en utfordring. Både på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen opp til dagens tekniske standard for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. På Rikshospitalet begynner anleggene å bli slitt på grunn av høy utnyttelsesgrad og manglende mulighet for løpende vedlikehold grunnet stramme budsjetter.

Ergonomi og plassforhold

Det er for lite plass til mennesker og utstyr en rekke steder på sykehuset. Dette gir vanskelige ergonomiske arbeidsforhold med risiko for utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Dårlige plassforhold genererer også en rekke andre arbeidsmiljøproblemer som inneklimateknisk problematikk, støyproblematikk, og mellommenneskelige utfordringer. Begrensede økonomiske ressurser gir redusert mulighet for nødvendig fornying og oppgradering av utstyr.

Arbeidsbelastning

Arbeidspresset på sykehuset er stigende (jamfør økningen i HMS avvik). Ansatte melder om økt stress i hverdagen pga. flere arbeidsoppgaver, mangelfull bemanning og administrative systemer som ikke fungerer tilfredsstillende. Noen er bekymret for økt risiko for feilhandlinger på grunn av stress.

Lederne melder om flere administrative oppgaver, økt kontrollspenn, administrative systemer som ikke fungerer tilfredsstillende og begrenset handlingsrom.

7.6 Arbeidstilsynets pålegg

Oslo universitetssykehus og Arbeidstilsynet har regelmessige oppfølgingsmøter, senest den 15. juni. Et tema er oppfølging av et pålegg om oppgradering/oppussing på Ullevål fra 2003. Sykehuset leverte den gang inn en handlingsplan som sa at oppgraderingen/oppussingen skulle være ferdig i 2011. I praksis viser det seg nå at bare deler av pålegget er oppfylt.

Arbeidstilsynet ba som følge av dette om å få se noen av våre utdaterte, nedslitte lokaler med egne øyne. Det ble så gjennomført befarings på utvalgte steder både på Ullevål og på Radiumhospitalet ultimo juni. I tillegg til representanter for ledelsen og hovedverneombudene deltok lokal leder og lokalt verneombud på befaringsene.

I etterkant av befaringsene mottok Oslo universitetssykehus først varsel om pålegg, og så den 18 juli 2011 hele 10 pålegg.

Pålegg 1-3 er generelle pålegg for hele sykehuset, mens pålegg 4-10 er rettet mot konkret arbeidsmiljøproblematikk som de observerte under befaringsene.

- Pålegg 1: Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler (frist 01.11.11 – er i arbeid)
- Pålegg 2: Gjennomføring av vedlikeholdsplanen (frist 01.11.14)
- Pålegg 3: Utbedring av ventilasjonsforhold på Ullevål og Radiumhospitalet (frist 01.08.14)
- Pålegg 4: Utbedring av muggskade i rom U1037, Ullevål og badrom ved sengepost for kreftbehandling (B6) ved Radiumhospitalet (frist 01.08.11 – pålegget er oppfylt)
- Pålegg 5: Rydding av rømningsvei i ”avfallsrom” på Infeksjonsmedisinsk sengepost, Ullevål (frist 01.08.11 - pålegget er oppfylt)
- Pålegg 6: Utbedring av garderobeforhold, Ullevål (frist 01.10.11 – er i arbeid)
- Pålegg 7: Utbedring av arbeidslokaler for Dialyseenheten, Ullevål (frist 01.01.12 – er i arbeid)
- Pålegg 8: Utbedring av verksted i kjeller, bygg 7, Ullevål (frist 01.09.11 – sendt dokumentasjon på gjennomførte tiltak)
- Pålegg 9: Utbedring av oppbevaring av giftige og helseskadelige kjemikalier, Radiumhospitalet (frist 01.08.11 – pålegget er oppfylt)
- Pålegg 10: Utbedring av arbeidsforhold ved saging av formalinbehandlet beinvev, Radiumhospitalet (frist 01.09.11 – sendt dokumentasjon på gjennomførte tiltak – ikke funksjonelt – det kreves ytterligere tiltak)

Pålegg 1 er et stort og omfattende pålegg. Oslo universitetssykehus ba derfor om et eget møte med Arbeidstilsynet for å diskutere omfang og hvordan handlingsplanen skal se ut. Møtet ble avholdt 25.08.11.

Arbeidstilsynet informerte i møtet om at de legger Arbeidsmiljøloven (AML) med forskrifter til grunn for sine krav til arbeidsmiljøet - arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig - alle steder. I den grad vi ved vår kartlegging finner at det ikke er det, forventer de at vi oppgraderer bygningsmassen til dagens standard. For bygninger/arbeidslokaler som ikke tilfredstiller dagens krav forventer de at vi finner midlertidige løsninger inntil vi får oppgradert. De lurte blant annet på hvorfor vi ikke bruker lokaler som står ledig på Aker som har bedre standard. Arbeidstilsynet ber om en vedlikeholds- og oppgraderingsplan - gjelder også løpende vedlikehold.

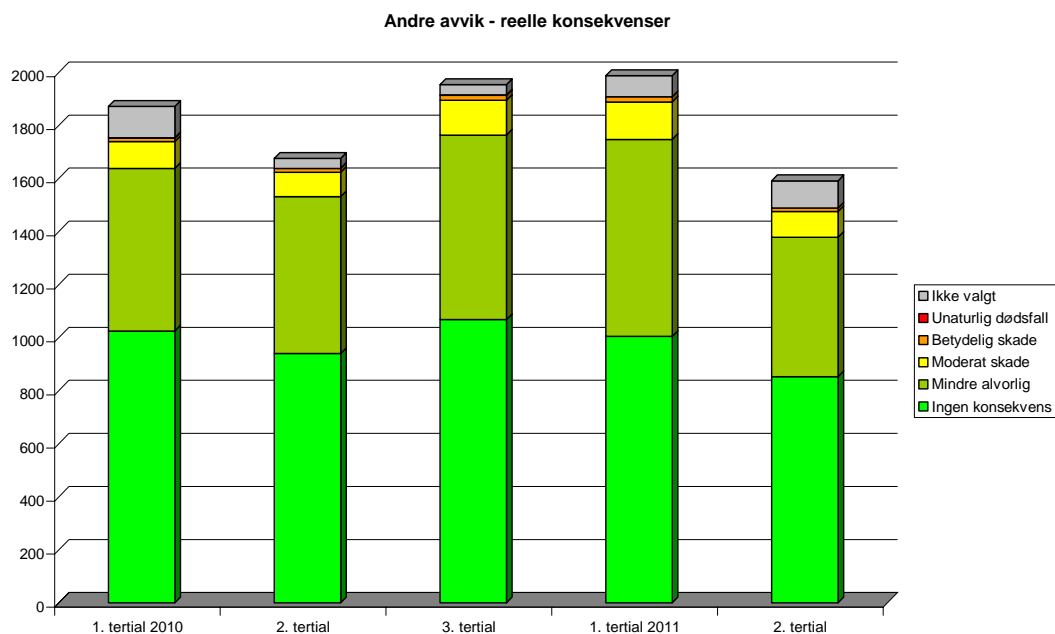
De leverte ut et notat som beskriver hvilken info og hvilket detaljeringsnivå de ønsker i handlingsplanen. De ønsker at vi oversender et eksempel på forhånd så de kan sjekke om det ser greit ut før vi leverer hele planen.

De forventer at arbeidsmiljøutvalget (AMU) skal ha en sentral rolle i prioriteringene i handlingsplanen.

Handlingsplanen skal være både AMU behandlet og styrebehandlet før den innsending.

8 Andre typer avvik

Registreringer i avvikssystemet som ikke kan klassifiseres som pasientrelaterte avvik eller HMS avvik bli klassifisert i samleposten ”andre avvik”. Disse består hovedsakelig av forskjellig typer driftsavvik og laboratorieavvik.



Figur 13. Utvikling i konsekvens for registrerte ”andre avvik”.

Også disse avvikene blir risikovurdert og saksbehandlet av linjeledelsen, og monitoreres av sentral stab, som andre typer avvik. Antall og innhold er innen forventet område og situasjonen virker stabil.

9 Brudd på arbeidsmiljøloven

Rapportering av brudd på arbeidsmiljøloven ble implementert ved 1. tertialrapport 2011. Sykehusets mål er null brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Tabell 16 viser antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene 2. tertial 2011.

| Klinikk | Dag | Uke | 4-ukers | Årsregel | Totalt | Ant ansatte med brudd |
|---|---------------|----------------|----------------|------------|--------------|-----------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 1305 | 898 | 739 | ingen tall | 2942 | * |
| Medisinsk klinikk | 779 | 472 | 426 | 63 | 1740 | 490 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 126,5 | 144,75 | 101,25 | 0 | 372 | 54 |
| Kvinne- og barneklubben | 466 | 525 | 312 | 2 | 1305 | 491 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 112 | 171 | 30 | 0 | 313 | 105 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 69 | 121 | 19 | 7 | 216 | 130 |
| Akuttklubben | 1904 | 1575 | 1471 | 122 | 5072 | 931 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 140 | 300 | 214 | 81 | 735 | 322 |
| Oslo sykehusservice** | - | - | - | - | 291 | * |
| TOTALT | 4901,5 | 4206,75 | 3312,25 | 275 | 12986 | 2523 |

Tabell 16

* Fremgår ikke av klinikkens rapport

** Type brudd fremgår ikke av rapporten

Merknader til tabellen:

- Ett brudd utløser ofte flere brudd (brudd på dagregel kan også være brudd på ukens- og årsregel)
- Antall ansatte med registrerte brudd på arbeidstidsbestemmelsene telles flere ganger dersom de er registrert i flere ressursplanleggingssystemer
- Tabellen inneholder ikke tall for Klinikk for kreft og kirurgi

Av tabellen for 2. tertial ser man en økning i brudd på arbeidstidsbestemmelsene til sammenligning med rapporten for 1. tertial. Dels skyldes dette at første tertialrapport inneholdt tall for kun tre måneder, og dels finner man en reell økning enkelte avdelinger. Det er særlig Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon som har et økt antall brudd. Det fremgår ikke av rapportene hvor stor del av økningen i overtid som skyldes 22. juli.

Kvinne- og barneklubben og Hjerte-, lunge og karklubben viser en nedgang i antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Rutinene for overtid og arbeidstidsbestemmelser og HR-tiltak som følge av styresak 39/2011 (P500) er implementert for hele foretaket. Klinikkerne melder at overtid og arbeidstidsbestemmelsene følges opp fast i driftsmøter og at det holdes fokus på dette i linjen. For flere gjelder det at HR i klinikk yter bistand til avdelinger som har behov.

For øvrig rapporteres fortsatt fokus på flere typer av tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene:

- Fordele overtid på flere ressurser
- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Fokus på ressursbruk på tvers av enheter
- Styrte ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt
- Forbedre rapporteringsrutiner
- Inngå avtaler om dispensasjon fra arbeidstidsbestemmelsene
- Kompetanseheving: opplæring i regelverk og rapportering

Enkelte klinikker arbeider fortsatt med å få gode rapporteringsrutiner. Det har vært et krevende arbeid for enkeltavdelinger og klinikker som bruker flere ressursplanleggingssystemer med ulik rapportstruktur. Dette gjelder særskilt Klinikken for kreft og kirurgi som ikke er med i rapporten for 2. tertial. Ressursplanleggingssystemene (GAT Aker, GAT Ullevål og IRS) kommuniserer ikke og dataoverføring er ikke mulig, noe som gjør rapporteringen problematisk for klinikker med ansatte som har arbeidssted flere steder.

10 Forskning og innovasjon

10.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Etter flere år med jevn vekst i forskningsaktivitet samlet for Oslo universitetssykehus og summen av de tidligere helseforetakene, viser de siste perioders aktivitetstall og risikoanalyser tegn til avflatende forskningsaktivitet. Klinikkene rapporterer om økende press på ressurser til forskning - særlig mangel på tid og arealer. Dette forventes å gi større utslag på aktivitetsmålinger i senere perioder. Det langsiktige målet for Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus er økt forskningsaktivitet.

Antall publiserte artikler (jamfør Tabell 17), akkumulert for 2. tertial 2011, er trolig noe for høyt og den reelle endringen ikke betydelig (kvalitetssikring trekker erfaringsmessig antall artikler ned). Antall publikasjonspoeng (Tabell 18) viser en nedgang i poeng totalt, men vil antakelig komme opp på nivå med 2010 etter kvalitetssikring. Poengene ligger imidlertid lavere enn forventet. Dels ser man økt publisering i nye, ikke-indekserte tidsskrifter, dels kan det være et økt antall forfattere/adresser som gir utslag på fordeling mellom institusjoner. Utvikling og årsaker til endringer vil bli vurdert nærmere. Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus, er stabilt.

Det vises for øvrig til risikoanalyse med tiltaksplan. Særlig prioritet må gis til planlegging av tid til forskning og forskningsarealer i de løpende omstillings- og flytteprosessene.

10.2 Antall publiserte vitenskapelige artikler

| Klinikk | Akkumulert pr. 2. tertial 2011 | Akkumulert pr. 2. tertial 2010 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 76 | 71 |
| Medisinsk klinikk | 211 | 209 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 158 | 161 |
| Kvinne- og barneklubben | 150 | 137 |
| Kreft- og kirurgiklubben | 255 | 213 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 137 | 131 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 149 | 144 |
| Akuttklubben | 36 | 46 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 338 | 308 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 82 | 71 |
| TOTALT (unike artikler) | 1133* | 1045 |

Tabell 17. Antall publiserte vitenskapelige artikler

Tallgrunnlag/kilde:

* Det tas forbehold om usikkerhet i tallene totalt og mellom klinikker. Grunnet omfattende arbeid med innføring av ny nasjonal database for vitenskapelig publisering, CRISTIN, er tall fra intern database ikke tilstrekkelig kvalitetssikret i 2. tertial og trolig noe for høye.

Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og ISI. PubMed-registrerte artikler, ”ordinary journal articles and reviews”, hentet fra helseforetakets database

www.publika.no . Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Tall er hentet fra helseforetakets database 6 september 2011. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for Oslo universitetssykehus er hver artikkel kun talt én gang og er dermed ikke summen av de andre tallene.

10.3 Antall publikasjonspoeng

| Klinikk | Akkumulert pr. 2. tertial 2011 | Akkumulert pr. 2. tertial 2010 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 23,1 | 31,1 |
| Medisinsk klinikk | 59,6 | 74,6 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 68,6 | 81,2 |
| Kvinne- og barneklubben | 48,5 | 46,2 |
| Kreft- og kirurgiklubben | 97,8 | 110,2 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 56,7 | 55,6 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 53,5 | 49,3 |
| Akuttklubben | 18,0 | 15,6 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 101,3 | 128,2 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 15,0 | 21,3 |
| SUM | 588,1* | 607,1 |

Tabell 18. Antall publikasjonspoeng

Tallgrunnlag/kilde:

*Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene. Pga omfattende arbeid med innføring av ny nasjonal database for vitenskapelig publisering, CRISTIN, er tall fra Publika ikke tilstrekkelig kvalitetssikret i 2. tertial. Endelige tall for publikasjonspoeng vil erfaringsmessig ligge *høyere* for en del klinikker og trolig også noe høyere totalt når alle andeler er registrert pr klinikk (pr 6.9.11 er ca 8 % av poengene ikke fordelt, i tillegg til at listen over poeng givende tidsskrifter ikke er helt a jour).

Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 6 september 2011. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes: Kun ISI-indekserte publikasjoner, Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), deling etter unike adresser (typisk avdelingsnivå), 50 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

10.4 Antall doktorgrader

| Klinikk | Akkumulert pr. 2. tertial 2011 | Akkumulert pr. 2. tertial 2010 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 9 | 5 |
| Medisinsk klinikk | 2 | 7 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 11 | 13 |
| Kvinne- og barneklubben | 11 | 8 |
| Kreft- og kirurgiklubben | 13 | 15 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 9 | 3 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 5 | 11 |
| Akuttklubben | 0 | 1 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 17 | 12 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 1 | 1 |
| SUM | 78 | 76 |

Tabell 19. Antall doktorgrader

Tallgrunnlag/kilde:

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

10.5 Innovasjon

10.5.1 Vurdering

Det er grunn til bekymring for utviklingen innen innovasjon. Mens antall oppfinnelser (DOFI - Disclosure of Invention) i hele 2010 var 55, har sykehuset bare mottatt 21 oppfinnelser ved utgangen av 2. tertial. Mens antallet nye patentsøknader var 14 i 2010, har sykehuset foreløpig bare nye 7. Tall fra innovasjonsaktiviteten gjennom den interne Idépoliklinikken er for første gang med i oversiktstabellene nedenfor.

Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken er i en oppbyggingsfase og det lover godt at klinikkene har lykket i å få 8 av 10 aktive innovasjonsprosjekter over i en konseptutviklingsfase.

10.5.2 Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og idéer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus*

| Klinikk | Akkumulert 2.tertial 2011 | | Totalt 2010 | |
|---|------------------------------|------------------|-------------|------------------|
| | Inven2 | Idépoliklinikken | Inven2 | Idépoliklinikken |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | | 3 | 4 | 2 |
| Medisinsk klinikk | 3 | | 2 | |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 2 | 2 | 10 | |
| Kvinne- og barneklubben | 3 | | 0 | |
| Kreft- og kirurgiklinikken | 2 | 2 | 13 | |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 1 | | 1 | |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | | | 1 | 2 |
| Akuttklubben | | 1 | 2 | 1 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 9 | | 12 | 2 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 1 | 4 | 10 | 5 |
| Utenfra – ikke ansatte ved sykehuset | | 4 | | 2 |
| SUM | 21 | 16 | 55 | 14 |

Tabell 20. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og idéer til Idépoliklinikken

* Alle patenterbare oppfinnelser sendes på eget skjema til Inven2 (DOFI, Disclosure of Invention) og håndteres av Inven2. Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner, og så langt er 30 av 138 henvendelser vurdert videreført.

10.5.3 Innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus 2.tertial

| Klinikk | Innovasjonsprosjekter hos Inven2 | Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | | 1 |
| Medisinsk klinikk | 1 | |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 4 | |
| Kvinne- og barneklubben | 2 | 1 |
| Kreft- og kirurgiklinikken | 10 | |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 3 | |

| Klinikk | Innovasjonsprosjekter hos Inven2 | Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken |
|--|---|---|
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 1 | 1 |
| Akuttklinikken | 1 | 1 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 6 | 2 |
| Oslo sykehuservice og Direktørens stab | 4 | 1 |
| Utenfra – foreløpig ikke tilknyttet klinikk | | 3 |
| SUM | 32 | 10 |

Tabell 21. Innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus 2.tertial

Alle pågående innovasjonsprosjekter, uavhengig av når innmeldt/startet.

11 Kommunikasjon og omdømme

Kommunikasjonsarbeidet i 2. tertial var preget av sykehusets krevende økonomiske situasjon og administrerende direktørs avgang, samt av angrepene 22. juli i Oslo og på Utøya.

11.1 Pasienter

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er Internett. Til sykehusets egen og regionens felles nettløsning leveres fortløpende felles helsefaglig pasientinformasjon om sykdommer, undersøkelser og behandlinger. Et arbeid for synliggjøring av kvalitetsdata er i gang, basert på Rikshospitalets gamle nettløsning. Ved å vise frem hva vi kan og kvaliteten på det vi gjør, skal pasienter føle seg trygge på at de får god behandling ved sykehuset. Pasienter og pårørende skal være godt forberedt på det som skal skje, og de henvisende instanser får et godt grunnlag for å vurdere Oslo universitetssykehus for sine pasienter.

På grunn av omstilling og fokus på en krevende økonomisk situasjon er det ikke mulig for klinikkene å prioritere produksjon og kvalitetssikring av pasientinformasjon til Internett. Dette arbeidet går derfor saktere enn ønskelig.

11.2 Internt og med fagmiljøer

Det er laget 15 klinikkvise nyhetsbrev i andre tertial - noe som kommer i tillegg til de månedlige overordnede nyhetsbrevene. Intranett er sykehusets primærkanal for informasjonsdeling, debatt og kulturbygging, og ukentlig oppsummering av nyheter sendes ut både elektronisk og på papir.

I annen tertial var sykehusets intern kommunikasjon spredt på et mangfold av saker. De to sakene som fikk mest oppmerksomhet internt var sykehusets vanskelige økonomiske situasjon og den nye kommunikasjonskanalen overfor primærlegene i Oslo, ”Fastlegenytt”.

Kommunikasjonsutfordringene rundt den krevende økonomiske situasjonen som startet i første tertial, ble ytterligere forsterket av administrerende direktørs avgang i juni. Så vel tillitsforhold mellom sykehus og eier som omstillingens fremtid ble diskutert, og skepsisen til mangelen på omstillingsmidler var uttalt fra flere sentrale aktører.

Dette ble møtt med intervjuer med Jan Eirik Thoresen og Bente Mikkelsen på intranett og i nyhetsbrev – der man søkte å vise til de muligheter som finnes og de ambisjoner Helse Sør-Øst RHF har for sykehuset. Saken om bevilgning av midler til nytt akuttmottak på Ullevål sykehus var blant disse.

Nyhetsbrevet Fastlegenytt kom ut med to nummer med konkret og praktisk informasjon om omstillingens konsekvenser og nye fagtilbud til en stor og viktig målgruppe. De henvisende instansene er sykehusets aller viktigste ambassadører og tillitsskapere overfor pasienter og pårørende, og dermed definert som en prioritert målgruppe for sykehusets kommunikasjon.

11.3 I media

11.3.1 [Mediebildet i dagene etter terrorangrepet 22. juli \(22. juli – 7. august\)](#)

Medier fra hele verden ønsket informasjon fra Oslo universitetssykehus i dagene etter terrorangrepene 22. juli. Sykehuset opplevde et massivt mediepress.

Internasjonale medier

I løpet av de 17 første dagene etter terrorangrepet kom det henvendelser til sykehuset fra hele verden, for eksempel CNN International, CNN USA, BBC, BBC World, Mexico TV, Barcelona Radio Station, Washington Post, Al Jazeera, RTL German TV, China Radio International og Ustavi News (Tblisi). De fleste tok kontakt med sykehuset via telefon, mens representanter for et tyvetalls internasjonale medier møtte opp på Ullevål og Rikshospitalet.

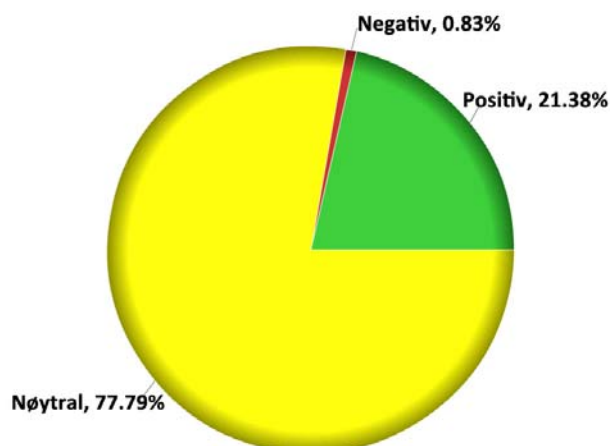
Sykehusets medieovervåkning har fanget opp 1300 artikler om Oslo University Hospital i internasjonale, elektroniske medier i perioden etter terrorangrepene.

Mange internasjonale journalister ga uttrykk for at de var svært fornøyde med kontakten med Oslo universitetssykehus. En norsk journalist – som arbeidet for Sky News etter terrorangrepene – skrev følgende om sin opplevelse av norsk mediehandtering i Ukeavisa Dag og Tid:

”Frå vi ringte Ullevål sjukehus til vi stod og intervjuja leiarane av traumeteamet, tok det berre ti minutt... Noko sånt hadde dei mange frå Sky News aldri opplevd før. De var enkelt og greitt imponerte over den norske fleksibiliteten og det faktum at folk langt ned i hierarkiet sjølve kunne taka avgjerder.”

Norske medier

Tusenvis av norske artikler handlet om Oslo universitetssykehus etter terrorangrepene. Omtalen er nesten utelukkende av det positive eller nøytrale slaget. I de 17 dagene etter terrorangrepet ser mediebildet slik ut:

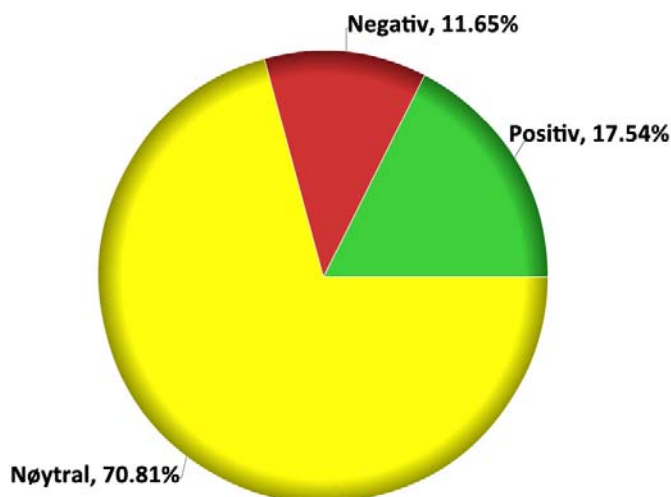


Figur 14. Omdømmeregistrering i media - fra 22 juli 2011 og 17 dager.

Merk at mange av sakene er vurdert som nøytrale, selv om de virker positivt på sykehusets omdømme. Eksempel på saker som er vektet nøytrale er for eksempel at ”18 hardt skadde ligger på Oslo universitetssykehus” eller at ”Tønsberg sykehus sendte 65 blodenheter til Oslo universitetssykehus”. Slike saker viser indirekte at vårt sykehus har viktig beredskap, at de hardest skadde kommer hit og at Oslo universitetssykehus har kompetanse på den mest avansert traumebehandlingen.

11.3.2 Mediebildet i perioden totalt sett (1. mai – 31. august)

I andre tertial totalt sett er tendensen at antall saker og antall nøytrale artikler om Oslo universitetssykehus har økt betraktelig i forhold til forrige tertial. Sakene fordeler seg slik:



Figur 15. Omdømmeregistrering 2 tertial 2011.

Mediene skrev 1081 positive saker om sykehuset i andre tertial, og det er omtrent samme antall som tidligere. I denne perioden handlet sakene blant annet om dette:

- helseekspressen har plass til flere
- betennelse kan bekjempe kreft
- svette varslet blodsukker
- gjennombrudd i MS-forskning
- lager hjerneceller av hud
- arr av henna-tatoveringer
- livredderne fra Ullevål
- roser helsepersonell
- ny rekord i organdonorer
- slik gjenkjenner du hjerneslag

Sykehuset har i perioden flere negative saker (718) enn i forrige tertial (513). De negative sakene handler blant annet om:

- arbeidsmiljøkonflikt mikrokirurgi
- flytting av hjerte- og hjernekirurger til Rikshospitalet (traumeteamet)
- kutt i bemanning
- Aker/samhandlingsarena
- IT-kollaps
- reduksjon i antall avrusningsplasser
- alvorlige vedlikeholdsproblemer
- lav bemanning på fødeavdeling
- strid om nytt akuttmottak
- for lang ventetid på kreftbehandling

Månedssrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

Innhold:

- Hovedtall
- Aktivitet
- Økonomi
- Bemanning

August 2011

Utvalgte nøkkeltall

| Oslo universitetssykehus HF | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------------------|----------------------|----------|--------------------|--------------------|------------------------|---------------|----------------------|
| Rapportering august 2011 | | Denne periode | | | | Resultat hittil i år | | | | Resultat hittil i fjor | | |
| Gruppe | Indikator | Faktiske tall periode | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Faktiske tall | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % | Faktiske tall | Endring 10-11 | Endring fra 2010 i % |
| Pasientbehandling | | | | | | | | | | | | |
| Somatikk | DRG-poeng totalt | 16 673 | 15 577 | 1 096 | 7,0 % | 143 504 | 141 552 | 1 952 | 1,4 % | 153 743 | -10 239 | -6,7 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 7 995 | 8 076 | -81 | -1,0 % | 69 474 | 70 840 | -1 366 | -1,9 % | 75 336 | -5 862 | -7,8 % |
| | Dagopphold | 6 616 | 5 822 | 794 | 13,6 % | 48 638 | 49 920 | -1 282 | -2,6 % | 56 075 | -7 437 | -13,3 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 58 974 | 55 475 | 3 499 | 6,3 % | 516 549 | 483 923 | 32 626 | 6,7 % | 542 934 | -26 385 | -4,9 % |
| Voksen psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 112 | 111 | 1 | 1,1 % | 977 | 911 | 66 | 7,2 % | 1 689 | -712 | -42,2 % |
| | Liggedøgn | 5 869 | 7 184 | -1 315 | -18,3 % | 56 750 | 59 089 | -2 339 | -4,0 % | 69 336 | -12 586 | -18,2 % |
| | Dagbehandling | 44 | 326 | -282 | -86,5 % | 458 | 2 571 | -2 113 | -82,2 % | 3 459 | -3 001 | -86,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 5 266 | 4 767 | 499 | 10,5 % | 42 825 | 43 235 | -410 | -0,9 % | 60 800 | -17 975 | -29,6 % |
| Barne- og ungdoms psykiatri | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 14 | 10 | 4 | 33,6 % | 85 | 86 | -1 | -1,4 % | 81 | 4 | 4,9 % |
| | Liggedøgn | 358 | 488 | -130 | -26,7 % | 3 597 | 4 015 | -418 | -10,4 % | 3 740 | -143 | -3,8 % |
| | Dagbehandling | 246 | 368 | -122 | -33,1 % | 2 732 | 2 932 | -200 | -6,8 % | 2 806 | -74 | -2,6 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 4 491 | 3 542 | 949 | 26,8 % | 30 179 | 32 124 | -1 945 | -6,1 % | 40 306 | -10 127 | -25,1 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 287 | 235 | 52 | 21,9 % | 2 180 | 1 936 | 244 | 12,6 % | 1 564 | 616 | 39,4 % |
| | Liggedøgn | 3 047 | 2 884 | 163 | 5,7 % | 25 805 | 23 822 | 1 983 | 8,3 % | 22 633 | 3 172 | 14,0 % |
| | Dagbehandling | 72 | 44 | 28 | 62,7 % | 427 | 354 | 73 | 20,6 % | 108 | 319 | 295,4 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 544 | 779 | -235 | -30,2 % | 5 937 | 6 189 | -252 | -4,1 % | 7 235 | -1 298 | -17,9 % |
| Organisasjon og ledelse | | | | | | | | | | | | |
| Andel korridor pas. | Somatikk | 0,6 % | 0 % | 0,6 % | | 1,1 % | 0 % | 1,1 % | | 1,6 % | -0,6 % | |
| | Psykisk helsevern | 0,0 % | 0 % | 0,0 % | | 0,0 % | 0 % | 0,0 % | | 0,1 % | -0,1 % | |
| Liggedøgn UK-pasienter | Somatikk | 1,2 % | | | | 1,3 % | | | | 2,5 % | -1,3 % | |
| | Psykisk helsevern | 0,1 % | | | | 0,1 % | | | | 2,7 % | -2,7 % | |
| Andel fristbrudd | Somatikk | 13,3 % | 0 % | | | 12,9 % | 0 % | | | | | |
| | Psykisk helsevern | 14,5 % | 0 % | | | 12,8 % | 0 % | | | | | |
| | TSB | 11,3 % | 0 % | | | 17,3 % | 0 % | | | | | |
| Økonomi og personell | | | | | | | | | | | | |
| Økonomi | Resultat | -63 831 | -33 130 | -30 701 | -2,2 % | -693 613 | -242 105 | -451 508 | -3,7 % | - | - | - |
| Personell | Årsverk totalt (brutto) | 17 488 | 16 347 | -1 141 | -7,0 % | 17 396 | 16 712 | -684 | -4,1 % | 18 414 | -1 017 | -5,5 % |
| Sykefravær | Sykefravær (juli) | 7,1 % | 7,4 % | -0,3 % | -0,3 % | 7,5 % | 7,4 % | 0,1 % | 0,1 % | 7,5 % | 0,0 % | 0,0 % |

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

DRG aktivitet

| DRG-poeng Fagenhet | 2010 | | | | | 2011 | | | | | Endring fra hittil i fjor | Endring i % |
|--|--------|--------|--------|--------|---------------|--------|--------|--------|--------|-------------|---------------------------|-------------|
| | mai | jun | juli | aug | Hittil i fjor | mai | jun | juli | aug | Hittil i år | | |
| Medisinsk klinikk * | 3 020 | 2 992 | 2 398 | 2 626 | 22 966 | 2 205 | 2 359 | 1 935 | 2 068 | 17 860 | -5 106 | -22,2 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 4 466 | 4 879 | 3 060 | 3 731 | 34 321 | 4 659 | 4 139 | 2 764 | 3 533 | 32 768 | -1 553 | -4,5 % |
| Kvinne- og barneklirikken | 2 983 | 3 091 | 2 615 | 2 796 | 23 466 | 3 170 | 2 875 | 2 298 | 2 669 | 22 322 | -1 144 | -4,9 % |
| Kreft- og kirurgiklinikken | 3 679 | 4 222 | 3 444 | 3 556 | 30 323 | 3 878 | 3 566 | 3 095 | 3 188 | 28 414 | -1 909 | -6,3 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken * | 2 430 | 2 293 | 1 833 | 2 019 | 18 715 | 2 665 | 2 538 | 1 908 | 2 149 | 19 678 | 963 | 5,1 % |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ** | 1 819 | 2 029 | 1 242 | 1 546 | 14 124 | 1 818 | 1 904 | 1 375 | 1 504 | 13 308 | -816 | -5,8 % |
| Akuttklinikken | 765 | 903 | 613 | 643 | 6 123 | 756 | 645 | 620 | 633 | 5 216 | -907 | -14,8 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 87 | 132 | 59 | 103 | 849 | 144 | 105 | 51 | 80 | 843 | -6 | -0,7 % |
| Stab | | | | | | 7 | 1 | | | 8 | 8 | |
| Ukjente fagenheter | | | | | | 30 | 17 | 4 | 14 | 345 | 345 | |
| Sum Oslo universitetssykehus | 19 249 | 20 541 | 15 264 | 17 020 | 150 887 | 19 332 | 18 149 | 14 050 | 15 838 | 140 762 | -10 125 | -6,7 % |

oppdatert 5.9 2011 kl 11.37

* flytting foretatt mellom HLK og MED i 2011 og i 2010

** Olafia RH. 2011 aug = 2010 aug

Kilde: LIS rapport "DRG" med arkfanene: 1) Årsfil 10 som 11 fag 2) Fagenhet

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

Status foreløpig revidert DRG-budsjett:

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

DRG aktivitet

| Klinikk | Budsjett hittil | Resultat hittil | Avvik per august ut fra foreløpig revidert DRG- budsjett | |
|---|--------------------|--------------------|--|--------------|
| | | | i antall | i % |
| Medisinsk klinikk | 18 151 | 19 210 | 1 059 | 5,8 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 35 264 | 34 208 | -1 056 | -3,0 % |
| Kvinne- og barneklirikken | 22 738 | 22 254 | -484 | -2,1 % |
| Kreft- og kirurgiklinikken | 29 363 | 28 413 | -950 | -3,2 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 18 977 | 19 680 | 703 | 3,7 % |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 13 439 | 13 086 | -353 | -2,6 % |
| Akuttlinikken | 5 154 | 5 215 | 61 | 1,2 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 50 | 50 | 0 | 0,0 % |
| Biologiske lm | 1 464 | 1 318 | -146 | -10,0 % |
| Fellesposter | (3 048) | 84 | 3 132 | -102,8 % |
| SUM | 141 552 | 143 518 | 1 966 | 1,4 % |

Kommentar:

Det er tatt utgangspunkt i revidert DRG-budsjett før implementering av ny NPR-melding ut fra Felles registreringspraksis.

I denne fremstillingen er det foretatt en korleksjon i fremstillingen av budsjettavviket mellom SMK og MED klinikk. Det samme gjelder mellom HLK og KDI. Medisinsk klinikk er justert for posedialyse og KVB for DRG-poeng ved Geilomo. Dette er gjort for å få sammenlignbarhet mellom budsjett og resultat.

Budsjettet er periodisert ut fra klinikkenes egen vurdering av aktivitetsprofil gjennom året, slik det ble vurdert i begynnelsen av januar 2011. Flytting av budsjett mellom Medisin og HLK er gjennomført.

Det vil mao være andre avvik i denne tabellen og i fremstillingen på forrige side som tar utgangspunkt i faktisk aktivitet og de gjeldende DRG budsjettene.

Aktivitet psykisk helsevern

| | Res Hiå | Bud Hiå | Avvik (res hiå - bud hiå) | Avvik res hiå - bud hiå i % |
|---|---------|---------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Psykisk Helsevern for voksne (VOP) | | | | |
| Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling | 977 | 911 | 66 | 7,2 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 56 750 | 59 089 | -2 339 | -4,0 % |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 458 | 2 571 | -2 113 | -82,2 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 42 825 | 43 235 | -410 | -0,9 % |
| Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) | | | | |
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 85 | 86 | -1 | -1,4 % |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 3 597 | 4 015 | -418 | -10,4 % |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 2 732 | 2 932 | -200 | -6,8 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 30 179 | 32 124 | -1 945 | -6,1 % |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) | | | | |
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 2 180 | 1 936 | 244 | 12,6 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 25 805 | 23 822 | 1 983 | 8,3 % |
| Antall oppholdsdager - dagbehandling | 427 | 354 | 73 | 20,6 % |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 5 937 | 6 189 | -252 | -4,1 % |

Andel fristbrudd

| Fristbrudd ekskludert utsettelse - periodetall HSØ: | Januar | Februar | Mars | April | Mai | Juni | Juli | August | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|
| | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Andel fristbrudd | Antall fristbrudd | Antall med frist i perioden | Andel brudd |
| PHA | 17,2 | 12,3 | 13,1 | 9,9 | 14,3 | 10,2 | 15,4 | 28 | 211 | 13,3 |
| MED | 24,3 | 14,6 | 10,8 | 9,4 | 8,6 | 6,3 | 4,9 | 82 | 982 | 8,4 |
| KKN | 26,8 | 16,6 | 17,6 | 11,8 | 12,6 | 14,3 | 13,8 | 283 | 1799 | 15,7 |
| KVB | 16,6 | 13,1 | 13,5 | 14,1 | 13,7 | 16,5 | 15,0 | 53 | 408 | 13 |
| KRK | 19,3 | 14,7 | 15,8 | 13,1 | 12,7 | 11,4 | 12,9 | 119 | 892 | 13,3 |
| HLK | 10,5 | 6,0 | 4,6 | 5,9 | 6,0 | 7,7 | 7,4 | 51 | 348 | 14,7 |
| SMK | 23,9 | 14,4 | 12,2 | 10,7 | 11,1 | 10,9 | 14,4 | 70 | 380 | 18,4 |
| AKU | 1,5 | 1,9 | 0,9 | 0,0 | 7,1 | 1,1 | 0,0 | 2 | 48 | 4,2 |
| KDI | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 0,9 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 2 | 82 | 2,4 |
| Stab | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 32 | 0 |
| Totalt | 21,0 | 13,6 | 13,2 | 10,6 | 11,0 | 11,0 | 11,0 | 690,0 | 5 182,0 | 13,3 |

Kilde: LIS rapport "Ekstern venteliste"

Definisjon:

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

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

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

Økonomisk resultat

| ØBAK-linje | Resultat hittil | Budsjett hittil | Avvik | Akk regnskap august 2010 | Endring 2010 2011 | Endring i % |
|--|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|-------------|
| Basisramme | 6 566 159 | 6 566 159 | 0 | 6 949 842 | -383 683 | -6 % |
| ISF egne pasienter | 1 558 866 | 1 593 616 | -34 750 | 1 630 995 | -72 129 | -4 % |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 406 840 | 331 163 | 75 677 | 386 095 | 20 745 | 5 % |
| ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus | 19 490 | 21 665 | -2 175 | 22 463 | -2 972 | -13 % |
| Gjestepasienter | 285 416 | 335 416 | -50 000 | 273 623 | 11 793 | 4 % |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 401 905 | 1 326 911 | 74 994 | 1 128 897 | 273 008 | 24 % |
| Polikliniske inntekter | 244 773 | 242 774 | 1 999 | 239 753 | 5 019 | 2 % |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 14 970 | 11 305 | 3 665 | 0 | 14 970 | |
| Andre øremerkede tilskudd | 580 610 | 666 754 | -86 144 | 13 859 | 566 751 | 4089 % |
| Andre driftsinntekter | 460 539 | 402 591 | 57 948 | 579 077 | -118 538 | -20 % |
| Sum driftsinntekter | 11 539 568 | 11 498 353 | 41 215 | 11 678 254 | -138 686 | -1 % |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 71 808 | 38 359 | 33 449 | 23 379 | 48 429 | 207 % |
| Kjøp av private helsetjenester | 138 886 | 143 149 | -4 263 | 77 310 | 61 576 | 80 % |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 1 392 830 | 1 322 252 | 70 578 | 1 476 991 | -84 162 | -6 % |
| Innleid arbeidskraft | 98 745 | 57 476 | 41 269 | 89 062 | 9 683 | 11 % |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 37 609 | 51 396 | -13 788 | 43 791 | -6 182 | -14 % |
| Lønn til fast ansatte | 5 471 501 | 5 438 975 | 32 526 | 5 556 335 | -84 834 | -2 % |
| Overtid og ekstrahjelp | 686 611 | 361 682 | 324 929 | 575 203 | 111 408 | 19 % |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 1 429 517 | 1 378 455 | 51 063 | 1 334 740 | 94 777 | 7 % |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -350 953 | -289 351 | -61 602 | -381 631 | 30 678 | -8 % |
| Annen lønn | 902 223 | 899 105 | 3 119 | 934 164 | -31 941 | -3 % |
| Avskrivninger | 577 416 | 603 751 | -26 335 | 598 486 | -21 070 | -4 % |
| Nedskrivninger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -100 % |
| Andre driftskostnader | 1 702 876 | 1 665 474 | 37 402 | 1 495 060 | 207 816 | |
| Sum driftskostnader | 12 159 069 | 11 670 723 | 488 346 | 11 822 891 | 336 178 | 3 % |
| Driftsresultat | -619 501 | -172 369 | -447 131 | -144 636 | -474 864 | |
| Finansresultat | -74 112 | -69 736 | -4 376 | 63 951 | -138 063 | |
| Ordinært resultat | -693 613 | -242 105 | -451 507 | -207 165 | -486 447 | |
| Herav økte pensjonskostnader utover forutsetninger i Prop. 1 S (2) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Resultat justert for økte pensjonskostnader | -693 613 | -242 105 | -451 507 | -207 165 | -486 447 | |

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under

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

Økonomisk resultat per klinikk

Pr. 31.08.2011 per 08 v09

| | Årsbudsjett | Budsjettet hittil | Akkumulert avvik fra budsjett | | |
|---|-------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| | | | Inntekt | Kostnad | Resultat |
| PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGH | 1 745 308 | 1 151 319 | 4 880 | -39 571 | -34 691 |
| MED MEDISINSK KLINIKK | 1 042 316 | 697 027 | 48 584 | -59 689 | -11 105 |
| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | 1 677 148 | 1 105 192 | -9 592 | -69 664 | -79 256 |
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN | 1 331 542 | 880 096 | -2 327 | -28 991 | -31 318 |
| KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN | 1 316 376 | 866 714 | -21 008 | -31 948 | -52 955 |
| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | 738 979 | 489 541 | 11 262 | -54 789 | -43 527 |
| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG | 726 448 | 492 071 | -25 778 | -24 143 | -49 920 |
| AKU AKUTTKLINIKKEN | 1 898 317 | 1 246 438 | 6 221 | -76 823 | -70 602 |
| KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN | 1 860 249 | 1 213 789 | 17 576 | -29 620 | -12 044 |
| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE | 1 835 689 | 1 201 306 | 3 814 | -33 324 | -29 510 |
| KRG KREFTREGISTERET | 126 141 | 81 610 | -5 773 | 5 773 | 0 |
| STA STAB | 1 111 562 | 730 608 | 8 367 | 11 822 | 20 189 |
| FPO FELLESPOSTER | 2 365 169 | 1 590 402 | 9 617 | -67 723 | -58 106 |
| AS KONSERN | -12 250 | -5 656 | 0 | 1 627 | 1 627 |
| RESULTAT | 17 762 994 | 11 740 459 | 45 845 | -497 064 | -451 219 |

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

Bemannings indikatorer

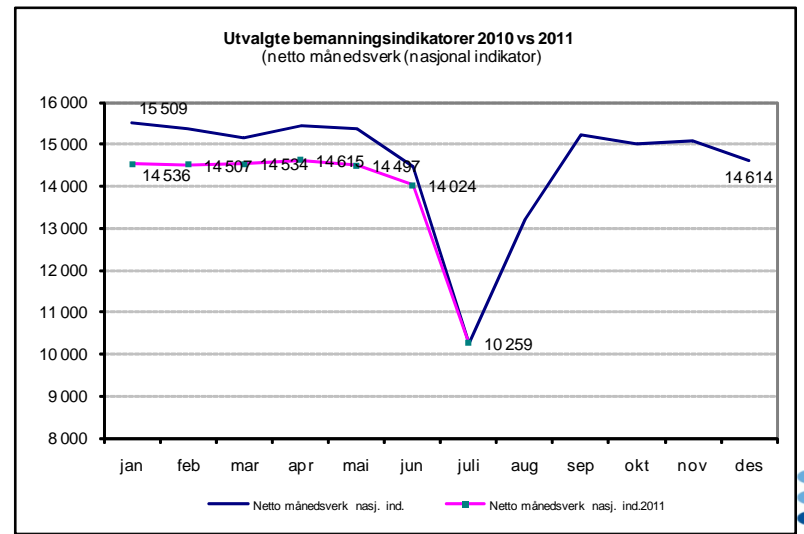
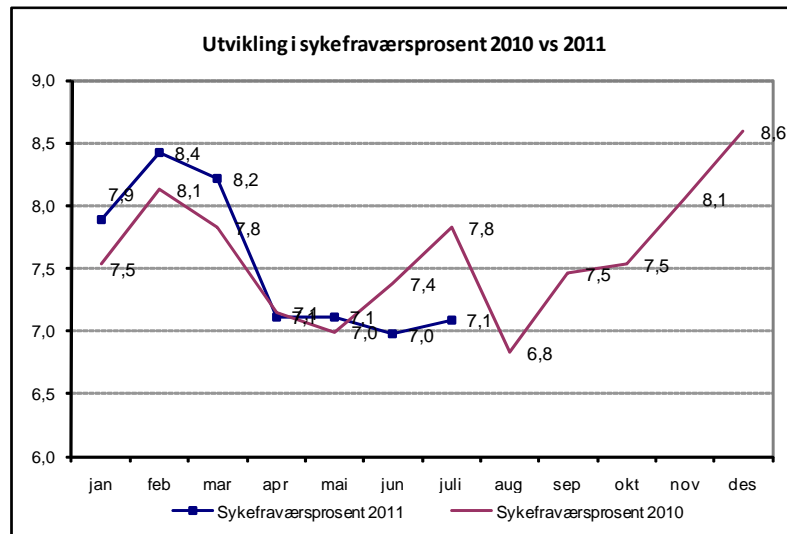
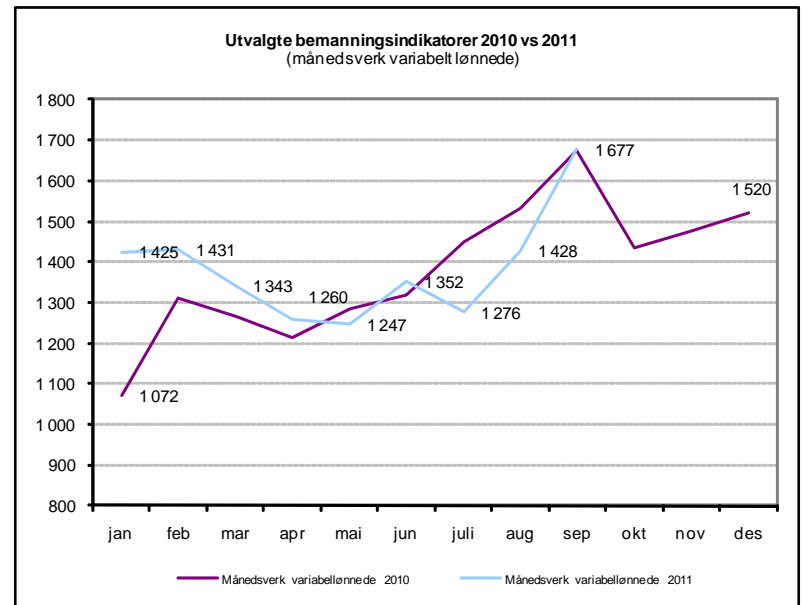
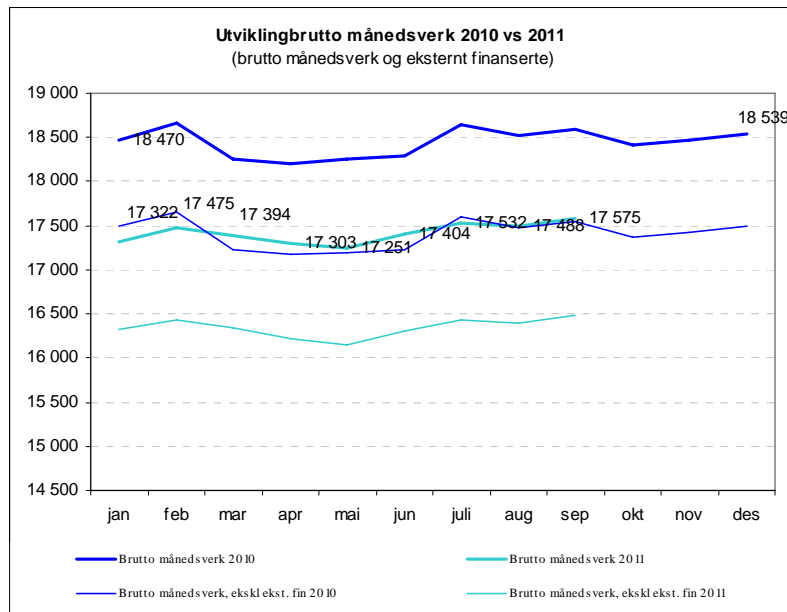
(til og med september)

| Indikator | Faktisk 2010 | | | | | | Faktisk 2011 | | | | | Endring fra 4 kvartal i fjor | Endring fra hittil i fjor | |
|---|--------------|--------|--------|--------|---------------|-------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|------------------------------|---------------------------|-------------|
| | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal i fjor | Snitt 2010 | jun | juli | aug | sept | | | Hittil i år |
| Brutto månedsverk | 18 284 | 18 650 | 18 519 | 18 585 | 18 433 | 18 475 | 18 443 | 17 405 | 17 532 | 17 488 | 17 575 | 17 416 | -1 059 | -1 017 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 17 232 | 17 600 | 17 484 | 17 550 | 17 403 | 17 431 | 17 410 | 16 311 | 16 432 | 16 390 | 16 476 | 16 342 | -1 089 | -1 062 |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert | 1 052 | 1 051 | 1 035 | 1 035 | 1 030 | 1 044 | 1 033 | 1 093 | 1 100 | 1 098 | 1 099 | 1 074 | 31 | 45 |
| Innleie fra vikarbyrå | 141 | 172 | 214 | 152 | 156 | 225 | 173 | 148 | 162 | 187 | - | 177 | -48 | 22 |
| Månedsverk månedslønnede | 16 967 | 17 202 | 16 989 | 16 912 | 17 086 | 16 998 | 17 064 | 16 053 | 16 256 | 16 060 | 15 898 | 16 034 | -964 | -1 052 |
| Månedsverk variabellønnede | 1 317 | 1 448 | 1 531 | 1 673 | 1 346 | 1 477 | 1 379 | 1 352 | 1 276 | 1 428 | 1 677 | 1 382 | -95 | 36 |
| Netto månedsverk nasj. ind. | 14 489 | 10 261 | 13 212 | 15 262 | 14 539 | 14 904 | 14 580 | 14 024 | 10 259 | - | - | 13 853 | -1 051 | -686 |
| Sykefraværspersent | 7,4 | 7,8 | 6,8 | 7,4 | 7,5 | 8,1 | 7,6 | 7,0 | 7,1 | - | - | 7,5 | -0,5 | 0,0 |

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

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

Bemanningsutvikling



Bemanning

Brutto månedsverk per klinikk

| Brutto månedsverk | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | jun | juli | aug | sept | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|
| PHA | 2 927 | 3 014 | 2 998 | 3 001 | 2 942 | 2 951 | 2 373 | 2 389 | 2 403 | 2 408 | 2 386 | -556 | -565 |
| MED | 1 699 | 1 737 | 1 706 | 1 663 | 1 696 | 1 690 | 1 410 | 1 435 | 1 378 | 1 368 | 1 424 | -272 | -266 |
| KKN | 1 996 | 2 003 | 2 028 | 2 049 | 2 010 | 2 073 | 2 097 | 2 100 | 2 095 | 2 153 | 2 082 | 72 | 9 |
| KVB | 1 766 | 1 819 | 1 797 | 1 805 | 1 794 | 1 798 | 1 784 | 1 798 | 1 783 | 1 748 | 1 764 | -30 | -34 |
| KRK | 1 751 | 1 799 | 1 775 | 1 792 | 1 768 | 1 785 | 1 767 | 1 795 | 1 789 | 1 779 | 1 757 | -12 | -28 |
| HLK | 731 | 749 | 720 | 736 | 735 | 731 | 753 | 772 | 780 | 798 | 767 | 32 | 36 |
| SMK | 752 | 772 | 751 | 757 | 747 | 755 | 754 | 766 | 747 | 760 | 742 | -4 | -12 |
| AKU | 2 289 | 2 338 | 2 295 | 2 287 | 2 288 | 2 291 | 2 250 | 2 270 | 2 242 | 2 298 | 2 250 | -38 | -41 |
| KDI | 2 073 | 2 101 | 2 093 | 2 085 | 2 088 | 2 101 | 2 023 | 2 037 | 2 052 | 2 059 | 2 029 | -59 | -72 |
| KRG | 112 | 117 | 115 | 113 | 115 | 117 | 122 | 120 | 127 | 126 | 121 | 6 | 4 |
| OSS | 1 849 | 1 869 | 1 915 | 1 887 | 1 889 | 1 855 | 1 756 | 1 742 | 1 786 | 1 774 | 1 782 | -107 | -73 |
| STA | 333 | 328 | 321 | 318 | 341 | 322 | 311 | 304 | 301 | 301 | 308 | -33 | -14 |
| OUS | 18 284 | 18 650 | 18 519 | 18 585 | 18 433 | 18 475 | 17 405 | 17 532 | 17 488 | 17 575 | 17 416 | -1 017 | -1 059 |

| Brutto månedsverk, ekst. fin. | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | jun | juli | aug | sept | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|------------------------|
| PHA | 71 | 70 | 69 | 70 | 70 | 72 | 64 | 63 | 60 | 62 | 60 | -10 | -12 |
| MED | 75 | 73 | 70 | 66 | 70 | 65 | 65 | 66 | 65 | 65 | 65 | -5 | 0 |
| KKN | 43 | 38 | 37 | 39 | 41 | 42 | 38 | 36 | 37 | 38 | 37 | -4 | -5 |
| KVB | 127 | 122 | 119 | 127 | 120 | 130 | 143 | 136 | 133 | 135 | 138 | 18 | 8 |
| KRK | 306 | 305 | 304 | 301 | 303 | 301 | 315 | 325 | 327 | 325 | 312 | 9 | 12 |
| HLK | 25 | 24 | 23 | 25 | 24 | 24 | 21 | 26 | 30 | 30 | 23 | 0 | -1 |
| SMK | 65 | 70 | 64 | 66 | 61 | 53 | 58 | 66 | 60 | 62 | 55 | -6 | 2 |
| AKU | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 7 | 6 | 6 | 5 | 7 | 0 | -1 |
| KDI | 207 | 213 | 215 | 210 | 207 | 220 | 221 | 217 | 215 | 213 | 214 | 7 | -6 |
| KRG | 112 | 117 | 115 | 113 | 115 | 117 | 122 | 120 | 127 | 126 | 121 | 6 | 4 |
| OSS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | -1 |
| STA | 8 | 8 | 9 | 8 | 7 | 9 | 35 | 37 | 36 | 36 | 40 | 33 | 31 |
| OUS | 1 052 | 1 051 | 1 035 | 1 035 | 1 030 | 1 044 | 1 093 | 1 100 | 1 098 | 1 099 | 1 074 | 45 | 31 |

Bemanning

Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

| Månedsværk månedslønnede | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | jun | juli | aug | sept | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|
| PHA | 2 586 | 2 625 | 2 585 | 2 574 | 2 585 | 2 581 | 2 070 | 2 072 | 2 041 | 2 029 | 2 053 | -532 | -528 |
| MED | 1 537 | 1 575 | 1 549 | 1 515 | 1 548 | 1 541 | 1 290 | 1 308 | 1 278 | 1 235 | 1 293 | -255 | -248 |
| KKN | 1 866 | 1 869 | 1 867 | 1 881 | 1 877 | 1 911 | 1 927 | 1 944 | 1 931 | 1 940 | 1 922 | 45 | 11 |
| KVB | 1 677 | 1 705 | 1 684 | 1 680 | 1 696 | 1 688 | 1 666 | 1 695 | 1 665 | 1 620 | 1 656 | -39 | -31 |
| KRK | 1 685 | 1 722 | 1 694 | 1 702 | 1 699 | 1 703 | 1 676 | 1 711 | 1 684 | 1 670 | 1 674 | -25 | -30 |
| HLK | 687 | 696 | 672 | 675 | 689 | 677 | 707 | 730 | 729 | 725 | 715 | 26 | 38 |
| SMK | 717 | 739 | 720 | 717 | 715 | 718 | 708 | 738 | 708 | 712 | 707 | -8 | -11 |
| AKU | 2 054 | 2 105 | 2 093 | 2 073 | 2 081 | 2 070 | 2 018 | 2 052 | 2 039 | 2 008 | 2 019 | -62 | -51 |
| KDI | 2 019 | 2 040 | 2 025 | 2 022 | 2 032 | 2 034 | 1 954 | 1 969 | 1 963 | 1 963 | 1 958 | -74 | -76 |
| KRG | 111 | 114 | 112 | 111 | 112 | 113 | 117 | 119 | 123 | 124 | 118 | 6 | 5 |
| OSS | 1 691 | 1 683 | 1 662 | 1 640 | 1 705 | 1 638 | 1 608 | 1 612 | 1 593 | 1 568 | 1 607 | -98 | -31 |
| STA | 330 | 325 | 320 | 316 | 337 | 318 | 308 | 303 | 300 | 300 | 306 | -31 | -11 |
| OUS | 16 967 | 17 202 | 16 989 | 16 912 | 17 086 | 16 998 | 16 053 | 16 256 | 16 060 | 15 898 | 16 034 | -1 052 | -964 |

| Månedsværk variabelt lønnede | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | jun | juli | aug | sept | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|------------------------|
| PHA | 341 | 389 | 413 | 427 | 357 | 371 | 303 | 317 | 361 | 379 | 333 | -24 | -37 |
| MED | 162 | 162 | 157 | 147 | 147 | 149 | 120 | 128 | 100 | 133 | 130 | -17 | -19 |
| KKN | 130 | 134 | 161 | 168 | 133 | 162 | 170 | 156 | 164 | 213 | 159 | 27 | -2 |
| KVB | 88 | 113 | 113 | 125 | 98 | 111 | 118 | 103 | 118 | 128 | 107 | 9 | -3 |
| KRK | 66 | 77 | 80 | 89 | 70 | 82 | 91 | 84 | 105 | 110 | 83 | 13 | 1 |
| HLK | 44 | 53 | 48 | 62 | 46 | 53 | 46 | 41 | 51 | 73 | 52 | 5 | -2 |
| SMK | 35 | 34 | 31 | 40 | 31 | 37 | 45 | 29 | 39 | 47 | 35 | 4 | -1 |
| AKU | 235 | 233 | 202 | 214 | 207 | 221 | 233 | 218 | 203 | 290 | 231 | 23 | 10 |
| KDI | 54 | 61 | 67 | 62 | 56 | 67 | 69 | 68 | 89 | 96 | 71 | 15 | 4 |
| KRG | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | 4 | 2 | 3 | 0 | -1 |
| OSS | 158 | 186 | 253 | 247 | 184 | 217 | 148 | 130 | 193 | 205 | 175 | -9 | -42 |
| STA | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | -2 | -3 |
| OUS | 1 317 | 1 448 | 1 531 | 1 673 | 1 346 | 1 477 | 1 352 | 1 276 | 1 428 | 1 677 | 1 382 | 36 | -95 |

Bemanning

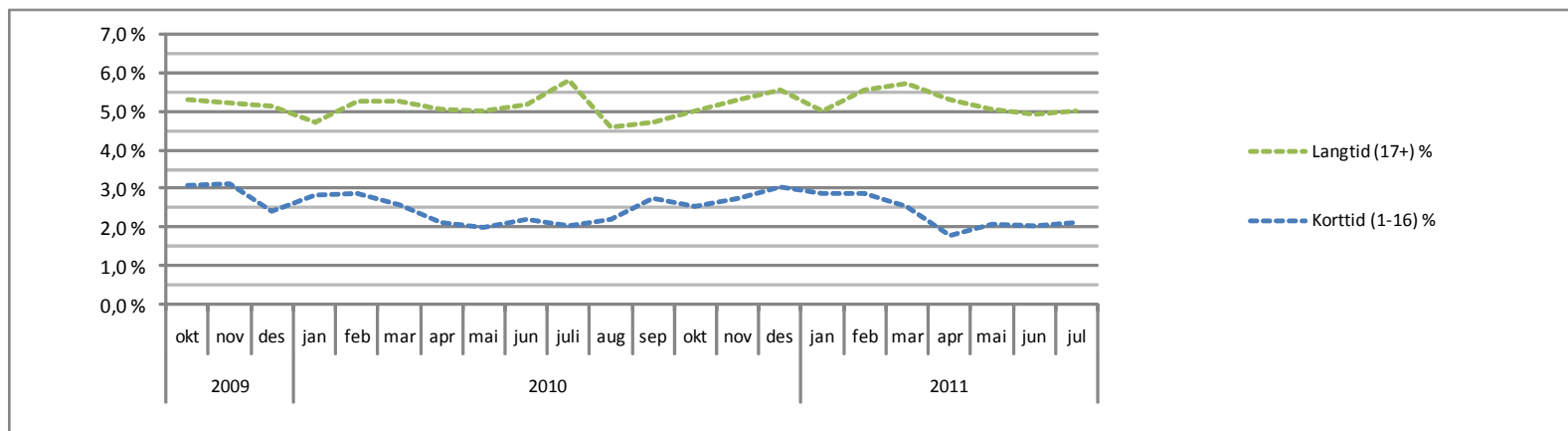
Innleie av helsepersonell per klinikk (kostnader omregnet til årsverk)

| Innleie fra vikarbyrå | jun | juli | aug | sep | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | jun | juli | aug | sept | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------------|------------|------------|------------|----------|-------------|---------------------------|------------------------|
| PHA | -27 | 2 | 7 | 8 | 3 | 10 | 0 | 8 | 14 | - | 9 | 6 | 0 |
| MED | 17 | 12 | 24 | 17 | 17 | 21 | 12 | 18 | 15 | - | 15 | -2 | -6 |
| KKN | 33 | 25 | 30 | 12 | 23 | 49 | 18 | 26 | 30 | - | 26 | 3 | -23 |
| KVB | 10 | 39 | 45 | 19 | 22 | 27 | 25 | 45 | 51 | - | 32 | 10 | 5 |
| KRK | 16 | 14 | 21 | 16 | 11 | 18 | 21 | 4 | 14 | - | 13 | 2 | -5 |
| HLK | 25 | 15 | 23 | 27 | 21 | 32 | 7 | 12 | 16 | - | 18 | -3 | -14 |
| SMK | 12 | 12 | 7 | 8 | 10 | 12 | 14 | 9 | 5 | - | 12 | 1 | -1 |
| AKU | 51 | 48 | 38 | 53 | 41 | 47 | 40 | 36 | 36 | - | 45 | 3 | -3 |
| KDI | 5 | 6 | 6 | 6 | 4 | 8 | 8 | 5 | 6 | - | 7 | 3 | -1 |
| KRG | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | |
| OSS | 0 | 0 | 11 | -11 | 2 | 0 | 0 | 1 | - | - | 0 | -1 | 0 |
| STA | 0 | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | |
| SUM | 141 | 172 | 214 | 152 | 156 | 225 | 148 | 162 | 187 | - | 177 | 22 | -48 |

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

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

Sykefraværslengder, utvikling



Sykefraværslengder, per juli

| Sykefraværslengde gj.sn. Jan-juli | Korttid (1-16) | | | Langtid (17+) | | | Total sykefravær |
|-----------------------------------|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------------|
| | 1-3 dager | 4-16 dager | Sum | 17-56 dager | > 56 dager | Sum | |
| PHA | 1,3 % | 1,2 % | 2,4 % | 1,3 % | 4,4 % | 5,7 % | 8,2 % |
| MED | 1,1 % | 1,2 % | 2,2 % | 1,5 % | 3,1 % | 4,7 % | 6,9 % |
| KKN | 1,0 % | 1,1 % | 2,1 % | 1,3 % | 4,4 % | 5,8 % | 7,9 % |
| KVB | 0,9 % | 1,2 % | 2,1 % | 1,4 % | 4,0 % | 5,4 % | 7,4 % |
| KRK | 1,0 % | 1,0 % | 2,1 % | 1,2 % | 3,2 % | 4,4 % | 6,5 % |
| HLK | 0,8 % | 0,9 % | 1,8 % | 1,1 % | 2,9 % | 4,1 % | 5,8 % |
| SMK | 1,0 % | 0,9 % | 1,9 % | 1,3 % | 4,1 % | 5,4 % | 7,2 % |
| AKU | 1,2 % | 1,3 % | 2,5 % | 1,4 % | 4,3 % | 5,8 % | 8,2 % |
| KDI | 1,1 % | 1,1 % | 2,2 % | 1,3 % | 2,9 % | 4,1 % | 6,4 % |
| KRG | 1,0 % | 0,9 % | 1,9 % | 0,6 % | 2,7 % | 3,3 % | 5,1 % |
| OSS | 1,5 % | 2,1 % | 3,5 % | 1,6 % | 4,9 % | 6,5 % | 10,0 % |
| STA | 0,5 % | 0,8 % | 1,3 % | 0,7 % | 1,9 % | 2,6 % | 3,9 % |
| OUS | 1,1 % | 1,2 % | 2,3 % | 1,4 % | 3,9 % | 5,2 % | 7,6 % |

Helse Sør-Øst RHF
Viseadm. dir. Steinar Marthinsen
Postboks 404
2303 Hamar

Sentralbord: 02770

| | | | |
|---|-------------|------------------|--------------------|
| Vår ref.: 2011/14751 Oppgis ved all henvendelse | Deres ref.: | Saksbeh.: JØJ | Dato: 25.8.2011 |
|---|-------------|------------------|--------------------|

UTESTÅENDE REFUSJONSKRAV HOS NAV

Oslo universitetssykehus har store beløp i krav på refusjoner utestående hos NAV fra 2009 og 2010. Per utgangen av juli henholdsvis 44,8 millioner kroner og 29,2 millioner kroner.

Foretaket har kontakt med Sykehuspartner som arbeider med å få innfordret kravene. I henhold til Sykehuspartners plan for arbeidet skal det fortløpende i statusmøter med foretaket redegjøres og anbefales månedlige avsetninger inn mot rapportert 2011 regnskap. Foreløpig er det gjort en avsetning på 25 millioner kroner i 2011 regnskapet, med en akkumulert avsetning på 55 millioner kroner.

Styret i Oslo universitetssykehus har bedt om å bli holdt orientert om utviklingen i utestående krav fra 2009 og 2010. Vi finner det derfor riktig å orientere om oppmerksomheten saken har i foretaket.

Sykehuspartners innfordring tar unna foretakets refusjonskrav fra 2011, samtidig med oppfølgingen av eldre krav fra 2009 og 2010.

Dette brevet sendes også i kopi til Sykehuspartner.

Med vennlig hilsen



Jan Eirik Thoresen



Til Helse Sør-Øst RHF

Rapport om faktiske funn

Vi har gjennomført de handlinger som er avtalt med dere og listet opp nedenfor vedrørende avslutningen av prosjektet Klinisk Arbeidsflate. Vårt oppdrag ble utført i samsvar med ISRS 4400 "Avtalte kontrollhandlinger".

Handlingene ble utført kun for å bistå dere i vurderingen av riktigheten av kostnader med prosjektnummer som henspeiler på Klinisk Arbeidsflate og oppsummeres som følger:

- 1 Vi har innhentet oversikt over kostnader med prosjektnummer som henspeiler på Klinisk Arbeidsflate og kontrollert bokførte kostnader med dette prosjektnummeret.
- 2 Vi har gjennomgått oversikt over delprosjekter under Klinisk Arbeidsflate som skal videreføres, delprosjekter satt i produksjon og ikke-produksjonssatte delprosjekter i samarbeid med teknisk personale for identifikasjon av nedskrivningsbehov.
- 3 Vi har vurdert avsetninger, herunder bruk av estimater, som utgjør en vesentlig andel av prosjektets kostnader.

Vi rapporterer våre funn nedenfor:

- a) Med hensyn til punkt 1 har vi ikke funnet vesentlige feil.
- b) Med hensyn til punkt 2 har vi funnet at teknisk personales vurdering av identifisert nedskrivningsbehov er i henhold til gjeldende rammeverk for finansiell rapportering.
- c) Med hensyn til punkt 3 har vi funnet at beste estimat er anvendt. Vi vil presisere at endelig utfall er avhengig av mekling med prosjektets hovedleverandør. Endelig prosjektkostnad kan således avvike fra det estimatet som er lagt til grunn pr dato.


Siden de ovenstående kontrollhandlingene verken utgjør revisjon eller begrenset revisjon i samsvar med revisjonsstandardene, gir vi ikke uttrykk for noen sikkerhet for at kostnader relatert til prosjektet Klinisk Arbeidsflate ikke inneholder vesentlige feil.

Dersom vi hadde utført tilleggshandlinger eller hadde gjennomført revisjon eller begrenset revisjon i samsvar med revisjonsstandardene, kunne andre forhold ha kommet til vår kunnskap og blitt rapport til dere.



Vår rapport er utelukkende utarbeidet for det formål som er beskrevet i første avsnitt i denne rapporten og til deres informasjon, og skal ikke brukes til noe annet formål. Rapporten vedrører kun de kontoer og poster som er spesifisert ovenfor og omfatter ikke regnskapene for Klinisk Arbeidsflate som helhet.

Tønsberg 22. august 2011
PricewaterhouseCoopers AS


Tom Henry Olsen
Statsautorisert revisor

TILTAK FOR REDUKSJON AV KOSTNADER I SISTE DEL AV 2011

Innhold:

1. Bakgrunn og prosess
2. Klinikkenes leveranser
 - 2.1 Klinikk psykisk helse og avhengighet
 - 2.2 Medisinsk klinikk
 - 2.3 Klinikk for kirurgi og nevrofag
 - 2.4 Kvinne- og barne klinikken
 - 2.5 Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon
 - 2.6 Hjerter-, lunge- og karklinikken
 - 2.7 Akuttklinikken
 - 2.8 Klinikk for diagnostikk og intervensjon
 - 2.9 Oslo sykehusservice
 - 2.10 Stab
3. Oppsummering

1. Bakgrunn og prosess

Foretaksmøtet la i møte 1. juni til grunn at styret i Oslo universitetssykehus HF sørger for at det er etablert tiltaksplaner som er tilstrekkelige til å styre virksomheten innen tillatt negativt resultat (inntil 400 mill kroner) på årsbasis. På bakgrunn av foretakets økonomiske resultater har også Helse Sør-Øst RHF iverksatt ekstraordinær oppfølging og bedt om klinikkvise tiltak for reduksjon i bemanning og andre kostnader i 2011.

Som oppfølging av dette er alle klinikkene nå pålagt å gjennomføre ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011.

Følgende bestilling ble sendt til klinikkene:

Bakgrunn:

Det vises til gjennomganger i de siste ledermøtene, og til dialog i de klinikkvise tertialoppfølgingsmøtene.

Forventet resultatutvikling fram mot årsskiftet, slik den er rapportert fra foretaket, vil ikke sikre nødvendig resultatforbedring i 2011 og heller ikke inn mot 2012. Det er nødvendig med resultatforbedring høsten 2011, og det er nødvendig å redusere risiko for negative budsjettavvik i 2012. For å sikre tilstrekkelig trygghet for fokus og gjennomføringskraft ved bemanningstilpasning og kostnadskontroll, har Helse Sør-Øst RHF innført ekstraordinær oppfølging. Dette innebærer at foretaket må synliggjøre mål for resultatforbedring resten av året for både bemanning og økonomisk resultat, og lage en plan for gjennomføring.

Klinikkene leverte fredag 9/9 prognoser for årsverksreduksjoner resten av året. I sum gir ikke prognosene nødvendige bemanningsreduksjoner og kostnadsreduksjoner for Oslo universitetssykehus HF. Det skal derfor leveres en ny prognose for resten av året, og en beskrivelse av hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå disse.

Bemanningstilpasning:

I ledermøtet tirsdag 13/9 ble det gjennomgått forventet ambisjonsnivå for reduksjon i bemanning som innebærer en samlet reduksjon på 700 årsverk innen utgangen av 2011.

Planen omfatter bemanningsreduksjoner basert på følgende trinn:

1. trinn: Gjennomføre planlagt innplassering (skal gi en reduksjon 340 årsverk)
2. trinn: Reduksjon av variable årsverk med minst 10 % (skal gi en reduksjon på 133 årsverk)
3. trinn: Ytterligere reduksjon med 227 årsverk (fordelt til klinikkene forholdsmessig ut fra gap til nytt målbilde 2012)

Tabellen under viser dette fordelt per klinikk.

| Brutto månedsværk | Reduksjon sfa innplassering (meldt august) | Reduksjon minst 10 % | Ytterligere reduksjon 2011 per klinikk | Krav til samlet reduksjon 2011 |
|-------------------|--|----------------------|--|--------------------------------|
| PHA | -48 | -32 | | -80 |
| MED | -44 | -13 | -24 | -81 |
| KKN | -61 | -15 | -21 | -98 |
| KVB | -30 | -10 | -20 | -60 |
| KRK | -9 | -8 | -25 | -42 |
| HLK | 0 | -5 | -30 | -35 |
| SMK | -16 | -3 | -24 | -43 |
| AKU | -19 | -23 | -24 | -66 |
| KDI | -36 | -7 | -12 | -55 |
| OSS | -70 | -17 | -21 | -108 |
| STA | -7 | 0 | -26 | -33 |
| OUS | -340 | -133 | -227 | -700 |

I klinikkenes utarbeidelse av oppdaterte prognoser (og gjennomføringsplaner) for reduksjon av brutto årsverk for oktober, november og desember skal dette legges til grunn.

For de ulike trinnene i bemanningstilpasningen, jfr tabell foran, skal følgende beskrives:

Innplassering (1. trinn)

Status for prosess med innplassering i klinikken og plan for å ta ut/håndtere overtallige. Dette skal synliggjøres per avdeling.

Variabel lønn (2. trinn)

Reduksjon av variable lønnskostnader omfatter både overtid, timelønnede og mertid. Tiltakene for å realisere målet (ned 10 pst) skal beskrives. Dersom klinikken differensierer målet for reduksjon i variabel lønn mellom avdelingene skal dette synliggjøres.

Annen årsverksreduksjon (3. trinn)

Andre årsverksreduksjoner omfatter reduksjon i årsverk utover reduksjon som følge av gjennomføring av innplasseringsprosessen og reduksjon i variabel lønn. Reduksjon i legebemannings omfattet også av dette punktet. Legebemanningen er så langt ikke redusert i samsvar med det som er lagt til grunn for overføring av aktivitet og bemanning til Ahus/VV. Bruken av legeressurser skal minimum reduseres i samsvar med det som har vært lagt til grunn i dette arbeidet. Resultatet av dette kan være at det blir mindre antall ansatte eller mindre kjøp av legetid fra de som er her (eller en kombinasjon). Bruk av innleid personell defineres i denne sammenheng som variable lønnskostnader.

Klinikkene bes komme med en presis liste over hvor disse årsverkene skal tas ut og plan gjennomføring.

Generelt for bemanningsreduksjoner:

Tiltak som planlegges gjennomført for å levere estimerte bemanningsreduksjoner skal konkretiseres/beskrives. Utgangspunkt / referansepunkt for gjennomføring av bemanningsreduksjoner skal også beskrives. Klinikken bes beskrive tiltak per avdeling der dette er mulig.

Det skal benyttes samme mal som ved rapportering 9/9 (det kan bli mindre justeringer ifht figurer og lignende). Dette innebærer at det skal legges inn prognoser for:

- Totalt antall årsverk
- Andel variable årsverk
 - Overtid
 - Mertimer

Klinikkene må vurdere hva som skal være utgangspunkt (referansepunkt) for måling av bemanningsreduksjoner. Dette skal også legges inn i malen.

Bemanningsreduksjonene skal gjennomføres slik at de i minst mulig grad reduserer aktiviteten ved sykehuset.

Reduksjon i andre kostnader:

Det er også behov for å redusere andre driftskostnader. Det skal være fokus på de kostnadsposter som vurderes å være påvirkbare på kort sikt. Helse Sør-Øst RHF har foreløpig sagt at de vil følge opp utviklingen i postene Reise, diett (kontogruppe 71xx), Konsulenttjenester (kontogruppe 672x), Annen ekstern tjeneste (kontogruppe 71x), Ref., vedlikehold og service IKT-utstyr (kontogruppe 664x) og Annen kostnad (kontogruppe 779x).

Dere bes vurdere mulighetene for kostnadsreduksjoner innenfor disse områdene. Dere bes i tillegg vurdere mulighetene for kostnadsreduksjonen innenfor øvrige kostnadsposter. Generelt legges det til grunn at kostnader innenfor innenfor disse områdene reduseres til ett minimum i resten av 2011. Anskaffelser av mindre utstyr som kan utsettes til 2012 må også vurderes.

Klinikkene bes definere minst 5 konkrete områder for kostnadsreduksjoner i 2011. Mål for kostnadsreduksjon og tiltak for gjennomføring av disse skal beskrives.

Oppsummering og frist for leveranse fra klinikk:

Klinikken bes levere:

- Nye årsprognoser for bemanningsutvikling 2011
- Områder for kostnadsreduksjon og konkrete målsettinger for disse
- Skriftlig redegjørelse for tiltak og planer for gjennomføring

Frist: Mandag 19. september før kl 14.

Klinikkenes leveranser sendes på mail til Anne Karlsen med kopi til Cristina Christensen.

Klinikklederne bes presentere egne prognoser for reduksjon i bemanning og andre kostnader, samt plan for gjennomføring av de tiltak prognosene er basert på, i ledermøte 20. september.

Klinikkenes planer vil bli tatt inn i styresak om rapportering per september og foretaket skal også levere oppdaterte prognoser til Helse Sør-Øst RHF. Dette vil bli gjort i etterkant av tirsdays ledermøte.

Videre prosess:

- Klinikkenes leveranser gjennomgås i ledermøtet tirsdag 20.9
- Eventuelle justeringer etter gjennomgang i ledermøtet
- Rapportering til styret rapportering til styret og HSØ torsdag 22.9
- Løpende rapportering på gjennomføring

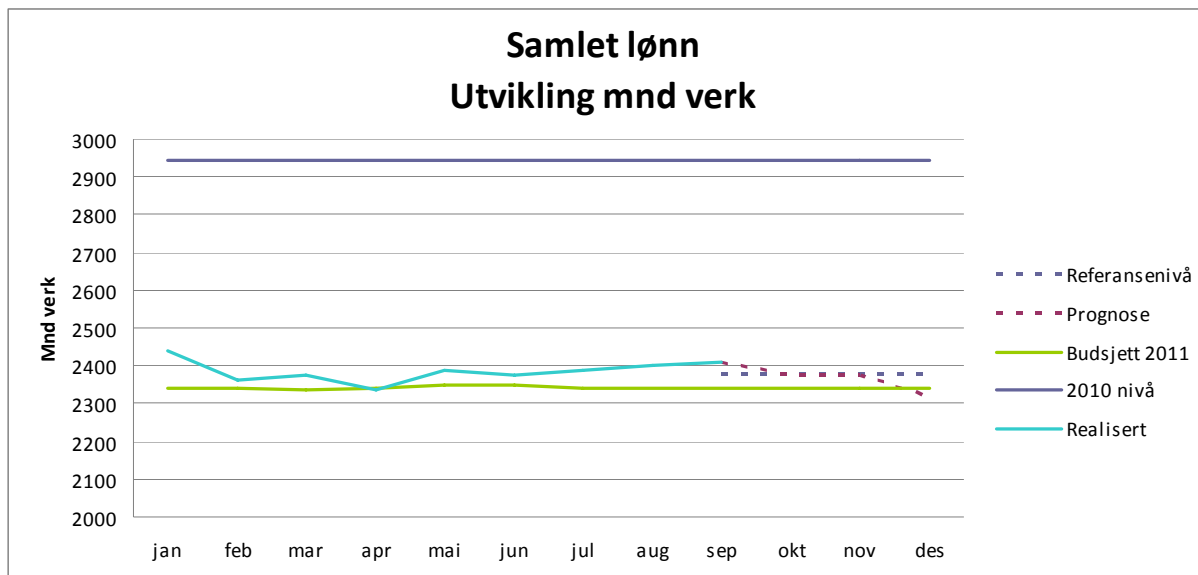
2. Klinikkenes leveranser

På bakgrunn av bestillingen fremkommer videre i saken klinikkenes prognoser for brutto månedsverk for oktober, november og desember. For alle er det lagt til grunn gjennomsnitt i første halvår 2011 som referansenivå.

I teksten til hver klinikk er det beskrevet hvordan klinikkene jobber med reduksjon av bemanningen, jfr de rapporterte prognosene for siste kvartal.

For reduksjon i andre kostnader er klinikkenes vurdering av mulige reduksjoner og estimat for reduksjoner beskrevet under den enkelte klinikk. Mal for kostnadsoppfølging er utfylt ut på bakgrunn av dette.

2.1 Klinikk psykisk helse og avhengighet



| Klinikk psykisk helse og avhengighet | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | | | |
|--------------------------------------|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|-------|-------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep(1) | okt | nov | des | | |
| Prognose Samlet lønn | Mnd verk - prognose | ant | 2 944 | 2 383 | 2 440 | 2 363 | 2 375 | 2 337 | 2 388 | 2 373 | 2 389 | 2 401 | 2 408 | 2 375 | 2 374 | 2 320 |
| | Mnd verk - budsjett-11 | ant | | | 2 340 | 2 340 | 2 338 | 2 340 | 2 348 | 2 349 | 2 339 | 2 339 | 2 339 | 2 339 | 2 339 | 2 339 |
| | Kalkulert referansenivå (gitt ingen ekstraordinære aktiviteter igangsettes). Default er gj.snitt for mars-juni. Kun forslag | | | | | | | | | | | 2 379 | 2 379 | 2 379 | | |
| | Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 59 | | |

Generelt

Det er satt i gang tiltak på bred front i klinikken. Reduksjon i innleie følges opp månedlig gjennom rapportering og oppfølging i lederlinjen samt i driftsmøter med senter og avdelinger. Egne tiltak i klinikken er etablert, koordinert med budsjett og innplasseringsprosess. Gjennomgang bemanningsplaner, gjennomgang av vakt og turnusplaner, reduksjon i bruk av ekstravakter og overtid, nøye stillingskontroll, for å nevne noe.

Innplassering (trinn 1)

Totalt innmeldt reduksjon pr august er 48 månedsverk innen utgangen av 2011. Dette fordeler

seg på BUP med 35 månedsværk og øvrige avdelinger med 13, hovedsakelig på TSB.

Variabel lønn (trinn 2)

Variabel lønn forventes redusert med 10 % eller 32 månedsværk (fra nivå i august). Nedgangen i variabel tid fordeler seg over alle sentre og avdelinger, med 10 årsværk på overtid og 22 årsværk på mertid fordelt over 4. kvartal.

Ytterligere reduksjoner (trinn 3)

Ingen.

Andre kostnader

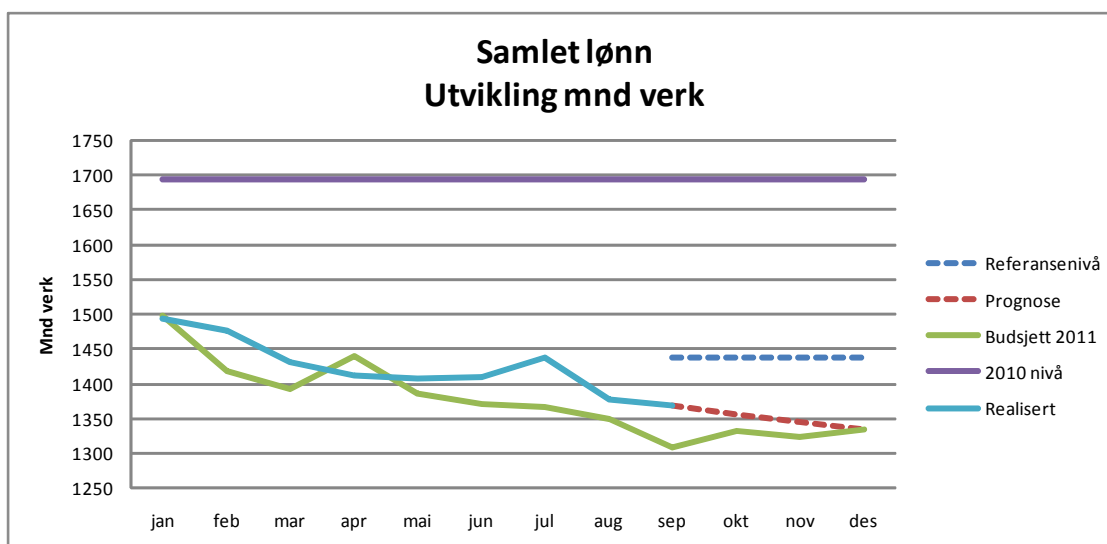
Ved gjennomgang av andre kostnadstyper er det identifisert følgende reduksjonsmål: (tall i tusen kroner).

Kostnadsnivået varierer fra art til art besparelespotensialet er variabelt. Besparelsene er vurdert utfra gjennomsnittlig forbruk i de første 8 måneder.

| | |
|------------------------|-----|
| IKT utstyr | 5 |
| Konsulenttenester | 350 |
| Annen ekstern tjeneste | 360 |
| Reisekostnader | 85 |
| Annen kostnad | 50 |
| Total | 850 |

Besparelsene vil fordele seg jevnt over 4. kvartal.

2.2 Medisinsk klinikk



| MEDISINSK KLINIKK | | | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | Prognose | | | | |
|---|---|-----|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Prognose Samlet lønn | Mnd verk - prognose | ant | 1 694 | 1 424 | 1 493 | 1 477 | 1 430 | 1 411 | 1 409 | 1 410 | 1 437 | 1 378 | 1 368 | 1 356 | 1 345 | 1 334 |
| | Mnd verk - budsjett-11 | ant | | | 1 499 | 1 419 | 1 393 | 1 440 | 1 386 | 1 371 | 1 366 | 1 349 | 1 309 | 1 332 | 1 324 | 1 334 |
| | Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | | 1 438 | 1 438 | 1 438 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | | | 82 | 93 | 104 |

Innplassering (trinn 1) (44)

Reduksjon av 44 stillinger blir en effekt av klinikkens nye bemanningsplaner og bemanningsnorm på sengepostene. Tre avdelinger er ikke berørt av overføring av pasientgrunnlag til AHUS; Seksjon for endokrinologi, forebyggende og Akuttmedisinsk avdeling. De øvrige avdelinger reduserer bemanning i forhold til justert aktivitetsnivå. Innplasseringsprosessen er slutført fra klinikkens side med involvering av alle avdelinger og drøftemøter med tillitsvalgte. Klinikken avventer at Teknisk team skal sende ut brev om innplassering til den enkelte medarbeider. Parallelt med dette er klinikken i ferd med å gjennomføre individuelle drøftinger, om overgang fra dagtid til tre-delt turnus, for å få løst våre driftsmessige utfordringer med mangel på fast ansatte og kompetanse i helgene, knyttet til våre marginale bemanningsplaner.

Alle tall i brutto årsverk

Trinn 1

Innplassering

| | | |
|--------|--------------------------------------|------|
| B11005 | MED AKUTTMEDISINSK AVDELING | |
| B11025 | FOREBY., ENDO og SYKELIG OVERVEKT | |
| B11030 | MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 3,7 |
| B11035 | MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING | 4,8 |
| B11040 | MED GERIATRISK AVDELING | 8,1 |
| B11045 | MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 9,6 |
| B11050 | MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 5,6 |
| B11055 | MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 4,6 |
| B11060 | MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 3,7 |
| B11065 | MED NYREMEDIKINSK AVDELING | 3,9 |
| B11090 | MED STAB | |
| | | 44,0 |

Variabellønn (trinn 2) (13)

Stram styring og oppfølgingsregime vil gi en effekt på variabellønn. Vi har allerede sett noe effekt av dette arbeidet. Fokus på disse områdene økes. Dette er forankret i klinikkens ledergruppe og linje.

Opprettelse av bemanningsenhet som dekker opp ekstravakt, forskjøvet og overtid. Vil estimert gi en effekt på 6 variabellønnsårsverk.

| Alle tall i brutto årsverk | Trinn 2 | |
|---|---------------|-----------------|
| | Stram styring | Bemanningsenhet |
| B11005 MED AKUTTMEDISINSK AVDELING | 1,6 | |
| B11025 FOREBY., ENDO og SYKELIG OVERVEKT | | |
| B11030 MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 0,5 | 0,5 |
| B11035 MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING | 0,6 | 0,7 |
| B11040 MED GERIATRISK AVDELING | 1,1 | 1,3 |
| B11045 MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 1,5 | 1,6 |
| B11050 MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 0,9 | 1,0 |
| B11055 MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 0,5 | 0,5 |
| B11060 MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | | |
| B11065 MED NYREMEDISINSK AVDELING | 0,3 | 0,4 |
| B11090 MED STAB | | |
| | 7,0 | 6,0 |

Ytterligere reduksjon (trinn 3) (24)

Iverksatte planer for bemanningstilpasninger i henhold til aktivitetsnivå gjennomføres. I forhold til planer lagt høsten 2010 ligger Medisinsk klinikk godt i rute for oppnåelse av disse effektene. Klinikken øker trykket for å gjennomføre med økte effekter.

| Alle tall i brutto årsverk | Trinn 3 |
|---|-----------------------|
| | Bemannings tilpasning |
| B11005 MED AKUTTMEDISINSK AVDELING | |
| B11025 FOREBY., ENDO og SYKELIG OVERVEKT | 1,2 |
| B11030 MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 1,9 |
| B11035 MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING | 2,5 |
| B11040 MED GERIATRISK AVDELING | 4,2 |
| B11045 MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 5,0 |
| B11050 MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 2,9 |
| B11055 MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 2,4 |
| B11060 MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 1,9 |
| B11065 MED NYREMEDISINSK AVDELING | 2,0 |
| B11090 MED STAB | |
| | 24,0 |

Andre kostnader

Etter gjennomgang av andre kostnader i regnskap på klinikknivå sammen med klinikkledelse er det liten reduksjon å hente.

Tiltak (tall i hele tusen kroner):

| | |
|---|------------|
| 1. Avslutte konsulent administrativ støtte | 500 |
| 2. Redusere kursvirksomhet | 40 |
| 3. Redusere reisevirksomhet | 30 |
| 4. Gjenbruk av aker infrastruktur (kontormøbler etc.) | 30 |
| 5. Stramme inn IKT innkjøp | 40 |
| | 640 |

Oppsummering

Innplassering (trinn 1) (44)

Reduksjon av 44 stillinger blir en effekt av klinikkens innføring av bemanningsplan. Innplasseringsprosessen er slutført fra klinikkens side med involvering av alle avdelinger og drøftemøter med tillitsvalgte. Klinikken avventer av Teknisk team skal sende ut brev om innplassering til den enkelte medarbeider.

Variabellønn (trinn 2) (13)

Stram styring og oppfølgingsregime vil gi en effekt på variabellønn. Vi har allerede sett noe effekt av dette arbeidet. Fokus på disse områdene økes. Dette er forankret i klinikkens ledergruppe og linje.

Opprettelse av bemanningsenhet som dekker opp ekstravakt, forskjøvet og overtid. Vil estimert gi en effekt på 6 variabellønnsårsverk.

Ytterligere reduksjon (trinn 3) (24)

Iverksatte planer for bemanningstilpasninger i henhold til aktivitetsnivå gjennomføres. I forhold til planer lagt høsten 2010 ligger medisinsk klinikk godt i rute for oppnåelse av disse effekter. Klinikken øker trykket for å gjennomføre med økte effekter.

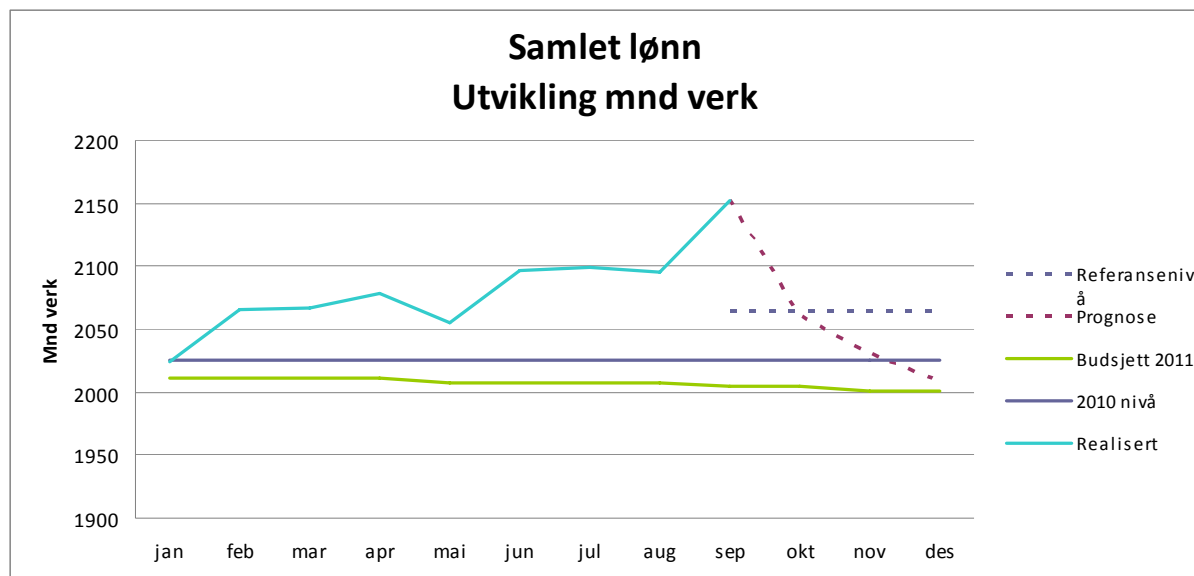
Andre kostnader

Etter gjennomgang av andre kostnader i regnskap på klinikknivå sammen med klinikkledelse er det liten reduksjon å hente. Grovt estimat er ca. 500.000,- ut året. Klinikken vil redusere posten som angår innleid konsulentbruk til administrativ støtte.

Klinikken har et stramt budsjett og regime for kurs- og reisevirksomhet.

| Alle tall i brutto årsverk | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 3 | | Sum |
|---|---------------|---------------|-----------------|-----------------------|------|
| | Innplassering | Stram styring | Bemanningsenhet | Bemannings tilpasning | |
| B11005 MED AKUTTMEDISINSK AVDELING | | 1,6 | | | 1,6 |
| B11025 FOREBY., ENDO og SYKELIG OVERVEKT | | | | 1,2 | 1,2 |
| B11030 MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 3,7 | 0,5 | 0,5 | 1,9 | 6,6 |
| B11035 MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING | 4,8 | 0,6 | 0,7 | 2,5 | 8,6 |
| B11040 MED GERIATRISK AVDELING | 8,1 | 1,1 | 1,3 | 4,2 | 14,7 |
| B11045 MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 9,6 | 1,5 | 1,6 | 5,0 | 17,7 |
| B11050 MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 5,6 | 0,9 | 1,0 | 2,9 | 10,5 |
| B11055 MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 4,6 | 0,5 | 0,5 | 2,4 | 8,0 |
| B11060 MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 3,7 | | | 1,9 | 5,6 |
| B11065 MED NYREMEDISINSK AVDELING | 3,9 | 0,3 | 0,4 | 2,0 | 6,6 |
| B11090 MED STAB | | | | | |
| | 44,0 | 7,0 | 6,0 | 24,0 | 81,0 |

2.3 Klinikk for kirurgi og nevrofag



| KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 2 025 | 2 081 | 2 024 | 2 065 | 2 067 | 2 079 | 2 055 | 2 096 | 2 099 | 2 095 | 2 153 | 2 060 | 2 030 | 2 008 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 2 011 | 2 011 | 2 011 | 2 011 | 2 007 | 2 007 | 2 007 | 2 007 | 2 005 | 2 005 | 2 001 | 2 001 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 2 064 | 2 064 | 2 064 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 4 | 34 | 56 |

Innplassering (1. trinn)

Klinikken har definert volum på nedbemanning og til dels definert konkrete stillinger (personer), men dette arbeidet er ikke helt slutført enda. Reell nedbemanning er definert til 43,5 årsverk. Det hersker usikkerhet omkring innslagspunktet for reell kostnadsreduksjon gitt mulighet for at overtallighet kan resultere i oppsigelser som kan ta tid. Klinikken meldte inn meldte 61årsverk var det også basert på at vi har arbeidet med å bedre turnusplaner ved mer jevnere vaktbelastning. Konsekvensen av dette er mindre innleie og overtid/ekstravakter.

Variabel lønn (2. trinn)

Det skal reduseres bruk av overtid/mertid definert ca 35 årsverk (må ses i sammenheng med nedbemanningstallene). Klinikken inndrar fullmakter til å leie inn fra vikarbyrå, med unntak av ortopedisk operasjonsstue og kjevekirurgisk operasjonsstue som har ledige stillinger. Dette vil utgjøre ca 10 årsverk fra juni nivå, men opp mot 20 ift august/september nivå. Effekten vil komme relativt raskt, noe i oktober, men med full tyngde i november og desember. All prosjektbasert poliklinikk/kveldspoliklinikker avvikles (noen unntak er definert) så snart det er praktisk mulig ift pasientene. Dette utgjør på klinikknivå i størrelse ca 500 000 pr måned (tilsvarer 5 legeårsverk – pga at de er registrert som annen variabel lønn slår det ant ikke ut i årsverk). Dette gjelder bla. nevrologisk avdeling, øyeavdelingen og ortopedisk avdeling

Annen årsverksreduksjon (3. trinn)

Et slikt nedtrekk i variabel lønn, kan vise seg å bli vanskelig å gjennomføre. Derfor vil det måtte ledigholdes stillinger. Dette vil bety at vi etter hvert vil få problemer med å opprettholde aktiviteten. Stillinger som ledigholdes søkes primært å tas jevnt og der det berører vaktgående personell minst. Klinikken er tungt vakt- og turnusbasert slik at det er vanskelig å se at ikke aktiviteten blir berørt.

Reduksjon i andre kostnader

Kostnader her i i liten grad budsjettert og utgjør lite. Vi vil redusere reisekostnader og avvikle konsulentbruk (som ikke er ekstern finansiert) og adm. innleie.

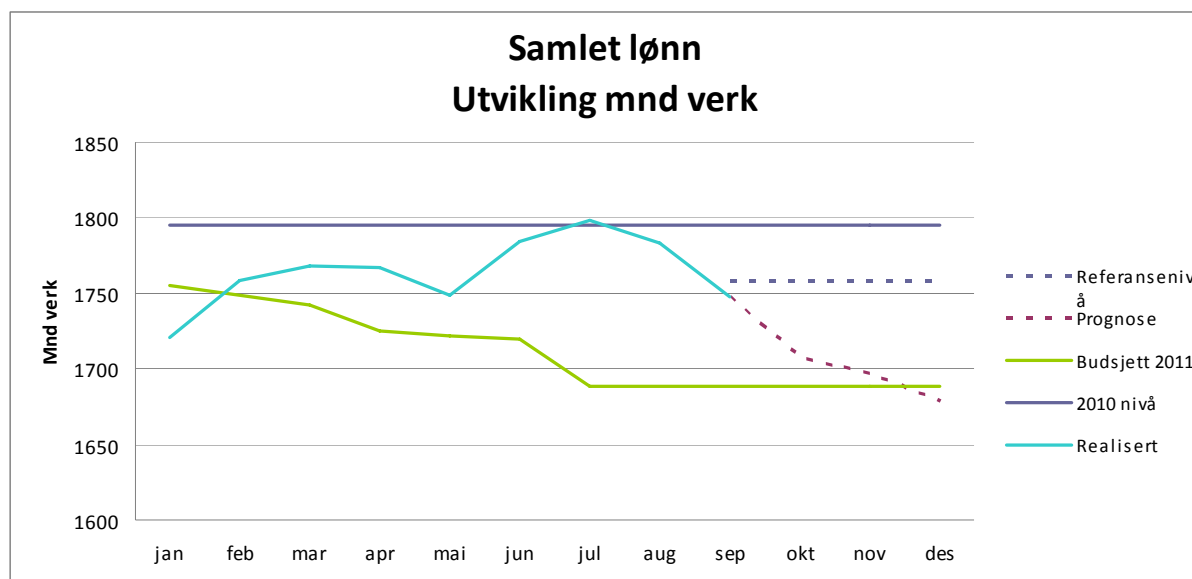
| Kontogruppe | Kommentar | Innsparing ut året (tall i hele tusen kroner) |
|--------------------------|--|--|
| Reisekostnader | Svært mye av dette er knyttet til eksterne midler | 100 |
| Konsulenttjenester | Avvikles etter leveranse av Flytting NKI Ellers er det også her knyttet til eksterne midler (FOU) | |
| IKT utstyr | Ytterligere kostnader minimaliseres | |
| Innleie av adm personell | Avvikles | 200 |

Konklusjon og konsekvenser

Klinikken vil være ferdig med innplassering i uke 39/41. Det vil bli noe overtallighet som det vil ta tid å avvikle kostnader relatert til. Utover dette vil det reduseres innleie og overtid. Årsverk knyttet til innleie inngår ikke i tallene som er levert inn. Klinikken må i tillegg vurdere å ledigholde stillinger/unngå ansettelse i vikariater/faste stillinger for å nå stillingsnivået.

Da det foreløpig ikke er avklart når vi får tatt ut alle årsverkene vil det i prognosen fremkomme forholdsvismessig flere variabel årsverk enn slik det er beskrevet i teksten. Klinikken har stor andel døgnbasert virksomhet, med tung vaktbelastning. Disse tiltakene vil raskt gi suboptimal drift og stor risiko for strykninger og redusert aktivitet. Dette kan igjen medføre økte ventetider og fristbrudd.

2.4 Kvinne- og barneklirikken



| KVINNE- OG BARNEKLIRIKKEN | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 1 795 | 1 764 | 1 721 | 1 758 | 1 768 | 1 767 | 1 749 | 1 784 | 1 798 | 1 783 | 1 748 | 1 708 | 1 697 | 1 679 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 1 755 | 1 749 | 1 742 | 1 725 | 1 721 | 1 720 | 1 689 | 1 689 | 1 689 | 1 689 | 1 689 | 1 689 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 1 758 | 1 758 | 1 758 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 51 | 61 | 79 |

A. Beskriv de største tiltakene for bemanningsreduksjon

- Vedtatte bemanningsreduksjoner med realisering høsten 2011 (trinn 1, 61 årsverk):** Fra gjennomsnitt 1.halvår til september har vi nedbemannet med 34 årsverk som følge realisering av tiltak jfr tiltakslista i opprinnelig budsjett 2011 og ved P500. I løpet av høsten 2011 planlegger vi realisering av følgende ytterligere bemanningsreduksjoner:
 - Bortfall av halehengstillinger (12 årsverk):** Spesielt Barnemedisinsk akuttavdeling og Gynekologisk avdeling har halehengstillinger som avsluttes i løpet av høsten. Utgjør 12 årsverk.
 - P500 (4,5 årsverk):** Vi har allerede redusert 3 årsverk nå i aug/sept knyttet til tiltaket på Avansert hjemmesykehus. Det største tiltaket som vi har igjen å realisere i forhold til det vi meldte inn i P500 prosessen er reduksjon av 2,5 årsverk ved å ta ned 1 seng på Nyfødtintensiv avdeling. Andre mindre tiltak summerer seg til reduksjon av ytterligere 2 årsverk.
 - Løsning for ikke-innplasserte (10 årsverk):** Klinikken har gjennomført innplasseringspross, både foreløpig og endelig innplassering (klinikkspesifikke stillinger). Alle faste ansatte har mottatt brev om innplassering. Når vi i løpet av høsten har funnet en varig løsning for alle de som pt ikke er innplassert, forventer vi at det vil medføre en bemanningsreduksjon på ca 10 årsverk.
- Reduksjon av variabel lønn høsten 2011 (trinn 2, 10 årsverk):** Både ved fremleggelse av opprinnelig budsjett 2011 og ved P500 har vi meldt inn tiltak om

besparelse på variabel lønn f.o.m. høsten 2011. Pga innplasseringsprosessen i våres og over sommeren har vi, spesielt innenfor Barnemedisinsk avdeling, ikke kunne ansatte i faste stillinger, slik at vi har hatt høye variable lønnskostnader og innleie av pleiepersonell fra vikarbyrå. F.om. oktober forventer vi at vi kan ta ned ca 2 variable årsverk på Barnemedisinsk avdeling. Vi forventer videre at de andre avdelingene samlet sett vil kunne ta ned 8 variable årsverk i løpet av høsten, som følge av stram kontroll og oppfølging.

3. **Hvordan vi skal jobbe videre med ytterligere nedbemanning ut året (trinn 3, 8 årsverk):** Vi er usikre på hvor mange årsverk vi kan oppnå her, men vi vurderer bemanningsreduksjoner innenfor følgende områder:
- Undersøke om alle som jobber på større ekstern finansierte prosjekter er riktig oppført på prosjektet. Vanskelig å vurdere potensialet her, men et rimelig mulighetsområde er 2-5 årsverk.
 - Strengt vurdere tilsetning for stillinger som ikke går i vakt eller på annen måte er kritisk for pasientbehandlingen. Vanskelig å vurdere potensialet her. Gjentatt og tydelig presisering av lokalt ansvar (seksjons- og avdelingsleder) for budsjett og antall stillinger.
 - Budsjettseminar 22. sept og videre møter med leger; TV og avdelinger: Revurdere langliggere som ikke er vårt primæransvar (overføre områdesykehus eller annet regionssykehus), liggetid generelt samt fortsette å overføre fra døgn til dag/pol. På denne måten redusere press mot sengeposter. Ved reduksjon/avvikling av kontroll poliklinikk kan tilstrekkelig kapasitet til pol/dag ivaretas.
 - Tjenesteplaner og vaktordninger for leger.
 - Vi håper å få samlet bakvakt barnehjerte fra 2 parallelle vakter til en vakt med en ytterligere lege tilgjengelig (2 timer tilkalling) for invasive hjerteundersøkelser. Forventet innsparing ca 0,5 mill/år.
 - Storebarn Ullevål: Utsatt tilbakegang til tilstedevakt fra 15. sept til 1. oktober.
 - Bred gjennomgang i klinikken for å sikre riktig antall leger, vaktplaner og tjenesteplaner
 - Mot budsjett 2012 bredere gjennomgang inkl. bemanningsnormer, støttepersonell, reorganisering av sengeposter etc.

B. Beskriv referansepunkt

Vi har brukt gjennomsnitt 1.halvår 2011 som referansepunkt. Det innebærer en nedgang på 79 årsverk.

C. Reduksjon i andre kostnader

I tabellen nedenfor har vi identifisert de områdene innenfor andre kostnader hvor vi kan redusere kostnadene i forhold til nivået hittil i år. Vi er en klinikk som har en relativ liten andel av andre kostnader utover lønnskostnader. Følgende områder har vi gjort og vil gjøre grep for å oppnå besparelser:

- Stillingsannonser (art 5610):** Klinikken vår har i det siste hatt noen annonser i Tidsskriftet (legeforeningen) som har vært noe unødvendig store/dyre. Klinikkleidelsen er nå enig om at alle faste overlegetillinger bør utlyses i Tidsskriftet, men med begrenset størrelse, og at vi bruker henvisningsannonse for både 4-års LIS-stillinger

og D-stillinger. Andre stillinger/vikariater bør kun lyses ut internt på intranett samt NAV.

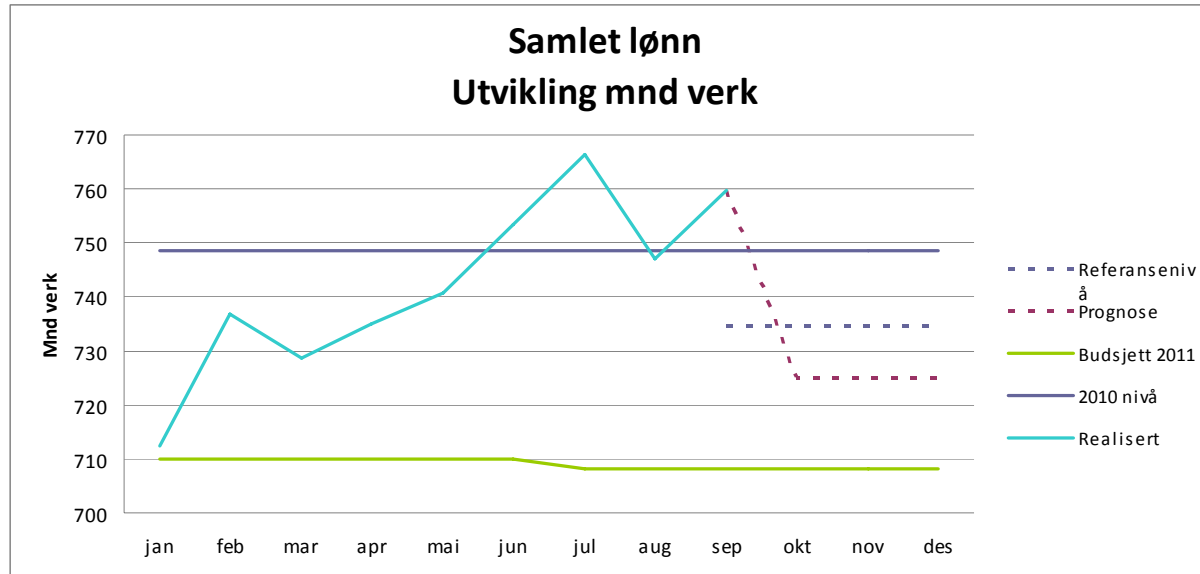
2. **Velferdstiltak (art 5930):** De siste fire månedene reduserer vi bruken av leie av eksterne lokaler til interne arrangement.
3. **Anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr og inventar (art 6500 og 6530):** Resten av høsten kommer vi til å redusere innkjøp av medisinsk teknisk utstyr og inventar. For eksempel har Fødeavdelingen vår hittil i år investert i 3 nye fødesenger og 13 nye lenestoler, som til sammen har belastet regnskapet vårt med kr 0,4 mill. Dette er engangsutgifter som de ikke har behov for å investere i denne høsten.
4. **Innleie av administrativ personale (art 6710):** Gynekologisk avdeling, som har ansvaret for kontorpersonalet vårt på Ullevål, har hatt høy innleie hittil i år, og der har ledelsen nå bestemt seg for å stramme innleiepraksisen vesentlig inn.
5. **Annen ekstern tjeneste:** Geilomo barnesykehus, som hører inn under Barnemedisinsk avdeling, hadde i våres større utgifter til eksterne leverandører. Bl.a. Kartverket har levert dyre tjenester som Geilomo ikke synes har vært forenlig med prisen og har derfor stoppet disse tjenestene.

(tall i hele kroner)

| | | Akkumulert | | Estimert total |
|---------------|---|------------------|----------------|------------------------|
| | | regnskap jan- | Snitt pr mnd | besparelse resten av |
| ART | ART_NAVN | aug 2011 | | året i forhold trenden |
| | | | | hittil i år |
| 5610 | Stillingsannonser | 121 234 | 15 154 | 20 000 |
| 5930 | Velferdstiltak | 572 651 | 71 581 | 30 000 |
| 6500 | Anskaffelse av med.tekn. Utstyr | 1 115 655 | 139 457 | 50 000 |
| 6530 | Anskaffelse av inventar, kunst/utsmykning | 502 348 | 62 794 | 100 000 |
| 6710 | Innleie av administrativt personell | 2 422 314 | 302 789 | 300 000 |
| 6799 | Annen ekstern tjeneste | 357 819 | 44 727 | 30 000 |
| Totalt | | 5 092 021 | 636 503 | 530 000 |

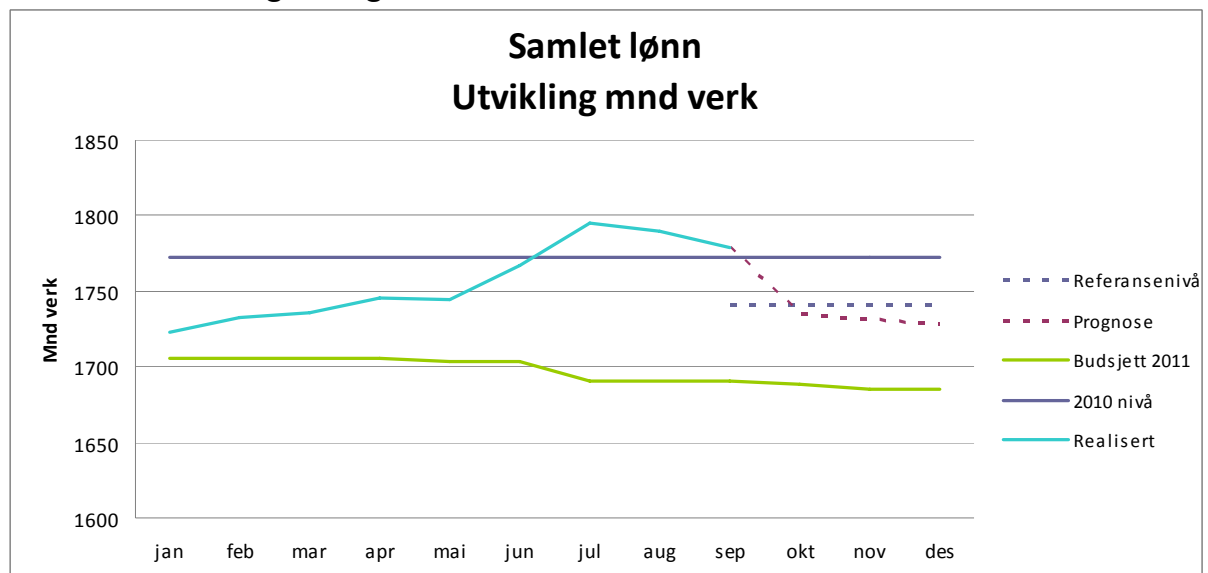
2.5 Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon (består av tidligere Klinikk for kreft og kirurgi og Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi)

Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi



| KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 749 | 742 | 712 | 737 | 729 | 735 | 741 | 754 | 766 | 747 | 760 | 725 | 725 | 725 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 710 | 710 | 710 | 710 | 710 | 710 | 708 | 708 | 708 | 708 | 708 | 708 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 735 | 735 | 735 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | 10 |

Klinikk for kreft og kirurgi



| KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 1 773 | 1 757 | 1 723 | 1 733 | 1 736 | 1 745 | 1 745 | 1 767 | 1 795 | 1 790 | 1 779 | 1 735 | 1 732 | 1 728 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 1 706 | 1 706 | 1 706 | 1 706 | 1 704 | 1 704 | 1 690 | 1 690 | 1 690 | 1 688 | 1 685 | 1 685 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 1 741 | 1 741 | 1 741 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 6 | 9 | 13 |

Skriftlig tilbakemelding fra Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon:

Vi viser til notat fra viseadm. dir. økonomi og finans til klinikklederne 15. september med en ny bestilling til klinikkene vedr. ekstraordinær oppfølging fra Helse Sør-Øst .

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken leverer her et foreløpig svar på bestillingen fra 15. september. Klinikken har ikke hatt anledning til å forankre de foreløpige svarene på avdelingsnivå. Dette vil bli gjort i løpet av inneværende uke.

Bemanningstilpasning

1. Trinn (innplassering)

Klinikken beskriver her planlagte bemanningsreduksjon høsten 2011. Klinikkens innplasseringsprosess er forsinket pga. sammenslåing av to tidligere klinikker. Innplassering skal skje høsten 2011. Innplassering i klinikken skal ta tilpasses til budsjetttrammene for 2012, men det er så langt ikke avklart rammer for bemanning på avdelings-, seksjons- eller enhetsnivå i den nye klinikken.

Klinikken meldte i august at planlagt reduksjon høsten 2011 utgjorde 25 årsverk. Etter ny vurdering i samlet klinikk er planene justert til 28,5. Disse årsverkene fordeler seg som følger mellom klinikkens avdelinger:

| Tiltak | Avdeling | Dato | Leger | Sykepleiere | Andre |
|--|----------------|-------|-------|-------------|-------|
| Aktivitetsoverføring leger AGK rest | Gastrokirurgi | 1.9. | 1 | 0 | 0 |
| Aktivitetsoverføring leger URO rest | Urologi | 1.9. | 1 | 0 | 0 |
| Aktivitetsoverføring leger URO rest | Urologi | 1.12. | 1 | 0 | 0 |
| Reduksjon antall senger i gastrokirurgi etter avvikling av haleaktivitet | Gastrokirurgi | 1.9. | 0 | 4 | 0 |
| Reduksjon antall senger onkologi | Kreftbehandlii | 1.10. | 0 | 2 | 0 |
| Reduksjon antall senger onkologi | Kreftbehandlii | 1.11. | 0 | 3 | 0 |
| Redusert legearbeidstid (G) | Flere | 1.9. | 0 | 4 | 0 |
| Klinikkfusjon | Stab | 1.12. | 0 | 0 | 5 |
| Utfasing/naturlig avgang (G) | Flere | 1.9. | 0 | 0 | 4.5 |
| Revurdering av vikariater (G) | Flere | 1.9. | 0 | 0 | 3 |
| SUM KKT | | | | 28.5 | |

2. Variabel lønn

Klinikkene er bedt om å innarbeide tiltak som reduserer variabel lønn med minst 10 % av referansenivå som er satt til gjennomsnitt for 1. halvår 2011.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken velger å differensiere dette kravet mellom avdelingene i klinikken ut fra aktivitet i 2011. Det er kun én avdeling i klinikken som har aktivitet vesentlig ut over plan for året. Det gjelder Avdeling for transplantasjonsmedisin som ikke blir pålagt å redusere variabel lønn i første omgang. Klinikken vil imidlertid gå gjennom variabel lønn nærmere i avdelingen og evt. komme tilbake med et særskilt krav også her.

| Kostnader variabel lønn - eks. ekstern finansiering | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Avdeling | Akkumulerte tall | | | snitt 1. halvår 2011 | Krav til reduksjon pr. mnd | Sum krav okt/nov/des |
| | aug.10 | aug.11 | endring | | | |
| KRK AVDELING FOR KREFTBEHANDLING | 11 529 007 | 20 679 981 | 9 150 975 | 2 694 722 | 404 208 | 1 212 625 |
| KRK AVDELING FOR GASTROENTEROLOGISK KIRURGI | 12 784 390 | 16 373 584 | 3 589 194 | 1 946 920 | 292 038 | 876 114 |
| KRK STAB | -516 485 | 116 795 | 633 280 | 17 319 | 17 319 | 51 957 |
| KRK AVDELING FOR UROLOGI | 5 559 108 | 6 025 490 | 466 382 | 829 250 | 124 387 | 373 162 |
| KRK AVDELING FOR BRYST- OG ENDOKRINKIRURGI | 249 146 | 618 427 | 369 280 | 97 749 | 14 662 | 43 987 |
| KRK AVDELING FOR MEDISINSK FYSIKK | 217 235 | 456 450 | 239 215 | 56 970 | 8 546 | 25 637 |
| KRK AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 86 243 | 322 794 | 236 551 | 46 258 | 6 939 | 20 816 |
| KRK INSTITUTT FOR KREFTFORSKNING | 35 169 | 86 553 | 51 383 | 18 217 | 2 733 | 8 198 |
| KRK INSTITUTT FOR MEDISINSK INFORMATIKK | 369 037 | 374 391 | 5 354 | 62 549 | 9 382 | 28 147 |
| KRK | 30 312 850 | 45 054 466 | 14 741 615 | 5 769 621 | 880 214 | 2 640 643 |
| SMK AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 341 697 | 183 908 | -157 788 | 24 351 | 3 653 | 10 958 |
| SMK AVDELING FOR TRANSPLANTASJONSMEDISIN | 8 148 500 | 12 707 768 | 4 559 268 | 1 649 283 | 0 | 0 |
| SMK AVD. FOR LEVER, GASTRO- OG BARNEKIRURGI | 4 285 964 | 5 912 182 | 1 626 218 | 723 233 | 108 485 | 325 455 |
| SMK AVD. FOR REVMATOLOGI, HUD OG INFEKSJON | 1 389 968 | 2 942 905 | 1 552 937 | 389 624 | 58 444 | 175 331 |
| SMK AVDELING FOR KONTOR | -10 639 | 1 397 032 | 1 407 671 | 123 001 | 18 450 | 55 351 |
| SMK AVDELING FOR BLODSYKDOMMER | 4 414 374 | 5 772 487 | 1 358 112 | 717 030 | 107 555 | 322 664 |
| SMK SMK STAB | 113 759 | 442 921 | 329 162 | -4 853 | 8250 | 24 750 |
| SMK | 18 683 623 | 29 359 204 | 10 675 581 | 3 621 671 | 304 836 | 914 508 |
| KKT | 48 996 473 | 74 413 669 | 25 417 196 | 9 391 291 | 1 185 050 | 3 555 151 |

3. Annen årsverksreduksjon

Klinikk for kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken er samlet bedt om å levere planer for ytterligere reduksjon av årsverk på til sammen 49 for den samlede klinikken.

Det har som nevnt ikke vært mulig for klinikken å utrede og forankre tiltak i denne størrelsesorden innen den gitte fristen. Klinikken vil utarbeide tiltak i hovedsak innenfor følgende områder for å redusere antall årsverk uten å redusere kapasiteten for pasientbehandling vesentlig:

- A. Tilpasning til bemanningsnormering av driftsenheter (sengeposter/poliklinikker).
- B. Redusert bemanningsbehov som følge av planlagte flyttinger og planlagt samling av aktivitet.
- C. Fornytt vurdering av tjenesteplaner for overordnede og underordnede leger. Viktige momenter i vurderingene er tilpasning til faktisk aktivitet etter overføring og nye driftsforhold som flytting og samordning av virksomhet.
- D. Normering av bemanning av stabsfunksjoner på avdelingsnivå (klinikktiltak)
- E. Driftsomlegginger (eks. omlegging fra døgnbehandling til poliklinikk og/eller dagbehandling) som gir muligheter for redusert personalbehov.

Reduksjon i andre kostnader

1. Reiser (kontogruppe 71xx)

Klinikken har et omfang av reisekostnader, det meste av dette er imidlertid øremerkede midler. Reisekostnader som belastes driftsbudsjettet utgjør pr. august ca. 1,2 mNOK. Dersom det innføres fullt reiseforbud de siste månedene i 2011 er det antakelig mulig å redusere kostnadene med inntil 250 000.

2. Konsulenttjenester (kontogruppe 672x)

Klinikken har kostnader til konsulenttjenester (ekskl. øremerkede midler) på 578 000 så langt i år. Det vurderes som mulig å redusere kostnadene de siste månedene med inntil 50 000.

3. Annen ekstern tjeneste (kontogruppe 679x)

Klinikken har så langt i år hatt kostnader til ekstern tjeneste (lønn) på 324 000. Det vurderes som mulig å redusere denne kostnaden for resten av året med om lag 100 000.

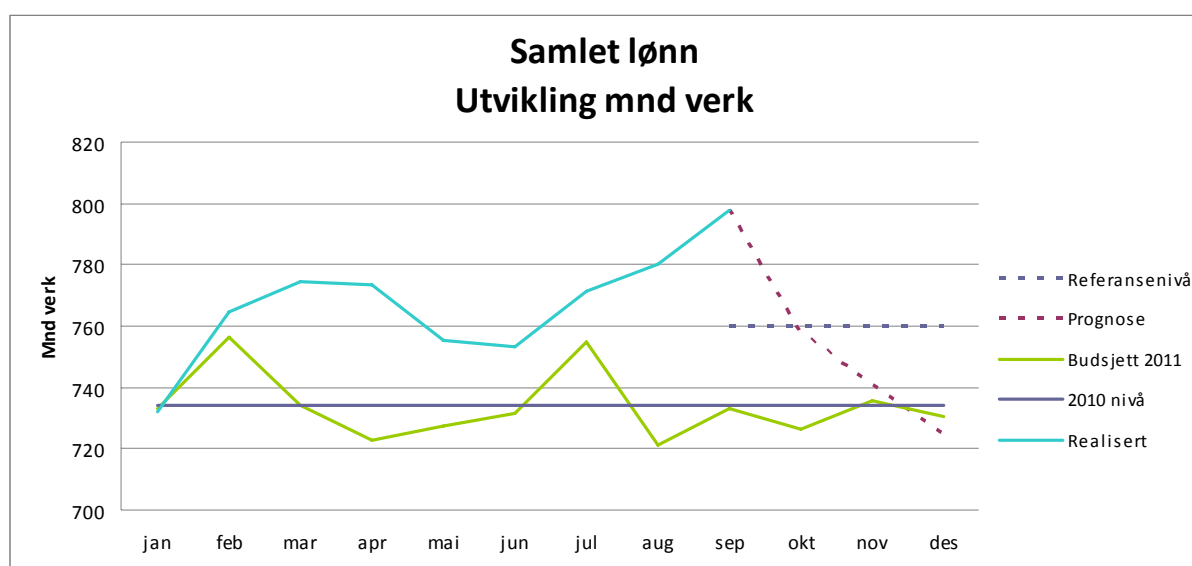
4. Vedlikehold og service av utstyr (kontogruppe 66xx)

Klinikken har samlet vesentlige kostnader til service og vedlikehold av utstyr. Det krever imidlertid noe mer arbeid i klinikken å konkretisere en plan for reduksjon i 2011, blant annet i forhold til hvilke utgifter som evt. kan forskyves til 2012.

5. Annen kostnad (kontogruppe 779x)

Kostnadsgruppen er vurdert, men det er ikke funnet muligheter for vesentlige besparelser.

2.6 Hjerte-, lunge- og karklinikken



| HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 734 | 767 | 732 | 765 | 774 | 774 | 756 | 753 | 772 | 780 | 798 | 758 | 741 | 725 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 733 | 756 | 734 | 723 | 727 | 732 | 755 | 721 | 733 | 727 | 736 | 730 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 760 | 760 | 760 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 2 | 19 | 35 |

Beskriv referansepunkt

Klinikkens referansepunkt er gjennomsnitt av årsverk fra januar -juni.

Annen årsverksreduksjon (3. trinn) Krav HLK : 30 årsverk i 2011

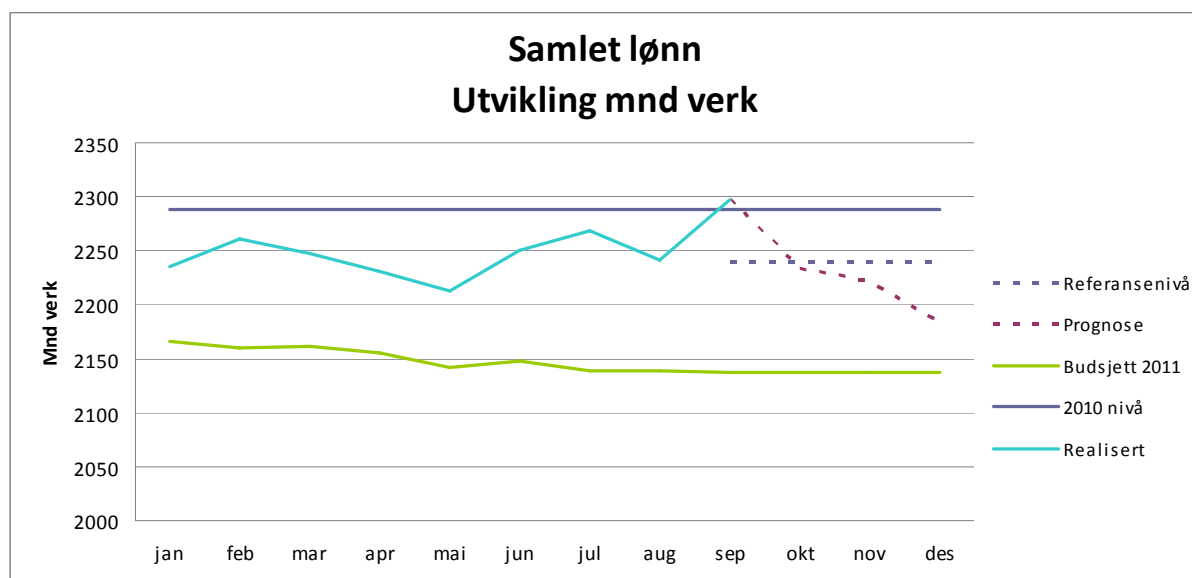
HLK ønsker å iverksette prosjekt O+ så raskt som mulig. O+prosjektet går ut på at all ø-hjelp og kompliserte hjerteinngrep samles på Rikshospitalet. Denne flyttingen vil kunne resultere i en besparelse på ca 30 årsverk. Klinikken vil ha en inngangsfart inn i 2012 med 30 færre ansatte fordelt på 26 post/intensiv sykepleiere, 2 perfusjonister og 2 operasjonsykepleiere. Gjennomføringen av nedbemanningen krever at ledelsen ved OUS raskt vedtar premissene som er lagt i O+ prosjektet.

Reduksjon i andre kostnader

På grunn av knapp tid er tiltakene ikke godt forankret nedover i klinikken, men vil bli fulgt opp etter felles retningslinjer.

- Reiser og diett penger (kontogruppe 71xx):
Regnskapsført ca 800.000,- til og med august. Reduserer slike kjøp til et minimum. Besparelser i 2011 på ca 300.000,-
- Innleie (kontogruppe 46xx):
Reduksjon av inneleie på 20 % på Lungeavdelingen og TKA. Sum totalt regnskapsført til og med august 9.7 mill ca 1.2 mill pr mnd 20% er 240.000,- i 3 mnd = 720.000,-
- IKT utstyr (kontogruppe 65XX) ca 1 mill til og med august. Reduserer slike kjøp til et minimum. Besparelser i 2011 på ca 300.000,-
- Kurs og seminarer (kontogruppe 56XX) ca 800.000 til og med august dvs ca 100.00,- pr mnd. Halverer nivået resten av 2011 dvs en besparelse på 200.000,-

2.7 Akuttklinikken



| AKUTTKLINIKKEN | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 2 289 | 2 249 | 2 235 | 2 261 | 2 247 | 2 231 | 2 213 | 2 250 | 2 269 | 2 241 | 2 298 | 2 234 | 2 222 | 2 183 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 2 166 | 2 160 | 2 162 | 2 155 | 2 142 | 2 147 | 2 139 | 2 139 | 2 138 | 2 138 | 2 137 | 2 137 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 2 239 | 2 239 | 2 239 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 5 | 17 | 57 |

Innmeldt 39,5 årsverk i tillegg til 19 årsverk innmeldt tidligere.
Totalt nedtrekk: 19,5 på variable og 39 årsverk på faste

Tiltak:

Akuttmottak (4 årsverk fast og 4 årsverk variable)

- Overtid obspost
- Endring av kontortjenesten Aker
- Reduksjon av 1 seksjonsleder på kontor.
- Ned på innleie
- Starte nedtrekk av halekostnader til Dag4

Anestesiologi (1 årsverk variable)

- Endring av tjenesteplan

Anestesisykepleie (årsverk variable)

- Redusere overtid
- Bedre samarbeid på tvers

Smertebehandling (1 årsverk fast)

- Endring av kontortjenesten

Intensiv/PO (14 årsverk fast og 9 årsverk variable)

- Flytting av MO + 3,5 intensivsenger ut av Aker. Ved flytting av hele segmentet, vil vi ha igjen kun postoperative og Dagkirurgiske senger ved Aker. Disse må bli, gitt at resten av Aker på dette tidspunktet ikke flytter, og det er PO-sengene som genererer den største aktiviteten i antall pasienter. Det betinger at det blir igjen kompetanse og muligheter for å kunne stabilisere en dårlig pasient fra sengepost, eller å kunne håndtere et uventet havari fra operasjonsstuene, før transport videre til Intensiv Ullevål. I dette alternativet vil vi først spare 4 årsverk for MO. I tillegg vil vi kunne flytte de tre intensivsene til Ullevål med komplett og kompetent bemanning. Dette nærmest eliminerer behovet for variabel lønn ved Aker, men vil også kunne kostnader i variabel lønn også for Intensiv II og Intensiv III, ettersom bemanningen her blir styrket, mer robust og mindre sårbar for sykdom og endringer i pasientbelegg. Det er vanskelig å anslå hvor mange årsverk dette dreier seg om, men et anslag er:

| | |
|---|----------|
| Turnustekniske årsverk | 14 |
| Dag 4 gevinst (må vente til døgn/akuttvirksomhet er flyttet fra Aker) | 0 |
| Reduksjon variabel lønn og innleie Int II og Int III | 5 |
| <u>Reduksjon variabel lønn og innleie for å dekke MO</u> | <u>4</u> |
| Totalt | 23 |

Operasjon

- Eget prosjekt. Gjelder Operasjon, Anestesisykepleie og Anestesiologi
- Stenging op stueøkter

Prehospitalt senter (4 årsverk variable)

- Jobber effektivt med å se på arbeidstid. Innføring av 12 timersvakt
- Mindre overtid. Jobbe både innen ambulanse og AMK. Felles turnus

Sterilsentralen (1 årsverk fast og 0,5 årsverk variable)

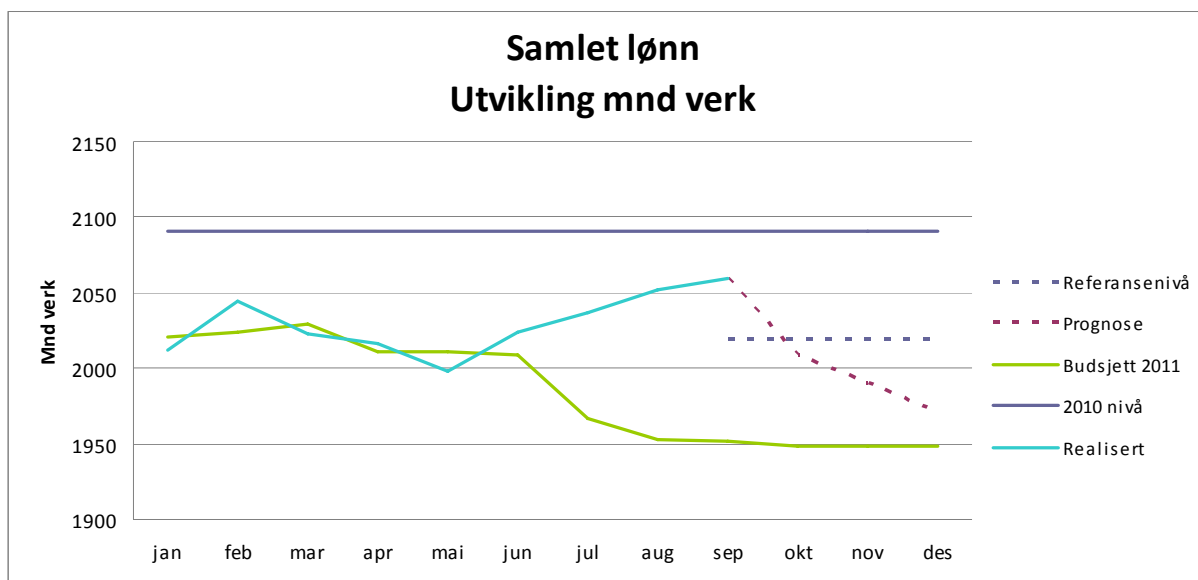
- Flytte driften på RAD til RH og flytte sterillager fra Aker til Ullevål. Dette siste er avhengig at det løses systemmessig.

Andre kostnader:

- (Konto 4070) Klinikken vet at flere av våre enheter handler inn produkter fra leverandører som har mistet anbud til HSØ og OUS og som har skrudd opp prisene sine. Klinikken ønsker at Innkjøpsavdelingen/OSS oppdaterer innkjøpssystemene med priser fra siste inngåtte anbud. Det må ryddes opp i innkjøpssystemene i hva som er avtaleprodukter og hva som ikke er avtaleprodukter.

- Pasientreiser (61xx): etter en gjennomgang av forbruket hittil i år og en analyse av høsten basert på tidligere år estimerer en innsparing ift på 3 mnok
- MTU (konto 6500): Klinikken vil ha en kritisk gjennomgang av forbruket hittil og begrense forbruket utover høsten. Estimert innsparing 1 mnok
- driftsmateriell (konto 6590): Klinikken vil ha en kritisk gjennomgang av forbruket hittil og begrense forbruket utover høsten. Estimert innsparing 1 mnok
- Kurs/konf. (konto 5600): Klinikken vil ha en kritisk gjennomgang av forbruket hittil og begrense forbruket utover høsten. Estimert innsparing 0,5 mnok
- Steril: Flytte instrumentenheten fra RAD til RH vil gi en innsparing på ombygging og ikke behov for å erstatte kassert MTU og utstyr. Effekt i OSS (klinikk J) og på investeringsmidler.

2.8 Klinik for diagnostikk og intervensjon



| KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 2 091 | 2 029 | 2 012 | 2 044 | 2 023 | 2 016 | 1 998 | 2 024 | 2 037 | 2 052 | 2 059 | 2 009 | 1 991 | 1 971 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 2 021 | 2 024 | 2 029 | 2 011 | 2 011 | 2 008 | 1 967 | 1 953 | 1 952 | 1 949 | 1 948 | 1 948 |
| Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 2 019 | 2 019 | 2 019 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 11 | 29 | 48 |

Tall innmeldt i august hadde en rekke forutsetninger som ikke har slått til. Mye av variabel lønnen inneholder også vakt som det ikke er mulig å gjøre noe med på kort sikt. Umiddelbar reduksjon av døgndrift og nedlegging av akutt mottak på Aker vil imidlertid endre på dette. OUS oppfordres til å fremskynde dette. Klinikken utfordringsbilde 2012 er likevel i størrelsesorden 50-70 årsverk. Klinikken ønsker derfor å tilstrebe å få ned de 55 årsverk innen 2011, klinikken vil da ha en riktigere inngangsfart inn i 2012.

Eksisterende tiltak (10,3 Mnd.Vrk)

Klinikken har spesifisert tiltak for uttak av ca 10 årsverk frem mot årsskiftet. Dette er fordelt på ARN, MBK, MIK og PAT, noe henger sammen med overføringen av aktivitet, noe med endringer i organisasjonen.

Overtid/variabel lønn (6,7 Var.Mnd.Vrk)

Klinikken ønsker å følge overtid tettere opp, og legger inn en besparelse på 20% fordelt på et gitt antall TT-koder spesifisert på hver avdeling. Holder da utenfor vakt, og timelønn. Vakt kan reduseres ved bortfall av akuttfunksjon på Aker. Timelønn anses å være en billigere løsning enn overtid og vil sett sammen med de andre tiltakene ikke være fornuftig å redusere. Klinikken innfører også en stopp av kveldspol aktivitet med effekt fra oktober. Dette slår dessverre ikke ut på årsverksstatistikk, men vil utgjøre en besparelse på 1mnok pr måned i variabellønn.

Stillingsstopp / avvikling midlertidige stillinger (38 Lønn.Mnd.Vrk)

Etter å ha vurdert muligheter til å komme ned i årsverk innen 2012, vil klinikken stramme inn stillingskontrollen betydelig. Det vil bli nedsatt et stillingsutvalg for klinikken hvor alle avdelingene er representerte. Utvalget vil prioritere stillingssøknader opp mot hverandre. Flytting av personalressurser innad og mellom avdelinger vil være et viktig virkemiddel for å begrense nyrekrutteringen til et minimum, samtidig som de høyest prioriterte oppgavene blir ivaretatt. Dessuten vil alle midlertidige stillinger bli forsøkt avviklet dersom dette ikke rammer de høyest prioriterte oppgavene. Klinikken har hatt ca 15 stillinger til stillingsutvalget i uka, og har ca 200 midlertidige stillinger. Dette tiltaket vil ramme avdelingene noe tilfeldig (hvor det slutter folk), det er en kortsiktig løsning som skal erstattes med mer langsiktige tiltak som jobbes frem under budsjettprosessen.

Reduksjon i andre kostnader

Klinikken innfører et generelt innkjøpsstopp, på alle varer/tjenester som ikke er relatert til vanlig drift. Økonomi kommer til å foreta stikkprøver på bestillinger med spesielt fokus på innleie, inventar/småutstyr, vedlikehold IKT, Eksterne tjenester/ konsulenter, reise, diett og andre kostnader (jmf. oppfølging HSØ). Tiltaket gjelder ikke eksternfinansiert virksomhet, øremerkede forskningsprosjekter, med mer.

Beskrivelse av de største tiltakene

Eksisterende tiltak (10,3 Mnd.Vrk), Overtid/variabellønn (6,7 Var.Mnd.Vrk), Stillingsstopp / avvikling midlertidige stillinger (38 Lønn.Mnd.Vrk)

Beskrivelse av referansepunkt

Klinikken har lagt til grunn snitt jan-juni som referansepunkt og justert med planlagt nedtekk

Reduksjon i andre kostnader

| HSØ | Tot.Bud | Prognose 2011 regnskap | Avvik mot budsjett 2011 | Forbedring fra aug |
|--|---------------|------------------------|-------------------------|--------------------|
| Totalt Innleie | 7 017 | 7 941 | -924 | -507 |
| Totalt Maskin, inventar & kontorutstyr | 14 230 | 8 411 | 5 819 | 2 588 |
| Totalt Vedlikeh. IKT | 4 113 | 2 031 | 2 082 | 965 |
| Totalt Eksterne tjenester | 3 360 | 3 574 | -214 | 85 |
| Totalt Reise,diett mv | 5 101 | 3 345 | 1 756 | 1 032 |
| Totalt Annen kost. | 2 258 | 2 692 | -434 | 54 |
| Totalt | 36 079 | 27 994 | 8 085 | 4 216 |

Klinikken innfører et generelt innkjøpsstopp, på alle varer/tjenester som ikke er relatert til vanlig drift. Følger opp internt på utvalgte artskontoer.

2. 9 Oslo sykehuservice

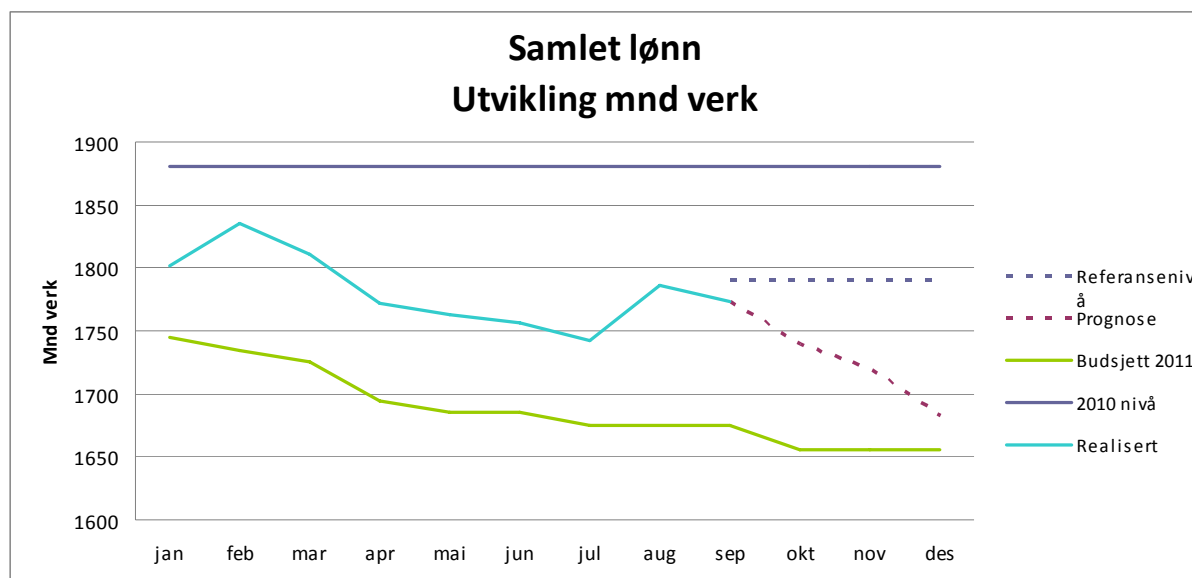
Leveransen er på grunn av den korte tiden til rådighet ikke forankret i ledergruppen i Oslo sykehuservice. Den vil bli lagt fram på det neste ledermøtet som er torsdag 22.9.

Skriftlig redegjørelse for tiltak og planer for gjennomføring

Innplasseringsprosess

Oslo sykehuservice er i ferd med å gjennomføre første trinn i innplasseringsprosessen. Kompetansekartlegging er gjennomført og Bemannings- og kompetanseplan, og stillingsbeskrivelser blir ferdigstilt innen utgangen av september 2011.

Neste trinn i innplasseringsprosessen vil starte umiddelbart.



| OSLO SYKEHUSSERVICE | | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|----------------------|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Prognose Samlet lønn | Mnd verk - prognose ant | 1 880 | 1 782 | 1 802 | 1 835 | 1 811 | 1 772 | 1 763 | 1 756 | 1 742 | 1 786 | 1 774 | 1 740 | 1 720 | 1 683 |
| | Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 1 745 | 1 735 | 1 725 | 1 695 | 1 685 | 1 685 | 1 675 | 1 675 | 1 675 | 1 655 | 1 655 | 1 655 |
| | Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 1 790 | 1 790 | 1 790 |
| | Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | | 50 | 70 |

De største tiltakene for bemanningsreduksjon

Samlet krav til bemanningsreduksjon i OSS i løpet av inneværende år er 108 årsverk i forhold til referansepunkt på 1790 årsverk (gjennomsnitt for 1. halvår).

Utover allerede planlagte reduksjoner i fastlønnede årsverk vil det være behov for en reduksjon i variabel lønn for å nå kravet til bemanningsreduksjon i løpet av inneværende år.

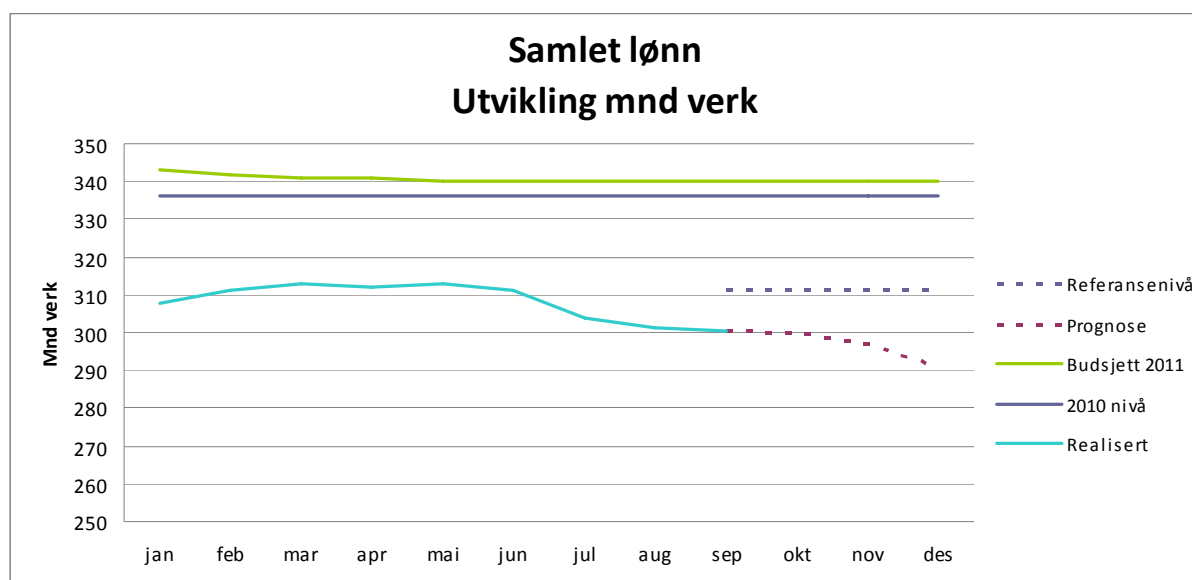
Opp mot 10 % av OSS sine årsverk er variabelt lønnede (ekstrahjelp og overtid). Innen utgangen av året må denne ressursbruken reduseres med ca 1/3.

Referansepunkt er ihht presisering fra Sentral stab; gjennomsnitt for 1. halvår.

Reduksjon i andre kostnader

Innen den korte tidsfristen er det ikke funnet ytterligere besparelser innen andre kostnader. For øvrig er OSS bedt om å gå igjennom vesentlige kostnadselementer i OSS sitt budsjett frem til styresak i oktober. Det er avholdt møte med sentral økonomi og det vil bli sendt ut bestillinger internt i OSS knyttet til dette.

2.10 STAB



| STAB | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | | |
|----------------------|---|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des | |
| Prognose Samlet lønn | Mnd verk - prognose ant | 336 | 308 | 308 | 311 | 313 | 312 | 313 | 311 | 304 | 301 | 301 | 300 | 297 | 291 |
| | Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 343 | 342 | 341 | 341 | 340 | 340 | 340 | 340 | 340 | 340 | 340 | 340 |
| | Kalkulert referansenivå (=gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 311 | 311 | 311 |
| | Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 11 | 14 | 20 |

Kostnadsreduksjoner stab

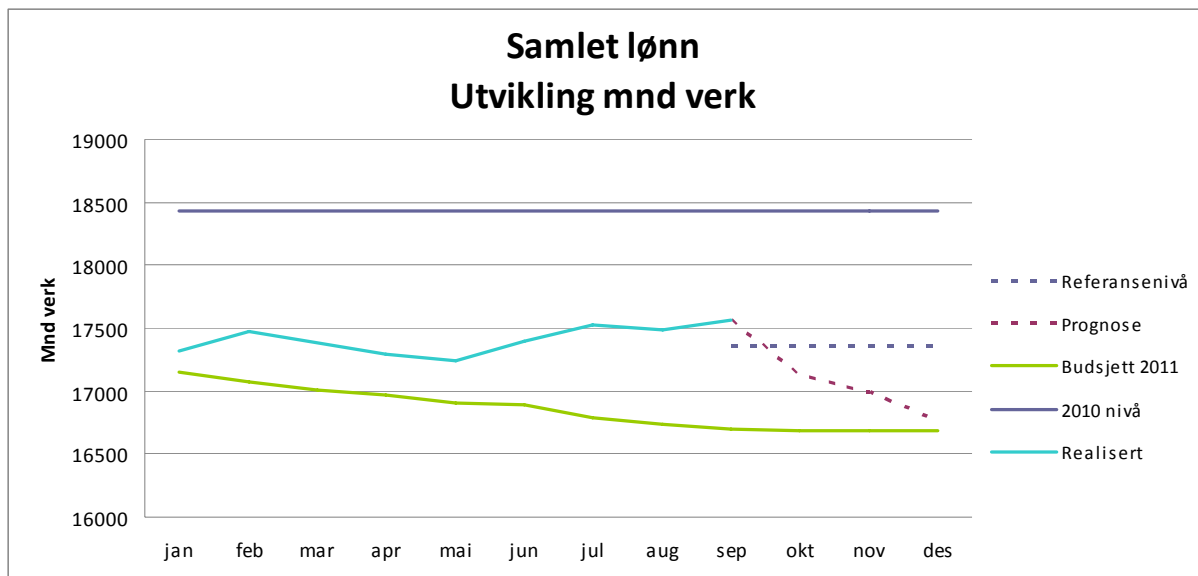
- Bemanningsreduksjoner som tidligere er bestemt (P500 og i innplasseringsprosessene) skal gjennomføres.
- Det skal som hovedregel ikke foretas reansettelser der det er ansatte som slutter/har sluttet.
- Andre kostnader reduseres til et minimum. Innenfor ordinær drift er det lagt til grunn at andre kostnader skal reduseres, med 20 pst i siste kvartal. Dette utgjør om lag 1,7 mill kroner.
- Det forutsettes videre at bruk av eksterne konsulenter reduseres til et minimum. De økonomiske konsekvensene av dette for 2011 er imidlertid ikke avklart på dette tidspunkt.
- Innenfor IKT-området er det mulighetene for reduksjon av kostnader til ordinær drift og prosjekter. Dette er foreløpig ikke innarbeidet i prognosen. Kostnadsreduksjoner innenfor ordinær IKT-drift vil gi mindre fleksibilitet i IKT-avdelingen, og redusert service til klinikkene ved uventede hendelser. Manglende gjennomføring av prosjekter vil ha stor betydning for å nå budsjettmålet for 2012. Av denne grunn er disse ikke stoppet.

- Det er usikkerhet knyttet til endelige IKT-kostnader til Sykehuspartner da leveranseavtalen for 2011 ennå ikke er ferdigstilt.

3. Oppsummering

Bemanning

Klinikkenes prognoser for månedsverk siste kvartal 2011 fremkommer av figur/tabell under.



| OUS samlet | Historisk utvikling (link fra arket over) | | | | | | | | | | | Prognose | | |
|---|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | 2010 | Gj 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Mnd verk - prognose ant | 18 426 | 17 411 | 17 318 | 17 468 | 17 390 | 17 298 | 17 246 | 17 400 | 17 528 | 17 482 | 17 570 | 17 119 | 16 993 | 16 766 |
| Mnd verk - budsjett-11 ant | | | 17 145 | 17 072 | 17 008 | 16 975 | 16 900 | 16 895 | 16 795 | 16 737 | 16 703 | 16 688 | 16 682 | 16 685 |
| Kalkulert referansenivå (= gjennomsnitt 1. halvår) | | | | | | | | | | | | 17 355 | 17 355 | 17 355 |
| Kalkulert gevinstpotensial målt i antall mnd. verk (målt mot kalkulert referansenivå) | | | | | | | | | | | | 236 | 362 | 589 |

Tabellen under viser de samme tallene fordelt per klinikk.

| Klinikk | Referansenivå (rad 43:kollonne R) | Prognose (rad 40:kollonner R, S og T) | | | Kalkulert gevinstpotensial (rad 44: kollonner R, S og T) | | |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------|--------|--|-----|-----|
| | | Okt | Nov | Des | Okt | Nov | Des |
| Enhet A - PHA | 2 379 | 2 375 | 2 374 | 2 320 | 4 | 5 | 59 |
| Enhet B - MED | 1 438 | 1 356 | 1 345 | 1 334 | 82 | 93 | 104 |
| Enhet C - KKN | 2 064 | 2 060 | 2 030 | 2 008 | 4 | 34 | 56 |
| Enhet D - KVB | 1 758 | 1 708 | 1 697 | 1 679 | 51 | 61 | 79 |
| Enhet E - KRK | 1 741 | 1 735 | 1 732 | 1 728 | 6 | 9 | 13 |
| Enhet F - HLK | 760 | 758 | 741 | 725 | 2 | 19 | 35 |
| Enhet G - SMK | 735 | 725 | 725 | 725 | 10 | 10 | 10 |
| Enhet H - AKU | 2 239 | 2 234 | 2 222 | 2 183 | 5 | 17 | 57 |
| Enhet I - KDI | 2 019 | 2 009 | 1 991 | 1 971 | 11 | 29 | 48 |
| Enhet J - OSS | 1 790 | 1 740 | 1 720 | 1 683 | 50 | 70 | 107 |
| STAB | 311 | 300 | 297 | 291 | 11 | 14 | 20 |
| OUS | 17 354 | 17 119 | 16 993 | 16 766 | 236 | 362 | 589 |

En stor del av bemanningsreduksjonene er relatert til gjennomføring av planlagte innplasseringsprosesser i klinikkene. Klinikkerne er kommet ulikt langt i disse. Faktisk fremdrift i disse er viktig for å nå disse målene.

Ekstern innleie

Redusert bruk av ekstern innleie er ett av tiltaksområdene i budsjett 2011. Tabellen under viser klinikkens prognostiserte bruk av ekstern innleie ut 2011. De fleste klinikkene har lagt til grunn en lavere bruk av ekstern innleie resten av året. Prognosen for siste tertial gir et gjennomsnitt per måned på 135, sammenlignet med 171 i perioden januar til august på 171.

Ekstern innleie (ikke lønnskostnad)

| OUS samlet | | Faktisk 2011 | | | | | | | | | | Prognose | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--------------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|----------|-------|-------|-------|
| | | 2010 | 2011 | jan | feb | mar | apr | mai | jun | jul | aug | sep | okt | nov | des |
| Antall mnd verk | Faktisk/prognose | 190 | 160 | 168 | 172 | 175 | 190 | 183 | 131 | 166 | 191 | 149 | 136 | 127 | 129 |
| Kostnader til ekstern innleie | Faktisk/prognose 2011 | 27 634 | 1 918 | 10 431 | 9 630 | 16 721 | 13 473 | 12 857 | 9 847 | 11 286 | 14 038 | 9 816 | 8 927 | 8 234 | 8 372 |
| | Budsjett 2011 | | ##### | 5 782 | 5 874 | 8 380 | 7 334 | 6 868 | 7 473 | 7 408 | 7 650 | | | | |

Andre kostnader

Det er forutsatt at andre kostnader skal reduseres til ett minimum i siste del av 2011. Merk at for kontoklasse 5 i oppsummeringen under er det kun inkludert kostnadsreduksjoner knyttet til opplæring og kurs. Det er så langt ikke laget en oppdatert resultatprognose for lønn samlet.

Tall i tusen kroner

| Kontoklasse | September | Oktober | November | Desember | Total |
|---------------|-----------|---------|----------|----------|--------|
| Kontoklasse 4 | 0 | 240 | 240 | 240 | 720 |
| Kontoklasse 5 | 0 | 363 | 363 | 363 | 1 090 |
| Kontoklasse 6 | 0 | 3 682 | 3 682 | 3 682 | 11 046 |
| Kontoklasse 7 | 0 | 934 | 934 | 934 | 2 801 |
| Sum | - | 5 219 | 5 219 | 5 219 | 15 657 |

Totalt innebære de tiltakene som er beskrevet for å redusere andre kostnader en innsparing på om lag 16 mill kroner. Det arbeides videre med oppdaterte vurderinger av mulige reduksjon i andre kostnader, blant annet for konsulenter.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør Økonomi og finans

Vedlegg:

1. Tabellvedlegg
2. Brev til Helse sør-øst RHF om sykelønnsrefusjoner
3. Rapport om faktiske funn (Klinisk arbeidsflate) fra PWC til Helse sør-øst RHF
4. Prognoser og tiltak for gjennomføring av reduksjon i bemanning og andre kostnader

**SAK 98/2011: BESLUTNINGSSAK
ØKONOMI- OG AKTIVITETSRAPPORT PER
AUGUST**

FORSLAG TIL VEDTAK:

1. *Styret tar rapporteringen per august til etterretning.*
2. *Styret ber administrerende direktør gjennomføre de foreslåtte tiltakene for å redusere bemanning og kostnader mot slutten av 2011.*
3. *Styret tar til etterretning at de foreslåtte tiltakene ble innrapportert til foretaksmøtet 28. september 2011.*

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

2. Sammendrag

Resultattallene etter august viser:

- Den somatiske aktiviteten er noe høyere enn periodisert budsjett.
- Innenfor voksenpsykiatrien er den polikliniske aktiviteten fortsatt lavere enn planlagt. Antall utskrevne pasienter har positive avvik.
- Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten lavere enn budsjettet både for døgnvirksomheten og poliklinikk.
- Aktiviteten innenfor rusområdet er høyere enn budsjettet.
- Det negative økonomiske resultatavviket per august er på 327 mill kroner når ekstraordinære tapsavsetninger holdes utenfor. Justert for spesielle forhold vurderes periodens (august) avvik knyttet til underliggende drift å være i størrelsesorden 25-30 mill kroner.
- Bemanningen ble redusert med drøyt 1.000 årsverk i begynnelsen av 2011, men siden da har tallet på årsverk holdt seg forholdsvis stabilt.
- Andel korridorpasienter og andel utskrivningsklare pasienter er redusert fra 2010, men er fortsatt for høyt.
- Andel fristbrudd har siden mai vært stabilt på om lag 11 pst men økte i august til 13 pst totalt. Økningen relateres til sommerferieavviklingen.

I avsnitt 8 og i eget vedlegg redegjøres det for tiltak for å redusere bemanning og kostnader i slutten av 2011.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aktivitetsutviklingen ser ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Innenfor psykisk helsevern er det størst utfordring knyttet til aktivitetsnivået innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette følges tett opp for å sikre en aktivitetsvekst i tråd med forutsetningene i budsjettet.

Arbeidet med å tilpasse bemanningen til et lavere aktivitetsnivå er krevende, og tar lengre tid enn forutsatt i budsjett 2011. Så langt i 2011 har foretaket ikke klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Tiltak som inngikk i P500 (jf styrets vedtak 49/2011) har bidratt til en bedre kostnadsutvikling de siste månedene, men ikke tilstrekkelig å nå budsjettkravene for 2011.

I foretaksmøte 1. juni la foretaksmøtet til grunn at styret i Oslo universitetssykehus HF sørger for at det er etablert tiltaksplaner som er tilstrekkelige til å styre virksomheten innen tillatt negativt resultat (inntil 400 mill kroner) på årsbasis og rapporterer dette inn til et nytt foretaksmøte innen utgangen av september. Som oppfølging av dette er alle klinikkene nå pålagt å gjennomføre ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011. I dette inngår både gjennomføring av innplassering i nye bemanningsplaner, reduksjon av variabel lønn på minst 10 pst, men også ytterligere bemanningsreduksjoner. Målet med dette er på kort sikt å redusere det negative resultatavviket i 2011 i størst mulig grad. Reduksjon av bemanningen i 2011 er imidlertid også viktig for å redusere utfordringen i 2012. Det er innkalt til nytt foretaksmøte 28. september. Nevnte tiltak vil ligge til grunn for innrapporteringen til dette foretaksmøtet.

Etter rapporteringen for august ble det meldt en risiko for et resultatavvik på -600 mill kroner. Foretakets resultatprognose for 2011 er så langt ikke endret som følge av de nye tiltakene for å redusere bemanning og andre kostnader. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid bedt om en oppdatert resultatprognose.

Det er internt i Oslo universitetssykehus HF lagt opp til ukentlig oppfølging av driften i ledermøtene i foretaket, herunder resultat av tiltak for å redusere bemanning og kostnader i 2011. Videre har Helse Sør-Øst RHF varslet ekstraordinære oppfølgingsmøter hver andre uke. Første møte var 12. september. I neste møte (27. september) vil gjennomgang av prognoser og tiltak være hovedfokus. Tiltakene som er omtalt i denne styresaken (avsnitt 8 og vedlegg 4) vil ligge til grunn for dette møtet.

4. Pasientbehandling og aktivitetsdata

Somatikk

Antall DRG-poeng hittil er 1,4 pst (1.952 poeng) høyere enn budsjettet. Dette er en økning i positivt avvik fra juli (fra 0,7pst). Økt positivt avvik skyldes flere forhold. Innenfor enkelte funksjoner, blant annet transplantasjoner og hjerte- og lungevirksomheten, har aktiviteten vært høy i første halvår i år. Ved enkelte avdelinger har aktiviteten vært særlig høy i august. DRG-poeng for biologiske legemidler (som ikke inngår i aktivitet utført på sykehuset) bidrar også noe til økt avvik. Senere avvikling av haleaktivitet enn forutsatt har også bidratt til høy aktivitet. Etterregistrering av aktivitet i 2. tertial kan bidra ytterligere til det positive aktivitetsavviket i somatikken.

Sett i forhold til samme periode i 2010 er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,7 pst. Dette er noe mindre enn budsjettet reduksjon knyttet til planlagt overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF når overføringen er gjennomført. Haleaktiviteten er bestemt aktivt avviklet etter sommeren. Oppfølgingsmøter med klinikkene i august fokuserte på aktiviteten for å snu elektive pasientstrømmer i henhold til overføring og den aktive avviklingen av haleaktivitet. Dette er blitt fulgt opp i tertialoppfølgingsmøtene med klinikkene.

Psykisk helsevern

For voksenpsykiatrien er antall utskrevne pasienter høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten (inkl dagopphold) er noe lavere enn budsjettet. Negativt avvik for poliklinikk er redusert i august. Klinikken arbeider med å lukke de negative avvikene. Oppfølging av aktivitet har høy fokus og følges tett opp mot berørte enheter. På årsbasis forventes det likevel et negativt avvik for oppholdsdager (dagbehandling). Dette skyldes planlagt omlegging fra dagbehandling til poliklinikk (Alderspsykiatrisk poliklinikk) som ikke er tilstrekkelig hensyntatt i plantallene.

Aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er per august lavere enn budsjettet. Flere av avdelingene har vært sommerstengt. Som følge av tilpasning av inntak ut fra de nye opptaksområdene ble antall døgnplasser for barn redusert fra 12 til 6 med virkning fra 1.8. Dette vil gi lavere aktivitet ved døgnavdelingene enn forutsatt i budsjettet. Det samme gjelder for dagbehandling. Poliklinisk aktivitet på poliklinikkene vil imidlertid bli opprettholdt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn plantallene.

Ventelisteutvikling/ventelistestatus

Det er en liten reduksjon i antall ventende pasienter fra juli til august. Status for ventelister vil bli satt opp som temasak i neste styremøte.

Nasjonale ventelistedata presenteres hvert tertial av Norsk Pasientregister (NPR) (månedsvise i regional ventelistedata). Oslo universitetssykehus HF egne ventelistedata skal i prinsippet vise de samme resultater som NPR viser. Avstemming av ventelistedata har imidlertid vist

ulike tall selv om foretaket i utgangspunktet benytter de samme beregningsmetodene som NPR. Dette skyldes blant annet ulike eksklusjoner. Foretaket har god dialog med NPR og regner med en rask avklaring av disse forskjellene.

Det er fortsatt registreringsutfordringer i pasientadministrativt system (PAS) på grunn av pågående samkjøring av PAS fra alle sykehuslokalisasjoner. Dette gjelder både IKT-tekniske forhold og riktig bruk av nyetablerte nivå 1- prosedyrer for henvisningsmottak og ventelistehåndtering. Det er etablert klinikkvise ventelisteansvarlige som overvåker mottak av henvisninger og ventelistehåndteringen. Det skal også være økt varsling til linjeledere og enhetsledere i klinikkene om ventelistestatus og kritisk dato før fristbrudd, i tillegg til økt oppfølging av allerede igangsatte driftstiltak for nedtak av antall ventende. Det er spesielt økt fokus på vurderingstid på henvisninger for pasienter søkt inn for utredning på grunn av mistanke om kreft. Det er fortsatt pågående rydding i ventelister for pasienter både med og uten rett til prioritert behandling. Ryddingen går parallelt med optimalisering av rutiner for vurderings- og ventelistehåndtering.

For å sikre riktig registreringspraksis og raskere vurdering av henvisninger intensiveres tiltak for kompetanseheving, samt videreutvikling av pasientadministrativt system slik at det understøtter riktig praksis og i tråd med de nasjonale prioriteringsveilederne.

Fristbrudd

Totalt antall fristbrudd i august var 13 pst, økt fra 11 pst de siste månedene. Både innenfor somatikken og innenfor psykisk helsevern er andelen brudd høyere i august enn i de foregående måneder. Innenfor somatikken er tallene påvirket av sommerferieavviklingen.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen fristbrudd redusert til 11 pst (19 pasienter). Dette er lavt i forhold til tidligere perioder. Registrerte fristbrudd innen området er relativt få, og det er også her enkeltoppfølging av hvert fristbrudd.

Det er etablert klinikkvise ventelisteansvarlige som overvåker mottak av henvisninger og ventelistehåndteringen. I tillegg til kontinuerlig kompetanseheving blant de som håndterer henvisningsmottak og ventelister, er det økt varsling til linjeledere og enhetsledere i klinikkene om ventelistestatus og kritisk dato før fristbrudd.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. Teknisk løsning for rapportering av dette er ikke på plass ennå. Mulige tekniske løsninger undersøkes, og det er tatt kontakt med andre foretak som har funnet en løsning for å rapportere andel som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottak av henvisning. For å nå målet om at alle pasientene og henviserne får bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning og samtidig får tidspunkt for start behandling i samme brev, er det blant annet nødvendig å planlegge bemanningsressurser for lengre perioder fremover enn det som er vanlig i dag. Det arbeides med tiltak for å få til gode løsninger på dette.

Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter i somatiske sengeposter er redusert gjennom sommeren og er i august 0,6 pst, mens gjennomsnittet hittil i år er 1,1 pst. Dette er en positiv utvikling som i stor grad kan tillegges god effekt av interne tiltak.

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter

Andelen liggedager for utskrivningsklare pasienter er stabilt på 1,2 pst. Nivået er noe lavere enn i 2010.

Andel epikriser sendt innen 7 dager

Det er noe usikkerhet til kvaliteten på rapporterte epikrisetider, da det fortsatt hentes data fra tre forskjellige journalsystemer. Innenfor somatikken er rapportert andel epikriser sendt innen 7 dager hittil i år 76 pst. For TSB og Psykisk helse er andelene henholdsvis 58 og 55 pst. Målet er 100 pst for alle fagområdene.

5. Økonomisk resultat og ressursbruk*Resultat*

Per august 2011 er det et samlet negativt resultatavvik på 452 mill kroner totalt, hvorav 327 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate (125 mill kroner). Sammenlignet med rapportert resultatavvik per juli (-295 mill kroner med tilsvarende unntak), er det negative resultatavviket i august økt med 32 mill kroner.

Resultat hittil inkluderer estimert effekt av terrorangrepene 22. juli på 33 mill kroner. Av dette gir 18 mill kroner utslag i augustregnskapet. I tillegg kommer merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør med om lag 15 mill kroner pr måned. Disse negative utslagene motvirkes av at det er flere forhold av engangskaraktter som isolert bidrar til en resultatforbedring i august, uten at dette kan relateres til den løpende driften av sykehuset. Dette gjelder for eksempel reversering av noe for høye avskrivninger fra tidligere perioder. Høyere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken gir høyere inntekter enn budsjettert i august.

Justert for spesielle forhold som beskrevet ovenfor vurderes periodens avvik knyttet til underliggende drift (dvs eksklusive tapsavsetninger, merkostnader som følge av lønnsoppgjør, kostnader knyttet til terrorangrepene 22. juli mv) å være i størrelsesorden 25-30 mill kroner i august. Dette er noe lavere enn gjennomsnittlig avvik per måned i første halvår.

For de somatiske klinikkene samlet er økningen i negativt resultatavvik i august lavere enn gjennomsnittet hittil i år. Det er imidlertid store variasjoner mellom klinikkene. Flere har et resultat i august som er omtrent som budsjettert, mens for eksempel Akuttklinikken og Klinik for kreft og kirurgi har store negative avvik. Klinik for psykisk helse og avhengighet har en negativ resultatutvikling, mens stab har viser en resultatforbedring. For noen klinikker bidrar usikkerhet om intern DRG-fordeling til ulik forståelsen av det samlede resultatet. Det arbeides med å gjennomføre en enhetlig registreringspraksis i hele foretaket.

Nærmere om pensjonskostnadene i 2011

Det er tidligere varslet en usikkerhet knyttet til pensjonskostnadene for 2011. Usikkerheten har knyttet seg til at faktisk nedbemanning er lavere enn forutsatt i budsjettet, de økonomiske forutsetningene for Statens Pensjonskasse og at de faktiske pensjonsmidlene i Oslo pensjonsforsikring AS er høyere enn det som var forutsatt i budsjettberegningene for 2011. De to første problemstillingene er drøftet med revisor.

Bemanningsreduksjonen hittil i år er vesentlig lavere enn forutsatt i budsjettet, og det er derfor foretatt en ny vurdering av pensjonskostnadene på dette grunnlag. Dette gir en merkostnad for pensjon på 50 mill kroner per august og om lag 75 mill kroner i 2011 i forhold til det som ble lagt

til grunn ved budsjettårets start. Dette er det imidlertid tatt høyde for i regnskapet de siste månedene, herunder i det akkumulerte regnskapet per august.

Ved utgangen av mai 2011 ble det reinvestert ca 1,9 mrd kroner i Statens pensjonskasse, jamfør vedtak i styresak 48/2011. Pensjonsmidlene ble plassert i norske statsobligasjoner som gir lavere avkastning enn de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for pensjonskostnadsberegningene for 2011. Problemstillingen er diskutert med revisor. Etter dette er det lagt til grunn at de opprinnelige økonomiske forutsetningene for 2011 likevel kan fastholdes.

Høyere faktiske pensjonsmidler ved inngangen av 2011 enn det som var forutsatt i budsjettberegningene og økte premiebetalingen til Oslo pensjonsforsikring AS medfører isolert sett høyere avkastning og således lavere pensjonskostnad. Det er på dette tidspunkt ikke avklart om pensjonskostnaden for 2011 skal korrigeres for disse forholdene i innværende år. Forholdet er foreløpig ikke hensyntatt i regnskapsresultatet per august.

Nærmere om merutgifter knyttet til terrorhandlingene 22.7

Samlede merkostnader knyttet til terrorhandlingen er estimert til 28 mill kroner (lønn og andre kostnader). I tillegg kommer et beregnet netto inntektstap på 5 mill kroner slik at samlet økonomisk konsekvens for Oslo universitetssykehus HF av terrorhandlingene er estimert til 33 mill kroner. Det er da tatt hensyn til at beregnet statlig refusjon (DRG) for de svært krevende traumepasientene som følge av angrepet på om lag 1,5 mill kroner. Pga at gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene er betydelig lengre enn et gjennomsnittsopphold, er det estimert hvilken alternativ inntekt Oslo universitetssykehus HF ut fra planlagt drift ville hatt i perioden. Dette er beregnet til i overkant av 6 mill kroner (estimerte tapte inntekter). Det er beregnet et tillegg for gjestepasienter på halvparten av pasientene, slik at refusjonssatsen lagt til grunn er 60 pst. I tillegg er det tatt noe høyde for at kapasitet ble frigjort for å kunne ta i mot pasienter som følge av rød beredskap 22/7. Til orientering ble det i statsråd 16. september gitt samtykke til å overskride gitte bevilgninger med inntil 722,9 mill kroner for å dekke ekstraordinære utgifter som følge av angrepene mot Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli. Dette vil bli innarbeidet i statsbudsjettet som legges frem 6. oktober. Det fremkommer av saken at 92,9 mill kroner av dette gjelder Helse- og omsorgsdepartementet til blant annet dekning av innsats fra de regionale helseforetakene. Da denne styresaken ble sluttført forelå det ingen formell bekreftelse på at Oslo universitetssykehus HF ville få dekket hele eller deler av nevnte kostnadsøkninger og inntektstap.

Revisors vurdering vedrørende avslutning av prosjektet Klinisk arbeidsflate

Revisor har på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF gjennomført avtalte kontrollhandlinger for å vurdere riktigheten av kostnader knyttet til prosjektet. Ut fra avtalte kontrollhandlinger er det ikke funnet vesentlige feil og teknisk personales vurdering av identifisert nedskrivningsbehov er i henhold til gjeldende rammeverk for finansiell rapportering. Revisor vurderer at beste estimat er benyttet, men presiserer at endelig prosjektkostnad kan avvike fra det estimatet som er lagt til grunn pr dato. Revisor presiserer imidlertid at siden de gjennomførte kontrollhandlingene verken utgjør revisjon eller begrenset revisjon i samsvar med revisjonsstandardene, gis det ikke uttrykk for noen sikkerhet for at kostnadene relatert til prosjektet Klinisk Arbeidsflate ikke inneholder vesentlige feil.

Status sykelønnsrefusjoner

Oslo universitetssykehus HF har store beløp utestående hos NAV fra 2009 og 2010. Per utgangen av august er det utestående mer enn 40 mill kroner fra 2009 og om lag 25 mill kroner fra 2010. Kravene vurderes å være en blanding av reelt utestående og ikke avklarte krav. Det er foretatt tapsavsetninger for store deler av dette (delvis i 2010 og delvis i 2011). Løpende rapportering fra

Sykehuspartner viser at kun mindre deler av utestående krav fra 2009 er innbetalt mens andelen for 2010 er noe større. For begge årene er det hittil i år avskrevet eller korrigert store beløp (korrigeringer av opprinnelige krav). Foretaket har varslet Helse Sør-Øst RHF om problemstillingen, senest i brev av 25.8.2011. Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt er så stort volum utestående krav fra tidligere år. Status vil på nytt bli gjennomgått med Sykehuspartner før styremøtet.

Årsestimat

Per juli ble det rapportert et negativt årsestimat for 2011 på 1 milliard kroner, dvs 600 mill kroner utover et budsjettert resultat på -400 mil kroner. Årsestimatet ble ikke endret ved rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF for august. Om lag 250 mill kroner av prognostisert negativt avvik på 600 mill kroner er relatert til tapsavsetning for klinisk arbeidsflate og økte kostnader til årets lønnsoppgjør. Resten av avviket relateres til driften av sykehuset i 2011. Prognostisert resultatavvik forutsetter kostnadsreduksjoner i siste del av 2011. Foretaket jobber hardt med tiltak innenfor bemanning og andre kostnader for å redusere estimert resultatavvik så mye som mulig innen årets utgang.

Helse Sør-Øst RHF har bedt om oppdatert årsestimat på bakgrunn av nye prognoser for reduksjon av bemanning og andre kostnader. Beregninger av dette forelå ikke da denne styresaken ble slutført.

6. Bemanning og sykefravær

Utvikling månedsverk

Oppdaterte bemanningstall per september viser at bemanningsreduksjonen fortsatt er lavere enn forutsatt i budsjettet. Antall brutto månedsverk økte med 87 fra august til 17.575 i september. Innenfor faste månedsverk er det en reduksjon på 162 månedsverk fra august, mens det er en økning i variable månedsverk på 248. Månedsverk knyttet til terrorangrepene 22/7 utgjør om lag 120 (utbetalt i september). Korrigert for dette er det en liten reduksjon i antall månedsverk fra august til september. Justert for månedsverk relatert til hendelsene 22/7 følger utviklingen i variabel lønn i store trekk normale sesongvariasjoner.

Sett i forhold til 2010 er det en reduksjon i antall brutto månedsverk på 1.017 (-5,5 pst). Av dette er 2,4 pst (-311) innenfor somatikken, mens reduksjonen innenfor psykisk helsevern er 18,9 pst (-556 månedsverk). Det er foretatt gjennomgang av bemanningsutvikling for ulike stillingsgrupper, primært med fokus på endringer for leger og sykepleiere. Per september er reduksjonen i leger liten sett i forhold til reduksjonen i aktivitet.

Innenfor somatikken er reduksjonen i bemanning på 2,4 pst mens reduksjonen i DRG-poeng er om lag 6 pst. Dette viser at reduksjonen i bemanning kommer senere enn reduksjon i aktivitet. Det er flere faktorer som bidrar til dette, blant annet drift på flere steder grunnet manglende samlokalisering.

Resultat av nye retningslinjer for bruk av variabel lønn følges opp i forhold til alle klinikkene. For å måle resultatene av dette jobbes det for å etablere en ukentlig rapportering av forbruk av variabel lønn for bruk i intern oppfølging i klinikkene/avdelingene.

Innleie av helsepersonell

Hittil i år har nivået for bruk av innleid helsepersonell vært relativt stabilt, men høyere enn budsjettert. Nivået er også høyere enn i samme periode i 2010, men lavere enn i siste kvartal 2010. Dette skyldes at det i siste del av 2010 var særlig høy bruk av innleid personell blant annet for å

forberede nødvendig bemanningsreduksjon etter overføringen av pasienter til Akershus universitetssykehus HF fra 1.1.2011. Fremover vil det være et spesielt fokus på å følge utviklingen i innleie, og å sikre at denne tas ned etter ferien. Det er blant annet utarbeidet nye retningslinjer for bruk av innleie som vil bli tett fulgt opp i linjen med egne rapporteringsrutiner. Gjennomføring av nye retningslinjer vil bli fulgt opp ukentlig.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (per juni) er 7,7 pst. Det er en liten økning i fraværet fra 2010. Fraværet har vært stabilt de siste månedene på rundt 7 pst.

7. Investeringer og likviditet

Investeringer

For 2011 er det budsjettert med 305 mill kroner til investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift og IKT (inklusive egenandeler for regionalt finansierte prosjekter). I forbindelse med styresaken om gjennomføring av budsjett 2011 (styresak 49/2011) ble det vedtatt å forskyve investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift og IKT til en verdi på cirka 80 mill. kroner til 2012. I tillegg er investeringer i IKT-løsninger forskjøvet til 2012 med cirka 10 mill kroner. Prognosen for omfanget av disse investeringene i 2011 er i samsvar med vedtakene i styret (om lag 210 mill kroner). Arbeidet med utbedring av pålegg fra Arbeidstilsynet vil bli prioritert innenfor denne rammen.

Budsjettede omstillingsinvesteringer er på om lag 300 mill kroner per 2011 (inkluderer 25 mill kroner fra 2010). Prognosen for omfanget av investeringer til omstilling i 2011 er nå om lag 210 mill kroner. Samlet er det varslet stilt til disposisjon 600 mill kroner for de tre årene 2010, 2011 og 2012. Det arbeides nå med en prosjektportefølje som har en samlet ramme på 690 mill kroner, hvorav akuttmottaket på Ullevål sykehus utgjør mer enn halvparten. Tilpasningen til rammen på 600 mill kroner, dersom denne ikke blir endret, vil skje enten ved at noen av prosjektene blir redusert i omfang eller at deler av investeringene (blant annet MTU) må bli finansiert over den ordinære investeringsrammen.

Likviditet

Ved utgangen av august var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF minus 2.843 mill kroner mot budsjettert minus 2.908 mill kroner, det vil si et positivt avvik på 65 mill kroner. Det positive likviditetsavviket forklares med flere forhold. Det negative resultatavviket bidrar isolert sett til en dårligere likviditetssituasjon enn budsjettert. Men flere andre forhold som trekker i motsatt retning: Investeringsutbetalingene har vært lavere enn budsjettert, betaling av reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring er utsatt og det er forsinkelser i oppgjør overfor Sykehuspartner og Akershus universitetssykehus HF.

Kontantstrømprognosen viser en utgående likviditetsbeholdning for 2011 på minus 3.391 mill kroner. Dette er en forverring med 454 mill kroner i forhold til kontantstrømbudsjettet. Økt negativt resultatestimert forverrer likviditetssituasjonen, mens lavere investeringsnivå og lavere pensjonspremiebetalinger i 2011 bidrar positivt. Selv om pensjonspremiene fra Oslo pensjonsforsikring og Kommunal landspensjonskasse for 2011 isolert er økt har Oslo pensjonsforsikring varslet at deler av pensjonspremien forfaller i 2012. Kontantstrømprognosen viser at det er behov for økt driftskreditt i 2011. Det er i likviditetsprognosen forutsatt at Klinisk Arbeidsflate ikke blir betalt i 2011.

8. Tiltak for gjennomføring av budsjett 2011

Bestilling fra foretaksmøtet 1. juni

I protokoll fra foretaksmøtet 1. juni heter det:

”På bakgrunn av resultat og likviditetsmessig status rapportert per 1. tertial, tillates for 2011 et negativt resultat med inntil 400 millioner kroner. Innenfor årsresultat av denne størrelsesorden vil det bli stilt likviditet til disposisjon for foretaket i form av et rentebærende lån fra Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet legger til grunn at styret i Oslo universitetssykehus HF sørger for at det er etablert tiltaksplaner som er tilstrekkelige til å styre virksomheten innen dette resultatkravet på årsbasis. Foretaksmøtet ber styret i Oslo universitetssykehus HF i et nytt foretaksmøte innen utgangen av september 2011 rapportere status for gjennomførte og planlagte tiltak som skal sikre helseforetaket en bærekraftig økonomisk utvikling så raskt som mulig.”

Da denne styresaken ble sluttført forelå innkalling til foretaksmøte 28. september d.å., jf omtalen ovenfor om nytt foretaksmøte innen utgangen av september 2011.

Bestilling fra Helse Sør-Øst RHF

Blant annet på bakgrunn av foretaksmøtet samt resultatutviklingen i sommer er det mottatt en instruks (mail) fra Helse Sør-Øst RHF med følgende innhold:

” Resultatutviklingen fram mot årsskiftet slik den er estimert og rapportert fra foretaket, vil ikke sikre nødvendig resultatforbedring innen 2011 og heller ikke inn mot 2012. Det er nødvendig med resultatforbedring høsten 2011, og det er nødvendig å redusere risiko for negative budsjettavvik i 2012. For å sikre tilstrekkelig trygghet for fokus og gjennomføringskraft ved bemanningstilpasning og kostnadskontroll, innfører Helse Sør-Øst RHF egen oppfølging.....”

Tiltak

Administrerende direktør har bedt klinikken lage nye prognoser for reduksjon av bemanning og andre kostnader i 2011. I dette arbeidet er klinikkene utfordret på å finne tiltak som innebærer en samlet reduksjon på 700 årsverk innen utgangen av 2011. Kravet omfatter bemanningsreduksjoner basert på følgende trinn:

1. trinn: Gjennomføre planlagt innplassering (skal gi en reduksjon 340 årsverk)
2. trinn: Reduksjon av variable årsverk med minst 10 pst (skal gi en reduksjon på 133 årsverk)
3. trinn: Ytterligere reduksjon med 227 årsverk (fordelt til klinikkene forholdsmessig ut fra gap til nytt målbilde 2012)

I tillegg til reduksjon av bemanning skal foretakets kostnader reduseres innenfor kostnadsposter som vurderes å være påvirkbare på kort sikt uten at pasientbehandlingen reduseres. Disse er forutsatt å reduseres til ett minimum i resten av 2011.

Ved utarbeidelse av de nye tiltakene er det lagt til grunn følgende:

- Målet er å øke produktiviteten samtidig som bemanningen går ned.
- Oslo universitetssykehus HF kan ikke la være å gi behandling til grupper av pasienter som hører under vårt ansvarsområde.

- Klinikkene/avdelingene må prioritere enkeltpasienter med de ressursene de har innenfor gitte prioriteringsregler mv og forsvarlig drift.
- Konsekvensene kan bli noe lavere tilbud i volum og noe økte ventetider.

I vedlegg 4 er det gitt oversikt over klinikkens prognoser med beskrivelser av tiltak for å sikre måloppnåelse. Det legges opp til at denne oversikten legges til grunn for rapportering til foretaksmøtet 28. september i år.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Kst. Klinikkleder Lars Lien
Klinikk psykisk helse og avhengighet

**SAK 99/2011: ORIENTERINGSSAK
BEHANDLINGSTILBUD INNEN RUS OG
PSYKISK HELSE**

FORSLAG TIL VEDTAK:
Styret tar saken til orientering.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Klinikk psykisk helse og avhengighet har store utfordringer knyttet til redusert opptaksområde og ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF. I løpet av 2011 er planene for nedtrekk særlig i Senter for barn og unge kommet langt og senteret har vært igjennom en betydelig omorganiseringsprosess. Dette har bidratt til lavere produktivitet og noe økende ventelister.

Senter for rus og avhengighet har siden rusreformen i 2004 vært igjennom betydelige endringer og har etablert en faglig sterk spesialisthelsetjeneste med økt bruk av polikliniske vurderinger og annen ambulansetjeneste. Dette har ført til reduksjon i antall senger, men samtidig langt flere behandlinger enn tidligere.

For Senter for voksenpsykiatri og Senter for lands- og regionfunksjoner har omstillingene pågått kontinuerlig i forbindelse med opptrappingsplanen med overgang fra sentralsykehusfunksjoner til DPS. Det vil være ytterligere press i tiden framover til å dreie tilbudet enda mer over mot DPS og redusere tilbudet knyttet til ny inntektsmodell.

I saken gis det en redegjørelse for utfordringene knyttet til hvert senter.

2. Tidligere vedtak i saken

Orientering gitt i styremøte 26.mai 2011, sak 57/2011.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering

Orientering gitt under eventuelt i styremøte 19.august 2011, sak 93/2011

Behandlingstilbud innen rus og psykiatri

Enstemmig vedtak:

Det vises til styringssignaler fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokumentet for 2011, budsjettinnspillene for 2012 og i Helse Sør-Øst RHF sak om "Regionale utviklingsområder", der det framheves at rus og psykiatri er satsingsområder.

På bakgrunn av dette ber styret om snarlig å få en egen sak om kapasitet, kvalitet og bredden på det tilbudet Oslo universitetssykehus HF har g planlegger framover innen rus og psykiatri feltet, både for voksne, ungdom og barn.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Klinikk psykisk helse og avhengighet er inne i en omfattende omstillingsprosess. Det er nødvendig å legge om arbeids- og samarbeidsformer, både pga endret opptaksområde og som følge av samhandlingsreformen. I tillegg vil nye behandlingsmetoder basert på forskning og systematisk erfaringslæring fortløpende tilsi endringer i driftsformer.

Ny inntektsmodell understreker ytterligere behovet for en grundig gjennomgang av arbeidsformer, oppgaver og organisering.

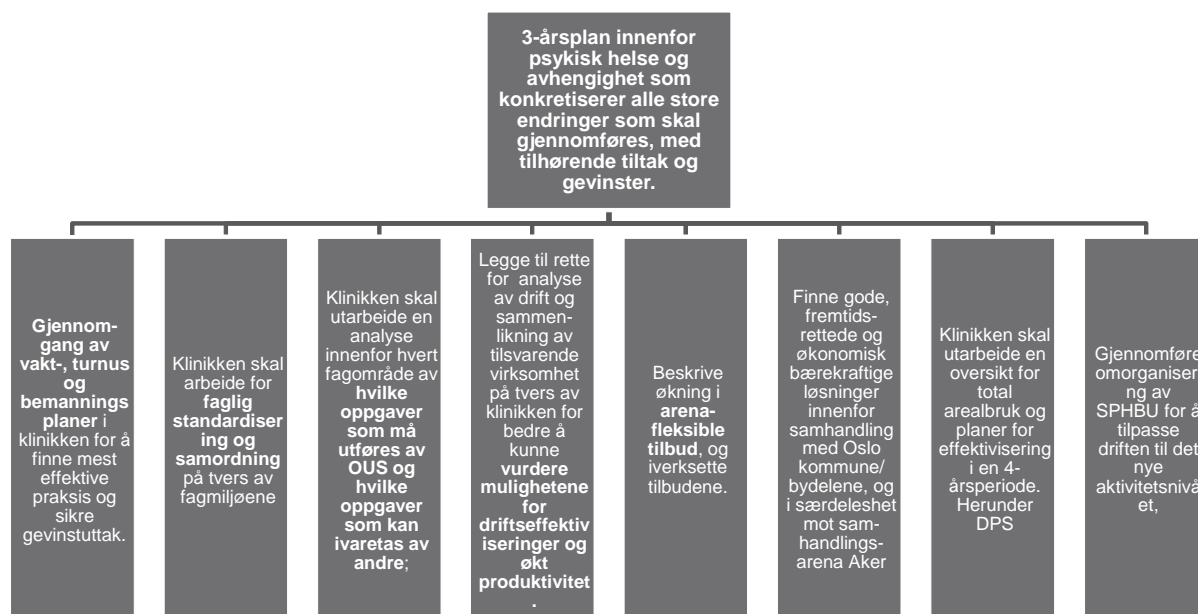
Administrerende direktør mener klinikken er godt i gang med endringsarbeidet, men at mye gjenstår før aktivitet og drift er i tråd med gitte rammer. Klinikken arbeid med omstilling vil bli fulgt tett av administrerende direktør. Det vil bli lagt vekt på å sikre høy faglig kvalitet, samtidig som driften tilpasses de gitte rammer.

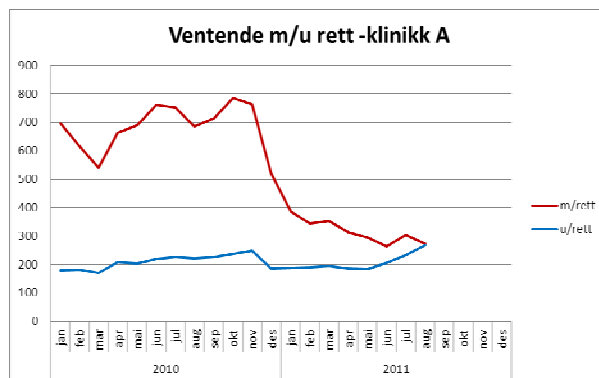
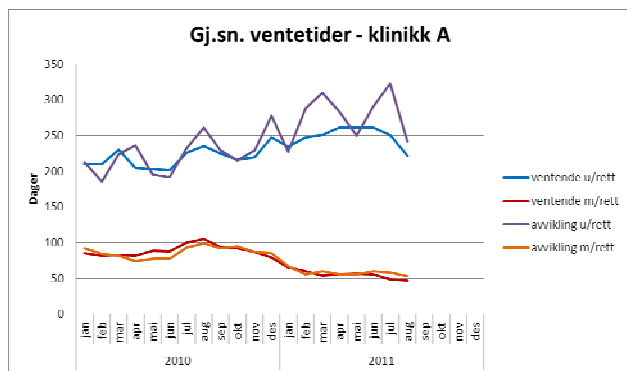
Styret vil bli holdt orientert om utfordringer og tiltak.

4. Klinik psykisk helse og avhengighet

Klinikk psykisk helse og avhengighet ønsker med dette å orientere styret om kapasitet, kvalitet og bredden på tilbudet Oslo universitetssykehus HF har og planlegger framover innen rus og psykiatri feltet, både for voksne, ungdom og barn. Klinikken står overfor store utfordringer med å tilpasse driften til de rammene som tildeles. Så langt i år ligger Klinikken an til å få et regnskapsmessig negativt avvik på 35 mill kroner. Noe av dette skyldes at vi i Senter for barn og unge har en betydelig overkapasitet i forbindelse med overføring av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF. For psykisk helse voksne ble det meste av overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF gjennomført ved virksomhetsoverdragelse. For Rus slår overføringen inn i 2012 ved at Senter for rus og avhengighet skal overføre 23 mill kroner til Akershus universitetssykehus HF og dermed må redusere sitt tilbud tilsvarende. Fra og med 2013 får hele Klinikken et betydelig nedtrekk knyttet til ny inntektsmodell.

Av en total utgiftsramme for Klinikken på 1.750 mill kroner i 2011, estimeres samlet nedtrekk i planperioden 2012 – 2014 til ca. 244 mill kroner. Tallene er forbundet med noe usikkerhet og vil bli etterprøvet og justert i løpet av høsten. Med bakgrunn i problemene som er beskrevet ovenfor har Klinik psykisk helse og avhengighet arbeidet aktivt både med redesign prosjektet og en treårig handlingsplan som blant annet har identifisert 8 forbedringsområder beskrevet i figuren nedenfor. Målet for klinikken er å være et nasjonalt referansesykehus innen psykisk helse og avhengighetsmedisin.



Ventetider og fristbrudd:

Det er god kontroll på ventetider generelt i Klinikken.

4.1 Behandlingstilbudet innen rus- og avhengighetsbehandling. Avdelingene

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|--|---|--------------------|---|---|
| Avdeling Rusmottak | Akuttilbud Konsultasjonstjenester | Aker | 3 084 liggedøgn 2 250 konsultasjoner | Follo,(1.1.12) Alna, Grorud og Stovner innenfor opptaksområdet |
| Avdeling avgifting 1 og avdeling avgifting 2 | Avgifting | Aker | Samlet: 12 174 liggedøgn 1 477 utskrevne pasienter | Follo og Alna innenfor opptaksområdet til 1.1.12 |
| Avdeling avhengighetsbehandling voksen | Differensiert rus- og avhengighets behandling til voksne pasienter | Gaustad og Ullevål | 43 døgnplasser ved full drift Poliklinikk Ventetid: 26 uker | Venter på rehabilitering av bygg 46 på Ullevål for samlokalisering |
| Avdeling avhengighetsbehandling ung | Differensiert rus- og avhengighetsbehandling til unge pasienter | Gaustad | 36 døgnplasser ved full drift 16 dagplasser Poliklinikk/hesteassistert behandling Ventetid: 1-2 uker | |
| Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker | Tilbud til pårørende og brukere av anabole steroider Spesialisert utredning og avhengighets-behandling To klinikker for Legemiddelassistert behandling Lærings- og mestringstilbud Narkotikaprogram med domstolskontroll Lavterskel substitusjonsbehandling i samarbeid med Oslo kommune | Ullevål | 12000 konsultasjoner Ventetid LAR: 10 uker, Ruspoliklinikk: 1 uke | Pasienter som er vanskelig å nå ut til for andre poliklinikker Utrednings- og koordineringspoliklinikken trenger nye lokalet |

I tillegg til de nevnte avdelingene har senteret Avdeling koordinering pasientstrøm som innhenter og analyserer aktivitetsrapporter fra behandlingstilbudet til de private tjenesteleverandørene i hele regionen på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og koordinerer pasientstrømmen for alle Oslo-pasienter.

Ventelister

- Pr. 1.7.2011 venter 135 pasienter på behandling i Oslo universitetssykehus HF sine avdelinger, inkl pasienter fra andre HF som er tildelt behandlingsplass i Oslo universitetssykehus HF.
- Pr 30.6.2011 venter 41 pasienter på oppstart i LAR. Maksimalt er ventetiden 14 uker.
- Pr. 1.6.2011 venter 176 pasienter på behandling hos private leverandører.

Aktivitet

- Over plantall for sengebehandling, men 4 % lavere enn plantall for polikliniske konsultasjoner (bare refusjonsberettigede).

Planer og utfordringer

Situasjonen i 2011

Utgiftene til LAR-medikamenter er underfinansiert. Konsekvensen er at senteret har måtte samlokalisere 2 avgiftningsavdelinger og redusere 22 årsverk. Antall avgiftningsplasser er redusert med 12 (fra 52 til 40).

Utfordringen 2012:

Overføring av midler til Akershus universitetssykehus HF 23 mill kroner på grunn av endret opptaksområde.

Økte kostnader til LAR-medikamenter på grunn av økt antall pasienter ca 3 mill kroner.

Konsekvenser av ny inntektsmodell 3,7 mill kroner.

Utfordringene ved ny inntektsmodell

Samlet reduksjon i tildeling inklusiv utgiftene til LAR legemidler blir for årene 2011 – 2014 ca 91 mill kroner. Dette tilsvarer ca 141 årsverk. Totalt må dette føre til 25 % reduksjon av tilbudet.

Det vil være nødvendig å avvikle større deler av akutt, avgiftning og behandlingstilbudet.

Konsekvensen av de økonomiske utfordringene er at Oslo universitetssykehus HF må fortsette en omfattende nedbygging av TSB i årene 2012 - 2014. Bruken av private behandlingsplasser vil øke på bekostning av et robust offentlig tilbud organisert i områdesykehuset. Dette synes å være i strid med Regjeringens styringssignaler om at TSB skal prioriteres og Helse Sør-Øst RHF sak om ”Regionale utviklingsområder”.

4.2 Psykisk helse, senter for lands- og regionfunksjoner Avdelingene

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|---|--|--------------------------|--|--|
| Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse | Hørselshemmede med psykiske lidelser i Norge | Gaustad | Voksne: 2 300 konsultasjoner | Poliklinikk for barn er ikke godkjent enda, og har derfor ikke måltall |
| Avdeling for personlighetspsykiatri | Pasienter med angst, personlighetsforstyrrelser og angstlidelser | Ullevål | Angstpoliklinikken: 3 300 konsultasjoner Personlighetspoliklinikken: 3 846 konsultasjoner Ruspoliklinikk: 2 911 konsultasjoner | Tre poliklinikker og et dagbehandlingsnettverk |
| Regional avdeling for spiseforstyrrelser | Pasienter med spiseforstyrrelser, døgnbehandling og poliklinisk behandling | Ullevål og Gaustad | 6 963 konsultasjoner 6 205 liggedøgn | Avdelingen gir også ambulerende tjenester. Barn og unge har 8 døgnplasser, voksne 12 plasser |
| Regional sikkerhetsavdeling | Sikkerhetspsykiatri døgn og fengselspsykiatrisk poliklinikk | Dikemark Oslo Fengsel | 14 døgnplasser, hvorav 2 beredskap. Ca 1 000 konsultasjoner | Avdelingen har også en koordineringsenhet for dom. |
| Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme | Personer med utviklingshemming/autisme og psykiske lidelser | Dikemark | 1 785 liggedøgn | Mottar pasienter fra hele landet, også ambulant (41 pasienter pr juni). 10 døgnplasser |
| Avdeling for førstegangpsykose | Personer med unge nysyke | Fr. Nansens vei | 6 600 konsultasjoner 9 837 liggedøgn | 20 lukkede døgnplasser og 9 åpne rehabiliteringsplasser døgn |

Planer og utfordringer

Utfordringene er å finne riktig dimensjonering ut fra de økonomiske rammer og oppgavene. Det vises til styringssignaler fra Helse Sør-Øst RHF om regionale utviklingsområder hvor det særlig skal være et fokus på pasienter med spiseforstyrrelser, unge shizofrene (nye-syke) og pasienter med alvorlig voldsproblematikk. Det er viktig at de økonomiske rammene følger de styringssignaler som gis fra det regionale foretaket. En av utfordringene videre er å få aksept for behovet for regionalt tilbud innen psykisk helse.

Ventetider og aktivitet

- Ventetidene er akseptable bortsett fra for RASP hvor de er økende (opp mot 4 mnd)
- Polikliniske konsultasjoner etter plantall, mens døgn behandling er noe under.

4.3 Senter for psykisk helse, lokalfunksjoner Avdelinger

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|--|--|--|--|---|
| Avdeling for akuttpsykiatri | Akuttpsykiatri for OUS sitt opptaksområde. Akutt/øyeblikkelig hjelp. | Ullevål | | 45 døgnplasser fordelt på krise og traume, psykose og rus, psykose og affektive lidelser |
| Avdeling for spesialisert døgnbehandling | Personer med psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse, med behov for døgnkontinuerlig opphold og behandling. Mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighetsproblematikk. | Gaustad Dikemark | 26 200 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 45 dager | Avdelingen har 40 plasser for OUS, 28 lukkede plasser for Ahus og 8 plasser for LD-sektor |
| Alderspsykiatrisk avdeling | Personer med alvorlige psykiske lidelser med debut over 67 år og personer med demens og alvorlige adferdsmessige og psykiatriske tilleggsymptomer | Gaustad | 5 148 konsultasjoner 8 377 liggedøgn Gj. Snittlig ventetid til behandling: 14 dager | Ambulante tjenester. 26 døgnplasser |
| Josefinegata DPS | Utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling individuelt eller i gruppe, ambulant behandling og krisehjelp. Døgnbehandling | Josefinesgate Geitemyrsveien Pilestredet | 22 000 konsultasjoner 10 350 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 44 dager | 35 døgnplasser |
| Søndre Oslo DPS | Utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling individuelt eller i gruppe, ambulant behandling og krisehjelp. Døgnbehandling | Ryen Holmlia | 21 700 konsultasjoner 6 200 liggedøgn Gj. snittlig ventetid på behandling: 48 dager | 23 døgnplasser |

I tillegg har senteret en driftsenhet som ivaretar ulike funksjoner på Gaustad og Dikemark.

Planer og utfordringer

Senter for lokalfunksjoner skal redusere aktiviteten tilsvarende 120 årsverk – totalt ca 78 mill kroner i neste 3 års periode (overføring til Akershus universitetssykehus HF – 28 døgnplasser evt. nedleggelse av plassene.) Kostnadseffektivisering som følge av innføring av inntektsmodellen er på ca. 55 mill kroner.

Omstillingsutfordringen er:

- Fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester med hjemmebehandling.
- Fa sykehusbehandling til behandling i DPS. Fram mot 2015 skal det skje en ytterligere planmessig omstilling og ressursfordeling mellom DPS og sykehusavdelinger.

Senteret har pågående prosjekter knyttet til funksjonsfordeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområdet og ytterligere arealeffektiviseringstiltak. Relokalisering av virksomhet på Dikemark er en del av dette arbeidet. Målet er å skape robuste fagmiljøer og en reduksjon i antall driftsenheter og lokalisasjoner.

Aktivitet

- Noe etter plantall for døgnbehandling og i følge plantall for polikliniske konsultasjoner.
- Har overført all dagbehandling til refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner.

4.4 Senter psykisk helse barn og ungdom

Avdelinger

Senteret har nylig omorganisert sine avdelinger som et ledd i tilpasningen til nytt opptaksområde. Pga de store endringene som skjer er det vanskelig å gi aktivitetstall for de spesialiserte avdelingene (døgnbehandling).

| Avdeling | Målgruppe/tjenester | Lokalisering | Aktivitet | Kommentarer |
|--|--|---|-----------|--|
| Spesialavdeling for psykisk helse barn og ungdom | Spesialisert utrednings- og behandlingsavdeling for pasientgruppen barn og ungdom (0-18 år) med psykiske vansker, nevropsykiatriske/ nevropsykologiske lidelser, relasjonsvansker i familien og særlig sammensatte tilstander. | Sogn Ullevål | | |
| Ungdomsavdeling | Pasienter 12-18 år med stort funksjonsfall sekundært til psykiatrisk lidelse som ikke kan eller bør håndteres hjemmet. | Sogn Ullevål | | Lukket avdeling. En akutt- og en intermediearenhet. Vestre Viken og Ahus kjøper plasser. |
| Barneavdeling | Pasienter 4-14 år | Midlertidig samlokalisering i Nydalen | | Fra 12 til 6 døgnplasser. Arenafleksible tilbud og samarbeid med familiene og 1. linjen |
| BUP Oslo Nord | Utredning og behandling av pasienter poliklinisk og ambulant | Bjerke Nordre Aker Sagene | | Samarbeid med Høgskolen i Oslo om masterklinikk i familiebehandling. Prosjektorganisasjon knyttet til DBT-intervensjoner |
| BUP Oslo Syd | Utredning og behandling av pasienter poliklinisk og ambulant. | Nordstrand Østensjø Søndre Nordstrand | | Har eget TIPS-team og Lavterskeltilbud |

Planer og utfordringer

Senter for barn og ungdom møter krav om kraftig aktivitets/bemanningsstilpasning på de mest spesialiserte tjenestene parallelt med at ny organisasjon skal implementeres. Samlet sett skal senteret redusere sine kostnader med i overkant av 50 mill kroner i løpet av neste 3 års periode. I tillegg til selve kostnadsreduksjonen/ bemanningstilpasningen og omorganiseringen planlegges betydelig flytting. Alle endringene med tilhørende usikre momenter er med på å skape en vanskelig situasjon for alle ansatte i senteret.

De spesialiserte og sentraliserte tjenestene skal dekke Oslo sykehusområde, og dimensjoneres deretter ut fra de økonomiske rammevilkår. Ungdomsavdelingen reduserer døgnaktivitet i høst, men kan i 2012 måtte redusere ytterligere fordi avtalen med Vestre Viken om kjøp av ungdomsplasser utgår i mars 2012 og fordi Akershus universitetssykehus HF også har signalisert at deres avtale om kjøp av plasser kan bli avvirket. Akutt plassene for ungdom opprettholdes, men det blir en viss reduksjon i døgnkapasitet for intermediære plasser for ungdom. Poliklinisk aktivitet vil bli opprettholdt innenfor de økonomiske rammer.

Planene er også at om ½ år skal alle dag- og døgnspesialiserte tjenester være samlokalisert på Sogn.

I et prosjekt mellom Barne -og familieetaten i Oslo kommune og SPHBU var konklusjonen at man anbefalte oppretting av en spesial døgnavdeling hvor Barnevern og psykisk helse skulle dele på utgiftene til omsorgsplasser. I den nåværende økonomiske situasjon ser vi ingen muligheter til å være med på å finansiere et slikt samarbeid der vår innsats vil være i størrelsesorden 12-15 mill kroner.

Ventetider og aktivitet

- Polikliniske behandlinger ligger etter plantall, men det er likevel akseptabel ventetid.
- Døgnbehandlingen er redusert og derfor vanskelig å måle opp mot plantall.

4.5 Kvalitet og internkontroll

Klinikken følger nasjonale, regionale og sykehusets føringer og har utarbeidet en egen kvalitetsstrategi som består av flere elementer:

- Valg av områder med behov for retningslinjer og prosedyrer er valgt ut på bakgrunn av en risikoanalyse. Arbeidet med å ferdigstille den nye E-håndboken for klinikken er snart fullført.
- Klinikken har revisjonskompetanse i alle avdelinger og gjennomfører årlig egenrevisjoner basert på temaer i risikoanalysen. I 2011 har tema vært journaldokumentasjon og behandling av henvisninger for å unngå fristbrudd.
- Behandling av avvik og klagesaker fungerer bra gjennom avvikssystemet og ved at disse diskuteres i kvalitetsutvalg og ledergruppen regelmessig i læringsøyemed. Vi holder stort sett frister og får sjelden kritikk fra helsetilsynet til tross for at vi har mellom 5-15 selvmord/dødsfall i året knyttet til vår behandling.
- Vi gjennomfører opplæring for alle ledere på sentrale områder og har egne prosedyrer for opplæring av nyansatte på avdelingsnivå. Vi er også avhengig av at ny kunnskap implementeres på bakgrunn av forskning.

- Sentrale fora for å sikre dette arbeidet i klinikken er fagrådet, kvalitetsutvalget og brukerrådet. God kvalitet krever god ledelse.
- Klinikken deltar aktivt i utarbeidingen av nye kvalitetsindikatorer i psykisk helse. Et av disse er ventetid ved 1. gangs psykose.

4.6 Samhandling

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. St.Meld.nr. 47 Samhandlingsreformen konkretiserer en rekke tiltak som sykehusene bør gjøre. På denne bakgrunn ønsker Klinikken:

Å gjennomføre en gjennomgang av pasienter som i dag er inneliggende i lukkede døgnavdelinger over tid. Blant annet er det en gruppe pasienter som er innlagt på TPH på sikkerhetsenheten, Dikemark. Denne gruppen vil få et bedre og mer stabilt botilbud i kommunene. Det vurderes om man bør gå i gang med samarbeidsprosjekter mellom 1. og 2. linjetjenesten for å etablere denne gruppen i bydelene, såkalt 1,5 linjetjenester der 1. linjetjenesten skaffer bo- og aktivitetstilbud mens 2. linjen bistår med bemanning og kompetanse. Slike tilbud kan/bør etableres på tvers av bydelsgrensene.

- Å etablere oppsøkende behandlingsteam for personer med alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med betydelig rusmisbruk, Act-team. Der en bemanner med fagfolk både fra 1. og 2. linjetjenesten.
- At bydelene bygger boliger med oppfølging til målgruppen dobbeltdiagnosepasienter og pasienter i sikkerhetspsykiatrien.
- Å initiere nye samhandlingstiltak mellom sykehuset og tilhørende bydeler i henhold til målgruppene.
- Å vurdere behovet for stilling for samhandlingskoordinator i klinikkledelsen. Hensikten er å sikre samordning/samarbeid med de to koordinatorene på DPS/ samarbeidsutvalg I og II.

4.7 Forskning

Klinikk psykisk helse og avhengighet er Norges største forsknings- og utviklingsavdeling innen psykisk helse og avhengighet. Den består av sju enheter. TOP er lokalisert på Ullevål i et eget bygg, TIPS leier lokaler på Majorstua. De øvrige enheter er nå plassert dels på Gaustad og dels på Ullevål, men skal samles på Gaustad.

I tillegg drives mye forskning direkte i klinikken ved f.eks. personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og rusmisbruk. Det er en sentral oppgave for Klinikken å bidra til at forskningen blir klinisk forankret og at forskningsresultatene bringes tilbake til kliniske miljøet. Forskningen vil hjelpe kliniske avdelinger med å evaluere sitt behandlingstilbud. Forskningen ved Oslo universitetssykehus HF og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo er tett integrert.

| | |
|---|---|
| Nasjonale funksjoner: | |
| Enhet psykoseforskning | Vertsmiljø (koordinering og database) for Nasjonalt Nettverk Alvorlige Psykiske Lidelser (Norwegian Network Serious Mental Disorder - NORSMI). |
| Regionale funksjoner: | |
| Kompetansesenter for tidlig intervensjon psykisk helse; (TIPS) | Samlokalisering med Avdeling for førstegangpsykosier. Spesialkompetanse på diagnostikk og behandling av unge mennesker med schizofreni og arbeider både med forskning, fagutvikling og undervisning. Hensiktsmessig lokalisert i egnede lokaler på Majorstua |
| Kompetansesenter for sikker-hets-fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst RHF | Arbeid med forskning, fagutvikling og undervisning om vurdering av farlighet hos mennesker med alvorlig psykiske lidelser, psykisk helse og behandlingstilbud for innsatte i fengsler, og rettspsykiatri. Lokalisert i egnede lokaler på gamle Gaustad sykehus, og vil egnes med tanke på samlokalisering med RSA og PPU. |
| Kompetansesenter, Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging- region Øst – RVTS | Arbeid med forskning, fagutvikling og undervisning omkring vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Pt stort prosjekt som har som målsetning å øke kompetansen på å behandle traumatiserte pasienter i Oslo universitetssykehus. Traumeteamet Selvmordsforebygging |
| Enhet forskning psykisk helse barn og ungdom | Arbeider med forskning om barn og ungdoms psykiske helse |
| Enhet for psykoseforskning | Basismiljø for Helse Sør-Øst RHF Forskergruppe "Tematisk Organisert Psykoseforskning (TOP) " som organiserer translasjonsforskning (klinikk, nevrokognisjon, genetik, hjerneavbygging) på området psykotiske lidelser i ved Oslo universitetssykehus og i regionen. Basismiljø for Helse Sør-Øst RHF "Regionalt forskningsnettverk psykosier" som gir støtte til kliniske studier på området tidlige psykosier i regionen. Basismiljø for Helse Sør-Øst RHF Forskerskole psykiatri og ruslidelser som organiserer forskerutdanning på dette området i regionen. |
| Enhet forskning ikke-psykotiske lidelser | Arbeider med forskning på psykiske lidelser og avhengighet hos voksne |
| Enhet undervisning og fagutvikling psykisk helse | Arbeider med fagutvikling, undervisning og utdanning innen psykisk helse og avhengighet for barn og voksne |
| Lokale funksjoner: | |
| Enhet psykoseforskning | Organiserer pasientrettede prosjekter på området psykotiske lidelser (schizofreni og bipolar lidelse) i samarbeid med kliniske enheter med behandlingsansvar på dette området primært med. Avdeling førstegangpsykosier, Avdeling akuttpsykiatri og poliklinikk/psykoseenheter ved DPS samt døgnbehandling psykosier. Utredningsrapporter (klinisk og nevrokognitiv) til behandler/journal dersom pasienten gir tillatelse, Opplæring av behandlere ved deltakelse i intervju om ønsket. Informasjon og opplæring på enhetenes internundervisning. Tilbud om utprøvende behandling gjennom deltakelse i intervensjonsprosjekt. |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Budsjettskriv til klinikker og stabsdirektører
2. Stabenes tiltak budsjett 2012

SAK 100/2011: **BESLUTNINGSSAK**
****BUDSJETT 2012****

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til etterretning.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør har gitt arbeidet med å tilpasse kostnadene i Oslo universitetssykehus HF til de økonomiske rammene både for 2011 og 2012 høyeste prioritet. Hoveddelen av dette arbeidet utføres av linjeorganisasjonen (klinikkene), men stabsenhetene er også trukket inn i budsjettarbeidet mer enn det som har vært tilfelle for tidligere år.

En vellykket gjennomføring av budsjett 2012 krever store endringer i driften av Oslo universitetssykehus. Arbeidet er delt inn ulike faser. I denne styresaken rapporteres organiseringen av arbeidet og det gis oversikt over de enkeltoppgavene som er igangsatt.

Status for budsjett 2012 er gjennomgått med klinikkene i oppfølgingsmøtene (ledelsens gjennomgang i september). Det er administrerende direktørs vurdering at linjeorganisasjonen er godt i gang med budsjettarbeidet. Utfordringsarbeidet er tydelig kommunisert både til klinikkleder og til klinikkens ledergrupper.

Det er lagt stor vekt på å sikre medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud i budsjettprosessen.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Forutsetningene for budsjett 2012 er gitt i styresak 044-2011 fra Helse Sør-Øst RHF og omtalt i Oslo universitetssykehus styresak 71/2011. Videre er budsjettprosessen omtalt i Oslo universitetssykehus styresak 90/2011. Ved behandling av denne ble følgende vedtatt:

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til etterretning.
2. Styret konstaterer at budsjettrammen for 2012 krever en betydelig bemanningsreduksjon. Styret forutsetter at ny bemanning gjenspeiler de oppgaver som skal utføres samt sikrer forsvarlig pasientbehandling. Styret understreker viktigheten av at administrerende direktør innretter budsjettarbeidet slik at kravet til bemanningsreduksjon blir synliggjort på de enkelte enhetene.
3. Styret ber om å bli løpende oppdatert om arbeidet med budsjett 2012, herunder særlig prosessen med å redusere bemanningen og samtidig gjennomføre de pålagte aktivitetskravene.
4. Styret forutsetter at arbeidet med bemanningsreduksjon og budsjett skjer i tett dialog og samarbeid med de ansattes organisasjoner og på en slik måte at arbeidsmiljø og krav til kvalitet ivaretas.

3. FAKTABESKRIVELSE

Det er ikke mottatt nye inntekts- eller styringsmessige forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF. I planleggingen av budsjett 2012 legges det fremdeles til grunn at endelig budsjett for 2012 må ha som styringsmål et underskudd på 400 mill kroner eller mindre.

Etter styremøte i 19. august er det arbeidet videre med planlegging av budsjett 2012 i ledergruppen og stabsapparatet. Det er sendt ut budsjettskriv til alle klinikkene og stabsdirektørene med presiseringer for gjennomføring av budsjettering (vedlegg 1). Nedenfor gjengis noen av hovedmomentene og tidsplan for budsjettarbeidet.

Hovedstrategien for utarbeidelse av budsjett

Klinikklederne skal, i samsvar med styrets vedtak arbeide etter følgende strategi:

”Hovedoppgaven i budsjettarbeidet vil for de fleste enheter være å avklare hvilke personellressurser (årsverk) de har plass for innenfor eget budsjett og deretter planlegge hvordan tildelt aktivitetskrav kan gjennomføres med de tilgjengelige ressursene.”

Sentral økonomistab har laget en foreløpig beregning av det antall årsverk den enkelte klinikk vil ha råd til innenfor budsjettrammen i 2012. Klinikken må selv foreta sine beregninger før endelig årsverksbudsjett blir etablert. Klinikken er bedt om å synliggjøre det antall årsverk som virksomheten har råd til innenfor budsjettet i egen ledergruppe og fordele de tilgjengelige årsverk til laveste budsjettnivå i klinikken.

I tillegg til reduksjon i årsverk/lønnskostnader gjennomgår klinikkene alle kostnadsposter for mulige reduksjoner i varekostnader og andre driftskostnader.

Stabens arbeidsgruppe for budsjett 2012

Administrerende direktør har gitt stabene et tydelig oppdrag:

”Utarbeide felles regler, standarder og retningslinjer for sykehuset som gjør det lettere for klinikkene å levere tjenestene med færre årsverk i 2012. Reglene skal understøtte effektiv planlegging og gjennomføring av de oppgaver klinikken er satt til å gjennomføre. Reglene skal redusere ulik praksis og uenighet mellom klinikkene”

For å sikre tilstrekkelig fokus og gjennomføring er det etablert en arbeidsgruppe for budsjett 2012 der stabenes innspill til ledergruppen koordineres og følges opp. Arbeidsgruppen ledes av assisterende økonomidirektør. I vedlegg 2 følger en detaljert liste over de initiativ som er under utarbeidelse og implementering. Listen nedenfor gir en kort oppsummering av de områder som har fokus i den enkelte stab:

Samhandling

- Oppgavedeling mellom OUS og fastlegene
- Bedre arbeidsdeling mellom OUS og andre sykehus
- Fullstendighet ift inntekter fra utenlandspasienter

Fag og pasientsikkerhet

- Drift av operasjonsstuer
- Rett kapasitet på poliklinikk og bemanning av sengeposter
- Henvisninger, ventetider, utredning / diagnostikk
- Implementering av tidligere utarbeidede retningslinjer
- Areal flyttinger (organisering av restvirksomhet på Aker)

HR

- Implementering av tidligere definerte retningslinjer
- Retningslinje for utarbeidelse av tjenesteplaner (i samarbeid med medisinsk direktør)
- Oppfølging av stillingsutvalget m.m

Innkjøp (OSS)

- Systembruk og avtalelojalitet
- Felles retningslinjer

Medisinsk direktør

- Gjennomgå bruken av legeressurser

Stab for fag og pasientsikkerhet organiserer dette arbeidet under en egen seksjon som innehar viktig kompetanse innen sykehusdrift. De andre stabene gjennomfører dette arbeidet som del av etablert organisasjon, men også med støtte fra stabene i klinikk.

Involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud

Den enkelte klinikk må gjennomføre store endringer for å drifte i henhold til budsjett i 2012. Ved store endringer i drift er det nødvendig med god involvering fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Det er derfor stilt særskilte krav til klinikkene for gjennomføring av denne involveringen ved utarbeidelse av budsjett 2012. Dette innebærer blant annet avholdelse av fellesmøte med alle ansatte som del av budsjettarbeidet og involvering fra tillitsvalgte og verneombud i de saksgrunnlag som skal legges frem fra klinikkene til styremøtene 27. oktober, 24. november og 15. desember.

Tidsplan

Arbeidet med budsjett 2012 frem til endelig styrevedtak 15. desember er delt inn i fire faser. Dette er beskrevet punktvis med underliggende avklaringer og rapporteringer.

1. Prosess og strategi med plan og løypemelding for stabens arbeidsgruppe og klinikkene legges frem for styre 29. september
 - i. 14-16 sept. ledelsens gjennomgang (Klinikken leverer egen slide til LGG som benyttes som grunnlag for styresak)
 - ii. Stabsdirektørene melder inn beskrivelse av de områdene de arbeider med for å understøtte klinikkene i gjennomføring av budsjett 2012 og hvordan dette er organisert
2. Foretakets og klinikkens hovedstrategi for løsning av budsjettutfordringen med overordnet risiko- og konsekvensvurdering legges frem for styret 27. Oktober
 - i. 4. oktober - Budsjettseminar dag 2
 - ii. 11. oktober – Notat fra klinikkene som inneholder hovedstrategien for løsning av budsjettutfordringen og en risiko- og konsekvensvurdering (pasientbehandling, ansatte, forskning m.v. i foretaket).
 - iii. 11. oktober – Notat fra stabsdirektørene – Status for arbeidet med budsjett 2012
 - iv. 12-14 okt – Møte med hver klinikk (grunnlag styresak 27. okt) for gjennomgang av innhold i mottatt notat
 - v. 18. oktober - Oppdatert notat fra klinikkene og stabsdirektørene
3. De detaljerte planer for budsjett 2012 legges frem for styret 24. november
 - i. 8. November – Klinikken leverer notat med detaljerte planer og en risiko- og konsekvensvurdering (pasientbehandling, ansatte, forskning m.v. i foretaket)
 - ii. 8. november – Notat fra Stabsdirektørene - status for arbeidet med budsjett 2012
 - iii. 9-11 november – Møte med hver klinikk for gjennomgang av innhold i mottatt notat og forhold knyttet til rammetildeling for 2012
 - iv. 15. november - Oppdatert notat fra klinikkene og stabsdirektørene
4. Formelt budsjett legges frem for vedtak til styret 15. desember
 - i. Medio november fastsattes klinikkvise rammer
 - ii. 25. november detaljbudsjett levert fra klinikk med risikovurdering og konsekvenser for arbeidsmiljøet
 - iii. 30. november Klinikervis drøftingsprotokoll
 - iv. 7. desember – Drøfting med foretakstillitsvalgte

Ut over disse fasene vil budsjett 2012 være oppe på hvert ukentlige ledermøte og i ledermøtene på klinikknivå.

Sentral økonomistab vil utarbeide enkle rapporteringsmaler for å følge arbeidet frem til endelig budsjettvedtak.

Vedlegg 2 Stabenes tiltak budsjett 2012

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------|--------|---|--|-------------------------|---|-----------------------------------|
| Samh. & int. sam | 1 | Oppgavedeling mellom OUS og fastlegene | Etter en medisinsk faglig vurdering overføre mer av forundersøkelse, kontroll og oppfølging til fastleger / allmennleger. Stab samhandling ved pasientkonsulentene kan bistå klinikkene i å definere oppgavedeling, særskilt for poliklinikkene. Stab for samhandling gjennomfører møter med hver klinikk i ukene 39-41. Formål er å definere opp områder innen hver klinikk. Stab for samhandling holder oversikt over de initiativ som forfølges | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | nei |
| Samh. & int. sam | 2 | Bedre arbeidsdeling mellom OUS og andre sykehus | Legge til rette for en bedre arbeidsfordeling for lands-, regions-, flerområde- og områdepasienter gjennom avtaleinngåelser med andre foretak. Staben sammen med Juridisk seksjon bistår i utforming av avtalene. Ref punktet over - Staben gjennomfører møter med hver klinikk i ukene 38-41. Formålet er å definere fagområder/pasientsløyfer der man tar aktiv stilling til arbeidsdelingen mellom OUS HF og andre sykehus. Hver klinikk legger frem de områder det vil arbeides innenfor. | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | nei |
| Samh. & int. sam | 3 | Fullstendighet ift inntekter fra utenlandspasienter | Utenlandskontoret bistår 5 klinikker med størst pasientgrunnlag utenlandspasienter. Gjennomgang av hele prosessen for inntektsgenerering å sikre fullstendige inntekter. | Harald Platou | Gjennomføring - hjelp til implementering | nei |
| Samh. & int. sam | 4 | Øke kompetanse i 1. linjetjenesten | Arrangerer 6 kompetansedager for 1 linjetjenesten. | Tove Strand | Gjennomføring - hjelp til implementering | nei |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|----------------------|--------|---|---|-------------------------|---|-----------------------------------|
| Samh. & int. sam | 5 | Ny retningslinje for utskrivningsklare pasienter | Ferdigstille retningslinje for utskrivningsklare pasienter. Gjøre retningslinje kjent for sykehusledelsen. | Kari / Sølvi | Retningslinjer | Nei |
| HR - bistand med.dir | 1 | Instruks for utarbeidelse av tjenesteplaner for leger i tråd med budsjett og vaktbelastning | HR utarbeider instruks i samarbeid med Medisinsk direktør. Tjenesteplaner skal være i tråd med budsjett og vaktbelastning, jf opptaksgrunnlag. (Referanse til lov/avtaleverk) Gjennomføring sikres ved en særskilt gjennomgang med alle avdelinger i alle klinikker | Susanne | Instruks | Avklares |
| HR | 2 | Monitorering av resursbruk; ekstrapersonale | Ukentlige rapporter over tilkalling av personale som genererer variabel lønn | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |
| HR | 3 | Felles Gat | Implementerer et felles system for arbeidsplanlegging våren 2012. Etter implementering av nytt system vil HR vurdere virksomhetsovergrepene tiltak for bedring av rapportering og oppfølging av ekstra vakt, forskjøvet arbeidstid og overtid samt ekstern innleie | Susanne | IKT-verktøy | Nei |
| HR | 4 | Forenklet lønnsrapport i Personalportalen | Forenklinger i lønnsrapporter i P-portalen. Det er levert et forslag til rapport til Sykehuspartner. Ny rapport vil styrke kontrollen ift utbetalinger av lønn ettersom det blir enklere for ledere å avdekke feil i utbetalingene. Implementering av rapport utføres av Sykehuspartner. Når rapport er på plass vurderes det en revisjon av oppfølgingen i klinikkene | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------|--------|--|---|-------------------------|---|-----------------------------------|
| HR | 5 | Monitorering av alle nyansettelser | Ukentlig møte med stillingsutvalg og oversikt over innvilgede/avslåtte søknader for alt personell. Styrket ansettelseskontroll og underutvalg for overlegestillinger og LIS-stillinger. Ukentlig rapportering til ledermøtets driftoppfølgingspost. | Turid O | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |
| HR | 6 | Felles mal for tjenesteplaner for leger | Sikre at felles mal for oppbygging av tjenesteplaner for leger blir benyttet i klinikkene. For å effektivisere dette arbeidet er det nødvendig med en felles server for tjenesteplanene. | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Er drøftet |
| HR | 7 | Begrensninger i fullmakter | Fullmakt over lønnsfastsettelse og arbeidstid er begrenset til klinikkleder. Særavtaler/adm. ordninger kan kun godkjennes av HR-dir. HR følger opp at fullmakter etterleves. | Susanne | Ferdig implementert - HR-leder eller klinikkleder godkjenner. | Avklares |
| HR | 8 | Tilkalling av ekstra personale | HR følger opp at fullmakter etterleves i klinikkene. Fullmakten er begrenset til leder. | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Avklares |
| HR | 9 | Kompensasjonsordninger for Leger som ikke er avtafefestet/utenfor avtaleverket | Gjennomgang av kompensasjonsordninger for alle leger. Kommunisere ordninger som går ut over regelverket. Bistå klinikk/HR-leder i klinikk med tilpasning og avvikling av utbetalinger som går ut over regelverket og inngåtte avtaler. Seksjon for arbeidsgiverpolitikk gjennomgår med en og en klinikk | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | nei |
| HR | 10 | Arbeidstidsordninger for alle andre yrkesgrupper enn leger | Gjennomgang av alle arbeidstidsordninger i samarbeid med stab for fag og pasientsikkerhet. | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Avklares |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------|--------|--|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| HR | 11 | Oppfølgingsmøter med HR-lederne - sikre felles gjennomføring og forståelse | HR-ledermøte med HR-stab 1:1 /mnd; Bemanning, lønn og omstilling. Gjennomgang av status for innplasseringsprosessen- om den gjennomføres i henhold til tidsplan, status for HR- tiltak (p-500) om tiltakene etterleves og hva som må gjøres for å sikre dette. Sikre at HR-ledere har innsikt og kontroll på årsverktvikling i egen klinikk ved tett samarbeid med klinikkens økonomistab. | Susanne | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a |
| HR | 12 | Kompetanse | Sørge for riktig HR kompetanse i klinikkene, jf tjenesteplan, kurs, PAGA etc. Det utarbeides kurs for å sikre at kompetansen er god nok innen registrering i personalportalen, tjenesteplaner for HR- i klinikk. Det gjennomføres ukentlig kursing for ledere på alle nivåer i tillegg. | Rolf v/HR-stab. Anne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |
| HR | 13 | Analysegruppe bemanningsutvikling | Bedre kunnskapsgrunnlaget for å kunne følge klinikkene tettere ved rapportering i samarbeid med økonomi Presentere forventet utvikling i antall årsverk for leger siste halvår 2011 som følge av omlegging fra fast kjøp til UTA. | Susanne/Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |
| HR | 14 | Kompensasjon øvrig personal utenfor avtaleverket | Kompensasjonsordninger gjennomgås også for andre yrkesgrupper HR- stab har startet opp kartlegging av ulike kompensasjonsordninger ved klinikkene. | Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|---------------------------|--------|---|---|--|--|---|
| Fag og pas. sikkerhet | 1 | Årsplan for gjennomføring av virksomheten med aktivitet og ressurser (planlegging av alt personell) | Årsplan (12 måneder, min 6 måneder): * Planlegging av aktivitet i henhold til budsjett (operasjon, poliklinikk etc.) ' Kjøp av legetimer i samsvar med budsjett ' Kjøp av øvrige personellressurser i samsvar med budsjett * Turnusplaner for hele året | Sølvi / Sissel | Instruks & Retningslinje for utarbeidelse av årsplan | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet | 2 | Avvikling av sommerdrift | Utarbeide instruks til klinikkene om planlegging av avvikling av sommerferiedrift 2012 Gjennomføring sikres ved en særskilt gjennomgang med alle avdelinger i alle klinikker | Eva Bjørstad | Instruks | Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 3 | Driftseffektive sengeposter | Legger frem retningslinjer: - bemanningsnorm sengeposter, størrelse sengeposter, lederstøtte til sengepostledere på nivå 4 og 5. Føringer for klinikkene som ivaretar et hensiktsmessig nivå på pleiepersonell i OUS. | Sølvi / Sissel | Regel/standard/retningslinje | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet. | 4 | Mastergrad i helsefag | Legge frem retningslinje for krav og forpliktelser ifm gjennomføring av mastergrad i helsefag | Sølvi | Retningslinjer | Nei |
| Fag og pas. sikkerhet. | 5 | Rydding i stillingsdefinisjoner | Bruk av stillingskoder/titler (og stillingsbeskrivelser) for pleiepersonell (Spekter). Forbedre og få oversikt over bemanningssituasjonen. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med HR stab. | Sølvi / Sissel / HR v/ Susanne og Janne | Gjennomføring - hjelp til implementering. | Ja |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------------|--------|---|---|----------------------------|---|-----------------------------------|
| Fag og pas. sikkerhet. | 6 | Drift av operasjonsstuer | Gjennomgang av tidligere prosjekt "operasjonsstuer" og prosjekt på Ullevål: Jobbe "smartere" - effektivisere poliklinikken / operasjonsstuene ved koordinering av bemanning og kompetansesammensetning. For eksempel Ø-hjelp - innenfor dagens tider (8-17) bedre koordinering av team for optimal drift og minimering av venting. | Sølvi/ Anne Merete / Turid | Regel/standard/retningslinje | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet. | 7 | Rett kapasitet på poliklinikk | Retningslinjer for åpningstider og telefontider. Rett arbeidsplanlegging og kompetansesammensetning for berørte yrkesgrupper (pleie/helsesekretær/kontor). Utnytte "stordriftsfordeler" på tvers av operasjonsstue / poliklinikk kapasitetene | Sølvi / Agnete / Øystein | Regel/standard/retningslinje | Ja |
| Fag og pas. sikkerhet. | 8 | Henvisninger, ventetider, utredning / diagnostikk | Retningslinjer for utredning / diagnostikk av store pasientgrupper, prioriteringsveiledere, rutiner for planlegging, pasientinformasjon m.m. Kartlegging av supplerende retningslinjer Sikre rett kunnskapsnivå innen tilgjengelige systemer, for eksempel eHåndboka | Einar / Torkil | Regel/standard/retningslinje | Avklares |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------------------------|--------|--|---|--|---|-----------------------------------|
| Fag og pas. sikkerhet. | 9 | Standardisering av henvisninger | Ta frem tidligere utarbeidet dokumentasjon og vurdere bruk av dette materialet til felles mal for henvisninger. Stab samhandling bistår med erfaring fra Praksiskonsulenter i utforming av hva en henvisning må inneholde for å sikre tilstrekkelig informasjon. Innhold avklares også med medisinsk direktør. Gjennomgang av den faktiske bruken av maler | Einar / Torkil. Sølvi | Regel/standard/retningslinje | Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 10 | Implementering av retningslinjer | Egen oppfølging av implementering av eksisterende retningslinjer. Det etableres en gruppe fra sentral stab og dedikerte ansatte i klinikkenes staber (økt dialog med linje 4 og 5 ledere) som får som oppgave å sikre implementering på rett ledernivå. | Eva Bjørstad / Sølvi / Roar | Gjennomføring - hjelp til implementering | Avklares |
| Fag og pas. sikkerhet. | 11 | Verktøy for rapportering og bedre ressursstyring | Bistå seksjoner / sengeposter i utvikling av verktøy for rapportering (ref. Sissel) som enhetslederne kan benytte. Melde områder inn for implementering i Lis (ledelsesinformasjonssystemet) | Sølvi / Sissel / HR v/Terje B. Nilsen og Knut Pedersen | Regel/standard/retningslinje | Avklares |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|-------------|--------|--|--|-------------------------|---|-----------------------------------|
| Fagdirektør | 1 | Steg 1 legeressurser: Gjennomgang bruken av legeressurser i høst og inn i 2012 | <p>Ref HR pkt 1.</p> <p>Linjeledere (klinikkleder, avdelingsleder) har et ansvar for gjennomføring i henhold til skriv utarbeidet av HR/medisinsk direktør.</p> <p>Medisinsk direktør (Einar S. Hysing og Erik Carlsen) og enhet for forhandlinger HR (Arve Ruså og Janne Andersen) har et felles ansvar for å utøve bistand i gjennomføring med den enkelte klinikk. Det vil gjennomføres felles møte med avdelingsleder, klinikk HR-person (hver klinikk må ha en HR-person med leger som sitt spesialområde) , medisinsk direktør og sentral HR støtte: Hjelp til å få til optimal, lovlig tjenesteplan, riktig bruk av avtaleverket, evt. nedbemanning, kontakt med foretakstillitsvalgte etc..</p> <p>Steg 1) Nødvendig antall legetimer for drift etter overføringene når det forutsettes at områdene gjør sin jobb. Antallet timer må også sees i sammenheng med endringer i oppgaver (samhandling - koordinering andre yrkesgrupper)</p> | Avklares | Gjennomføring - hjelp til implementering | Avklares |
| OSS | 1 | Samkjørte/koordinerte innkjøpssystemer: fra 3 til 1 system i 2012? | Etter avbrudd av nasjonalt NPSS løp finnes det andre muligheter for utrulling av felles innkjøp- og logistikksystem. Et felles innkjøp- og logistikksystem for OUS vil bidra til enklere implementering av varekataloger, bedre grunndata, samordnet kategorisering, fullmaktsregister og automatisering av rapportering. Det vil være enklere å bestille varer og tjenester og antall bestillere med fullmakt og superbrukere kan reduseres. | OUS/IKT og OSS/IOL | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|------|--------|---|---|-------------------------|---|-----------------------------------|
| OSS | 2 | Innkjøp av varer | Hver 2. uke avholdes det møter mellom innkjøpssjef og kategoriansvarlige for oppfølging implementering og status varekatalog. | Avklares | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a |
| OSS | 3 | Rapportering på nøkkelindikatorer | Oppfølging av klinikkens innkjøpspraksis ved bruk av såkalte KPI'er (Key Performance Indicators - nøkkelindikatorer), Tertialvis rapportering av 5 KPI'er til RHF. | OSS/Innkjøp | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a |
| OSS | 4 | Dokumentere og følge opp store kostnadsposter | Strategiske områder som innkjøp jobber med er som følgende: 1. legemidler, 2. Eiendom 3. Implantater 4. Lab 5. Renhold og tekstil . 6. Implementering av radiologi og medisinske forbruksvarer avtaler. I tillegg jobbes det med: informasjon til berørte klinikker via Innkjøps intranettside (denne viser aktuell avtale informasjon og bestillings rutiner), bekjentgjøring av sidene, brukerdeltakelse i anskaffelsesprosesser ved bla. etablering og oppfølging av interne produktråd. Det er også planlagt oppfølgingsmøter mellom innkjøp og klinikkens økonomirådgivere. | OSS/Innkjøp | Gjennomføring - hjelp til implementering | i/a |
| OSS | 5 | Særskilte kostnader ved OSS | OSS gjennomgår alle kostnadsposter internt (husleie, strøm, fjernvarme, vaskemidler, mat, gass etc.). | Magnus / OSS stab | Gjennomføring - hjelp til implementering. | i/a |
| OSS | 6 | Innkjøp av varer | Vareforsyning inkl. aktiv forsyning (prosessforbedring - E&Y prosjekt i regi av IOL) Det skal igangsettes en gjennomføringsplan. m bla. Kvalitetsikring av kost/nytte analysen levert av E&Y. | Avklares | Gjennomføring - hjelp til implementering. | i/a |

| Stab | Saksnr | Tiltaksnavn "kort navn på tiltak" | Innhold: "tydeligere beskrivelse av tiltaket, hvilke aktører det gjelder, hvem som har ansvaret for gjennomføring - linjen etc." | Ansvarlig person i stab | Type tiltak "regler, standarder retningslinjer eller bistand i implementering" | Gjenstand for drøfting (ja / Nei) |
|---------------|--------|--|--|-------------------------|---|-----------------------------------|
| Økonomi | 1 | Oppfølging av eksisterende retningslinjer (revurdere eierskap og vedlikehold) | Bruk av konsulenter, (Økonomi) Bruk av taxi , (HR/Servicekontoret) Mobiltelefon bruk og anskaffelse, (OSS/Innkjøp) Innleie av eksterne vikarer, (Personalformidling) Bærbare PC, (HR – i samarbeid med IT) Bruk og innkjøp av printere , (Innkjøp i samarbeid med IT) Innkjøp av møbler, (Eiendom) Abonnementordninger bærbare PC'er (IT - innkjøp OSS) | Avklares | Regel/standard/retningslinje | Avklares |
| Økonomi | 2 | Stabsfunksjoner i klinikken | Presentere oversikt over stabsressurser i den enkelte klinikk for ledergruppen. Starte en diskusjon ift mulig retningslinje for omfang av stab i klinikk | Øyvind / Terje B N | Avklares | Avklares |
| Kommunikasjon | 1 | Gi rett informasjon om budsjett 2012 og økonomisk tilpasning til hele virksomheten | Bidra til kommunisering av det generiske utfordringsbildet for budsjett 2012 til alle nivåer i organisasjonen Brev om budsjettprosess Overordnet nyhetsbrev Tertialmøter Ppt med hovedutfordringer Ppt med klinikkvise utfordringer Klinikkvise møter med HR og andre Klinikkvise nyhetsbrev Intranettmeldinger/Nyhets saker med gode eks. på klinikker som har lyktes samt beslutninger om retningslinjer og felles praksis. Egen knapp på intranettet om Budsjett 2012 Dialogmøter med tillitsvalgte | Avklares | Gjennomføring - hjelp til implementering | Nei |
| Kommunikasjon | 2 | Informere om stabens arbeid for budsjett 2012 | Gi informasjon om de felles regler, standarder og retningslinjer som sykehuset vedtar | Avklares | | nei |

**Oslo universitetssykehus HF
Prosjekt OUS arealtiltak**

Delprosjekt DP05 Akutfunksjoner Ullevål

Forprosjekt



Dokumentkontroll

| Revisjon: | Revisjonen gjelder: | | | Godkjent: | Dato: |
|--|--|------------------|---------------------------------|------------------|-------------------|
| 5 | Behandlet i gjennomføringsgruppa | | | | 21.09.11 |
| 4 | Bearbeidet etter HSØ føringer | | | | 16.09.11 |
| 3 | Tatt ut prisstigning fra kostnadsramme | | | | 29.06.11 |
| 2 | Behandlet i gjennomføringsgruppa | | | | 15.06.11 |
| 1 | Samlet revisjon | | | | |
| Prosjektnr: 1000150 | Arkivnr.: 28 | Saksnr: 10/51 | Saksbeh.: JØ | Kontroll: GSt | Dato: 21.09.11 |
| Dokumenttittel: | | | | | |
| Delprosjekt DP05 Akuttfunksjoner Ullevål. Forprosjekt | | | | | |
| Oslo universitetssykehus HF | | | Trondheimsveien 235 • 0514 Oslo | | |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Innledning og bakgrunn..... | 1 |
| 1.1 | Overordnede mål og føringer og kortfattet beskrivelse | 1 |
| 1.2 | Vedtak i delprosjektet | 2 |
| 1.3 | Tidligere grunnlag for delprosjektet | 3 |
| 1.4 | Organisering og arbeidsopplegg i forprosjektfasen | 3 |
| 1.5 | Høring og medvirkning i forprosjektfasen | 4 |
| 2 | Program og øvrig prosjekteringsgrunnlag | 5 |
| 2.1 | Romfunksjonsprogram | 5 |
| 2.2 | Teknisk program og prosjekteringsanvisninger | 5 |
| 2.3 | ROS-analyser | 5 |
| 2.4 | Grensesnitt mot andre delprosjekter og eventuelt andre prosjekter | 5 |
| 3 | Forprosjekt bygg | 5 |
| 3.1 | Forprosjektdokumentasjon | 5 |
| 3.2 | Løsningskonsept..... | 5 |
| 3.2.1 | <i>Akuttmottaket</i> | 6 |
| 3.2.2 | <i>Operasjonsavsnittet</i> | 7 |
| 3.2.3 | <i>Sterilsentral</i> | 8 |
| 3.2.4 | <i>Intensivavsnittet</i> | 9 |
| 3.3 | Byggetekniske løsninger | 10 |
| 3.3.1 | <i>Bæresystem og spenninndeling</i> | 10 |
| 3.3.2 | <i>Påførte egenlaster</i> | 11 |
| 3.3.3 | <i>Nyttelaster</i> | 11 |
| 3.3.4 | <i>Jordskjelvlaster</i> | 11 |
| 3.3.5 | <i>Geotekniske forhold</i> | 11 |
| 3.3.6 | <i>Fundamentering</i> | 12 |
| 3.3.7 | <i>Avstivningssystem</i> | 12 |
| 3.3.8 | <i>Søylar</i> | 13 |
| 3.3.9 | <i>Dekkekonstruksjon</i> | 13 |
| 3.3.10 | <i>Påstøp</i> | 13 |
| 3.3.11 | <i>Kjeller</i> | 13 |
| 3.3.12 | <i>Oppbygning av utomhusdekke over kjeller</i> | 14 |
| 3.3.13 | <i>Plan 1, 2 og 3</i> | 14 |
| 3.3.14 | <i>Innvendige ikke bærende vegger</i> | 15 |
| 3.3.15 | <i>Fasader</i> | 15 |
| 3.3.16 | <i>Øvrige konstruksjoner</i> | 15 |
| 3.3.17 | <i>Fastmontert brukerstyr</i> | 16 |
| 3.4 | Varme, ventilasjon og sanitær | 17 |
| 3.4.1 | <i>Sanitær</i> | 17 |
| 3.4.2 | <i>Varme</i> | 18 |
| 3.4.3 | <i>Brannslukking</i> | 19 |
| 3.4.4 | <i>Gass og trykkluft</i> | 19 |
| 3.4.5 | <i>Kjøleanlegg</i> | 20 |
| 3.4.6 | <i>Luftbehandling</i> | 21 |
| 3.4.7 | <i>VVS-installasjoner eksisterende bygg</i> | 23 |
| 3.5 | Elektroteknikk | 24 |
| 3.5.1 | <i>Generelt</i> | 24 |
| 3.5.2 | <i>Basisinstallasjoner for elkraft</i> | 24 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.5.3 | <i>Høyspenning</i> | 25 |
| 3.5.4 | <i>Lavspent forsyning</i> | 25 |
| 3.5.5 | <i>Lys 28</i> | |
| 3.5.6 | <i>Elvarme</i> | 29 |
| 3.5.7 | <i>Reservekraft og Nødkraft</i> | 29 |
| 3.5.8 | <i>Tele og automatisering</i> | 30 |
| 3.5.9 | <i>Integrert Kommunikasjonsanlegg</i> | 30 |
| 3.5.10 | <i>Telefoni og personsøking</i> | 31 |
| 3.5.11 | <i>Alarm og signalsystemer</i> | 31 |
| 3.5.12 | <i>Lyd og bildeanlegg</i> | 33 |
| 3.5.13 | <i>Alarm og signalsystemer</i> | 34 |
| 3.5.14 | <i>Andre Installasjoner</i> | 34 |
| 3.5.15 | <i>Utendørs elanlegg</i> | 34 |
| 3.6 | Byggeplass og riggforhold..... | 35 |
| 3.7 | Tverrfaglige løsninger..... | 35 |
| 3.7.1 | <i>Brann</i> | 35 |
| 3.7.2 | <i>Miljø, forurensning</i> | 41 |
| 3.7.3 | <i>Universell utforming</i> | 42 |
| 3.8 | FDV-dokumentasjon..... | 42 |
| 3.9 | Myndighetsbehandling..... | 42 |
| 4 | Forprosjekt utstyr..... | 42 |
| 4.1 | Forprosjektdokumentasjon..... | 42 |
| 4.2 | Utstyrsbehov..... | 43 |
| 4.3 | Samordning med annet utstyrsbehov..... | 43 |
| 4.4 | Anskaffelse av utstyr..... | 43 |
| 5 | Prosjektkostnader og økonomi..... | 44 |
| 5.1 | Prosjektkostnader og forslag til byggebudsjett..... | 44 |
| 5.2 | Usikkerhetsvurdering..... | 44 |
| 5.3 | Muligheter for kostnadsreducerende tiltak..... | 44 |
| 5.4 | Driftsøkonomiske konsekvenser og gevinstrealisering..... | 45 |
| 5.5 | Finansiering og likviditetsbehov..... | 45 |
| 6 | Plan for videre gjennomføring..... | 46 |
| 6.1 | Utfordringer, suksess og risikohåndtering..... | 46 |
| 6.2 | Strategi for byggearbeidene..... | 46 |
| 6.3 | Tidsplan..... | 47 |
| 6.4 | Entrepriseplan og kontrahering av byggearbeid..... | 47 |
| 6.5 | Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på byggeplass..... | 48 |
| 6.6 | Kvalitetssikring og ferdigstillelse..... | 49 |
| 6.7 | Prosjektorganisering..... | 50 |
| | Utrykte vedlegg..... | 51 |

Figurliste

| | |
|--|----|
| Figur 1: Akuttmottaket i 1.etasje | 7 |
| Figur 2: Operasjonsavsnittet i 2. etasje | 8 |
| Figur 3: Sterilsentralen i underetasje | 9 |
| Figur 4: Intensivavsnitt nybyggets 3. etasje..... | 10 |
| Figur 5: Bæresystem med søyler og avstivende skiver (plan 2) | 11 |
| Figur 6: Oversikt eksisterende bygninger og nytt akuttmottak..... | 36 |

Tabelliste

| | |
|--|----|
| Tabell 1: Underlagsdokumenter..... | 35 |
| Tabell 2: Dimensjonerende tall for brannvesenets tilgjengelighet | 40 |

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Overordnede mål og føringer og kortfattet beskrivelse

Fundamentet for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF (OUS) er nedfelt i styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF av 20. november 2008. Det er etter den tid gjennomført flere utredningsprosjekter for å følge opp og konkretisere de vedtakene som Helse Sør-Øst RHF gjorde i saken om hovedstadsprosessen. Sentralt i utredningene har vært etablering av et "storbyesykehus" ved Ullevål sykehus for samling av lokalsykehusfunksjoner.

Et av de mest tidskritiske tiltakene for å etablere storbysykehuset og kunne overføre dagens døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål er å øke kapasiteten i "akutfunksjonene" ved Ullevål. Dette omfatter:

- Akuttmottak
- Operasjonsstuer
- Postoperativ funksjon / oppvåkning
- Intensiv funksjon

Behovet for kapasitetsøkning i akuttmottaket genereres av både medisinsk og kirurgisk aktivitetsoverføring fra Aker. Kirurgisk aktivitet omfatter urologi, ortopedi og gastrokirurgi.

Behovet for å øke kapasiteten i ovenstående funksjoner er som følger:

Akuttmottak

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

Operasjon

Samling av lokalsykehusfunksjoner ved Ullevål vil kreve økt operasjonskapasitet med tilhørende behov for støttearealer. Den primære årsaken til det økte behovet er flyttingen fra Aker av urologi og gastrokirurgi. Ortopedi og øyeblikkelig hjelp funksjonen får også noe økt behov for operasjonsstuer.

Prosjektet omfatter også etablering av nødvendige støttefunksjoner/-arealer.

Postoperativ funksjon

Kapasiteten ved postoperativfunksjonen på Ullevål er ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta planlagt overføring av virksomhet fra Aker. Skal den økte aktiviteten kunne ivaretas, er det nødvendig å utvide postoperativfunksjonens arealer og etablere en driftsmessig effektiv totalvirksomhet. Dagens virksomhet mangler også støttearealer.

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

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

Intensiv funksjon

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

I tillegg til å ha til felles at de er tidskrisiske, har disse funksjonene også en behandlingsmessig avhengighet, og de må derfor ses i sammenheng når løsninger skal utformes. De er av den grunn planleggingsmessig slått sammen til ett delprosjekt.

Første trinn i planleggingen for å ivareta ovenstående behov har vært utredning og utarbeidelse av en idé-/konseptfaserapport. Ref.: "Delprosjekt Akuttfunksjoner Ullevål. Idéfaserapport", 25.01.11. I rapporten beskrives og drøftes fire løsningsalternativer. Alternativ 4 med et nybygg i tre etasjer er det eneste som tilfredsstiller alle definerte behov og utvelgelseskriterier. Dette alternativet ivaretar i særlig grad ønsket om ikke å foreta høye investeringer i gammel bygningsmasse med begrenset gjenværende levetid.

Denne forprosjektrapporten sammenfatter det planleggingsarbeidet som er gjennomført etter ferdigstilling av idé-/konseptfaserapporten. Rapporten utgjør grunnlaget for fremlegg til styret og beslutning om gjennomføring av delprosjektet.

1.2 Vedtak i delprosjektet

Planene for delprosjekt Akuttfunksjoner Ullevål er presentert i en idéfaserapport datert 25.01.2011. Rapportens omfang og detaljering mht. løsningsvalg er av et slikt omfang at den ble fremsendt for godkjenning som en kombinert idé-/konseptfaserapport. Rapporten ble behandlet i OUS styremøte 17.02.2011 og 31.03.2011, der det henholdsvis bl.a. ble fattet følgende vedtak:

17.02.2011, sak 13/2011

Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess."

"Styret ber administrerende direktør og styreleder avklare videre prosess med Helse Sør-Øst RHF."

31.03.2011, sak 24/2011

Styret viser til vedtak i sak 13/2011 pkt. 1: "Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess."

"For å sikre nødvendig beredskap for videre fremdrift i prosjektet gir styret sin tilslutning til at administrerende direktør kan utlyse anbudskonkurranse for en totalentreprise i henhold til alternativ 4. Det tas forbehold om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF."

Etter behandling i OUS styremøte 31.03.2011 av idé- og konseptfaseutredningen for delprosjekt 05 Akuttfunksjoner på Ullevål, ble utredningen oversendt Helse Sør-Øst, med anmodning om at den kan legges til grunn for utarbeidelse av forprosjekt. Helse Sør-Øst ba i brev av 23.05.2011 om tilleggsinformasjon på en del områder. Dette ble besvart i brev fra OUS 08.06.2011.

Saken ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst 07.07.2011, sak 054-2011. Styret godkjente det fremlagte prosjektet for utvidelse av akuttfunksjoner på Ullevål. I protokoll fra møtet fremgår bl.a. følgende vedtak:

Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at god og effektiv ivaretagelse av lokal- og områdesykehusansvaret for Oslos befolkning er viktig i oppfølgingen av vedtaket i sak 108-2008. Styret legger videre til grunn at det er nødvendig å få etablert økt kapasitet for akuttfunksjonene på Ullevål så raskt som mulig for ikke å forsinke omstillingsprosessen i helseforetaket som helhet og for å ivareta akuttfunksjoner for lokal- og områdesykehusfunksjonen i Oslo sykehusområde. Styret godkjenner på denne bakgrunnen det fremlagte prosjektet for utvidelse av akuttfunksjoner på Ullevål i form av nytt akuttbygg, med utgangspunkt i det anbefalte alternativ 4.

Styret forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med de regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.

Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom å fremme dette prosjektet til beslutning før den samlede arealplanen er vedtatt, legger til grunn de arealmessige disposisjoner som følger av nytt akuttbygg på Ullevål i sitt videre arbeid.

Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne eventuelle endringer i prosjektets kapasiteter og endelig investeringskostnad.

På denne bakgrunn ble det 11.08.2011 avholdt et møte mellom saksbehandlerne i Helse Sør-Øst og OUS for å få en utdyping og presisering av ovenstående, som grunnlag for videre bearbeiding av prosjektet frem til endelig forprosjekt.

Parallelt med ovenstående prosess er det arbeidet videre med planlegging av delprosjektet gjennom en forprosjektfase og innhentet tilbud på byggarbeidene. Kontrahering av entreprenører er det redegjort nærmere for i kapittel 6.4.

Forprosjektet ble behandlet i OUS styremøte 08.07.2011, Sak 81/2011, der det ble fattet følgende vedtak:

- 1. Styret tar til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF har godkjent prosjektet som ble foreslått av Oslo universitetssykehus HF for utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål. Styret tar videre til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.*
- 2. Styret tar det fremsendte forslaget til etterretning. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med et bearbeidet prosjekt med sikte på vedtak om gjennomføring av byggarbeidene, inkludert endelig fremdriftsplan, forslag til kostnadsramme og opplegg for finansiering.*
- 3. Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør kan inngå avtale med tolaletreprenør om en samhandlingsperiode med opsjon på gjennomføring av byggarbeidene når prosjektet er endelig godkjent.*
- 4. Styret gir videre sin tilslutning til at nødvendige forberedende arbeider kan igangsettes, slik at gravearbeider for nybygget kan starte kort tid etter at et bearbeidet prosjekt er behandlet i styret.*

Det nå foreliggende forprosjektet er en bearbeidet versjon av tidligere styrebehandlet forprosjekt, der både føringene fra Helse Sør-Øst mht. utnyttelse av operasjonskapasitet og foreløpige resultater fra samhandlingsperioden er innarbeidet.

1.3 Tidligere grunnlag for delprosjektet

Planleggingen av Delprosjekt DP05 Akuttfunksjoner Ullevål har fulgt følgende trinnvise prosess:

- Delprosjektbeskrivelse og virksomhetsbeskrivelser, som ble behandlet i Gjennomføringsgruppen 03.11.10. I disse beskrivelsene redegjøres det for behovet for delprosjektet og dimensjoneringen av nødvendig kapasitet innen hver funksjon.
- Idéfaseutredning med en idéfaserapport datert 25.01.2011, som inneholder en vurdering av foreliggende utbyggingsalternativer og en anbefaling om hvilket alternativ som bør realiseres.
- Den prosjektering og programmering som ble utført og dokumentert i idéfaserapporten tilsvarer det presisjonsnivået og omfatter de mest relevante elementer som i henhold til Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter skal foreligge ved en konseptfaseutredning.
- Opprinnelig forprosjekt datert 29.06.2011.

1.4 Organisering og arbeidsopplegg i forprosjektfasen

Delprosjekt Akuttfunksjoner Ullevål inngår i prosjektet OUS arealtiltak, og utgjør den største investeringen i porteføljen av delprosjekter. En dedikert delprosjektleder rapporterer til prosjektleder for OUS arealtiltak, som igjen rapporterer til Gjennomføringsgrup-

pen. Gjennomføringsgruppen er sykehusledelsens styringsorgan for oppfølging av OUS arealtiltak.

Det er med grunnlag i rammeavtaler ved OUS inngått avtale med en prosjekteringsgruppe bestående av selskapene Norconsult og Narud Stokke Wiik. Både arbeidet med idé-/konseptfasen og forprosjektet er utført av denne prosjekteringsgruppen, og er styrt av delprosjektleder i Virksomhetsområde Eiendom ved OUS.

I arbeidet med idé-/konseptfasen og forprosjektet har det inngått programmering av både rom og utstyr. Dette er gjennomført i nært samarbeid med prosjekteringsgruppen og brukerne. Rådgiver for utstyrsplanlegging i forprosjektfasen har vært Medisinsk Teknisk Virksomhetsområde ved OUS, og funksjonsprogrammeringen er utført av Hospitalitet as.

Etter at opprinenlig forprosjekt var utarbeidet ble det inngått en "samspillkontrakt" med entreprenørselskapet HENT AS, der byggherren, prosjekteringsgruppen og entreprenøren i fellesskap skal finne fram til de beste og mest kostnadseffektive løsninger, med sikte på å inngå en fastpriskontrakt innenfor den rammen som er til rådighet. Hensikten med denne samhandlingsperioden er at entreprenørens kompetanse på løsninger, materialvalg og gjennomføring komme til anvendelse i en tidlig fase av prosjektet.

Byggherren har opsjon på gjennomføring av totalentreprise; prosjektering og utførelse. Det vil bli utarbeidet egen kontraktsdokumentasjon for dette.

Med et slikt opplegg har man kommet raskt i gang uten en større økonomisk forpliktelse før endelig godkjenning blir gitt. Byggherren vil bestille byggearbeidene utført når forprosjektet er godkjent.

1.5 Høring og medvirkning i forprosjektfasen

Følgende medvirkning har funnet sted i arbeidet med forprosjektet:

Brukermedvirkning

Forprosjekteringen er gjennomført av prosjekteringsgruppen i nært samarbeid med brukergrupper for henholdsvis; akuttmottak, operasjon, postoperativ og intensiv. Brukergruppene har hatt en bred faglig sammensetning og en god ledelsesforankring. Vernetjenesten har hatt representanter i alle brukergruppene.

Arbeidsmiljøavdeling

Arbeidsmiljøavdelingen har utarbeidet et kontrollskjema til bruk i planleggingen, for å sikre at alle relevante arbeidsmiljøaspekter er vurdert og akseptable. Brukergruppene, ved verneombudet, er ansvarlig for å dokumentere dette.

Smittevern

Planene for delprosjektet er både i idéfaseutredningen og forprosjektet forelagt Avdeling for smittevern. De kommentarer til planene som ble fremsatt er i den grad det har vært mulig innenfor prosjektets rammer hensyntatt i forprosjektet.

Virksomhetsområde Eiendom (VOE)

Til grunn for prosjekteringen ligger prosjekteringsanvisninger fra VOE. Både i idé-/konseptfasen og forprosjektfasen har det vært nær kontakt mellom prosjekteringsgruppen og driftsavdelingen ved utforming av løsninger. Særlig har dette vært viktig mht. løsninger for infrastruktur og for å ivareta grensesnittet mellom ny og eksisterende bygningsmasse. Det har vært gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS analyse) med deltakelse fra driftsavdelingen.

Arealutvalget

Delprosjekt Akuttfunksjoner Ullevål ble presentert for arealutvalget i idé/konseptfasen. Siden løsningen i hovedsak består i etablering av ny bygningsmasse og i meget begrenset grad omdisponering av eksisterende arealer til annen virksomhet, har ikke utvalget hatt behov for å få forprosjektet fremlagt til behandling.

Prioriteringsutvalget utstyr

Prioriteringsutvalget (PRU) behandlet forprosjekt utstyr den 6. april 2011 og uttalte at PRU ikke hadde merknader til forprosjektet.

2 Program og øvrig prosjekteringsgrunnlag

Programmeringen har foregått parallelt med prosjektutviklingen, og det har således ikke forligget et godkjent delfunksjonsprogram som grunnlag for planleggingen. De arealangivelser som normalt følger et delfunksjonsprogram er lagt inn i romfunksjonsprogrammet og idéfasedokumentasjonen.

2.1 Romfunksjonsprogram

Det er utarbeidet romfunksjonsprogram for alle rom med angivelse av krav til rom og utstyrsbehov. Romfunksjonsprogrammet er utarbeidet i databasen dRofus.

2.2 Teknisk program og prosjekteringsanvisninger

Prosjekteringen er gjennomført i henhold til de krav som fremkommer i prosjekteringsanvisninger utarbeidet av Virksomhetsområde Eiendom ved OUS.

2.3 ROS-analyser

Det er gjennomført ROS- analyser med deltakelse fra Virksomhetsområde Eiendom, prosjektledelsen og prosjekteringsgruppen. Det er videre gjennomført en ROS analyse med brukergruppene.

ROS analysene har bl.a. medført tilpasninger i brannkonseptet og elektrotekniske forsyningsanlegg.

2.4 Grensesnitt mot andre delprosjekter og eventuelt andre prosjekter

Delprosjektet har grensesnitt mot et eget prosjekt for utskifting av autoklaver i sterilentralen. Autoklavene i dagens sterilentral er kondemnabile og må uskiftes. Kapasiteten til de nye autoklavene skal ta høyde for det tilleggsbehovet som genereres gjennom økt operasjonskapasitet ved sykehuset. Selv om planleggingen og anskaffelsen av nye autoklaver gjennomføres som et separat prosjekt, bør installasjonsarbeidene tidsmessig ses i sammenheng med det arbeidet som delprosjekt akuttfunksjoner skal gjøre i sterilentralen.

3 Forprosjekt bygg**3.1 Forprosjektdokumentasjon**

Forprosjektet består av dette dokumentet med vedlegg iht. vedleggslisten. I tillegg foreligger følgende utrykte vedlegg:

- Plan-, snitt- og fasadetegninger i målestokk 1:200 (Vedlegg 1)
- Hovedtidsplan (Vedlegg 2)
- Utstyrsliste (Vedlegg 4)

3.2 Løsningskonsept

I idé-/konseptfasen ble det vurdert fire alternative løsningsmuligheter. Anbefalt og vedtatt alternativ er primært å etablere et nybygg (bygg 17) for disse akuttfunksjonene i gårdsrommet mellom bygg 4 og bygg 7. Se illustrasjonen nedenfor.

Nybygget oppføres i tre etasjer og kjeller med utvidet akuttinntak i 1.etasje, operasjonsstuer i 2.etasje og intensivavsnitt i 3.etasje.

I eksisterende bygg 4 flyttes postoperativfunksjonen til dagens intensivarealer, og dagens postoperativarealer omdisponeres til en "lettpost" for intensivfunksjonen.

Dagens postoperativhet gir rom for inntil 7 intensivsenger.

Det økte behovet for postoperativplasser kan da løses uten større ombygginger, da sengekapasiteten i dagens intensiv dekker behovet for postoperativplasser med mindre bygningsmessige tilpasninger.

I sterilsentralen i kjelleren av bygg 4 utvides vaske- og pakkekapasiteten for å ivareta behovet fra de nye operasjonsstuene.



3.2.1 Akuttmottaket

Akuttmottaket er utformet med tanke på å etablere en tydelig og god trafikkseparering mellom de ulike pasientforløpene. For å frigjøre tilstrekkelig areal til nybygget, bygges det en ny heis for transport av pasienter som ankommer sykehuset via glassbroen fra helikopterlandingsplassen. Glassbroen bygges om slik at den forbindes med den nye heisen. Dermed frigjøres et større ambulanssegård foran mottaket.

Fra ambulanssegården er det tre innganger til mottaket. Den ene inngangen leder direkte inn til akuttrom og traumestue, den andre inngangen leder inn til resusciteringsrom mens den tredje inngangen leder inn til triage-enhet.

Pasienter som kommer til mottaket på egen hånd henvender seg i hovedinngangen og blir derfra henvist til arbeidsbasen tilknyttet triage-enheten.

For å bedre pasientforløpene i mottaket etableres det en triage-enhet med tilhørende retriage-/ observasjonsrom. Dette reduserer belastningen på undersøkelsesrommene, da disse i mindre grad vil bli benyttet som "venterom" for sengeliggende pasienter. I tilknytning til triage-enheten er det i tillegg planlagt et eget venterom for oppegående pasienter.

Deler av eksisterende akuttmottak ombygges til undersøkelses-/ behandlingsrom og kontorer/ personalrom.



Figur 1: Akuttmottaket i 1.etasje

Den nye akuttstuen er lagt med direkte forbindelse til ny CT lab og til traumestue med angiografisk laboratorium. Traumestuen utstyres som hybridstue med mulighet for operative inngrep.

2 nye isolater er plassert i enden av nybygget. Til det ene isolatet er det etablert en direkte inngang utenfra slik at rommet kan brukes som NBC/ saneringsrom.

3.2.2 Operasjonsavsnittet

Operasjonsavsnittet er plassert i nybyggets 2. etasje og inneholder 4 nye operasjonsstuer, hvorav 1 av stuen er dimensjonert for robotkirurgi. Det er videre tilrettelagt 2 rom for eventuell etablering av operasjonsstuer, hvorav 1 stue for robotkirurgi. Infrastruktur er tilrettelagt for utrustning av disse rommene til operasjonsformål, men utstyr og innredning for dette inngår ikke i forprosjektet.

Det er i tillegg avsatt plass for personalrom og arbeidsplasser/ lagring utenfor operasjonsstuen.

De nye operasjonsstuen ligger i direkte forbindelse med eksisterende sentral operasjonsenhet i bygg 4 og fremstår som en utvidelse av denne. Fra nybygget er det planlagt en broforbindelse til bygg 7.

Ved at det i nybygget etableres nye heiser, vil det bli direkte forbindelse fra det utvidede akuttmottaket til intensivavsnittet i 3.etasje.



Figur 2: Operasjonsavsnittet i 2. etasje

3.2.3 Sterilsentral

Etableringen av nye operasjonsstuer øker arealbehovet i sykehusets sterilsentral i underetasje av bygg 4. Det legges opp til at all vask av sirkulasjonsgods gjøres i sterilsentralen, og ikke desentralt i tilknytning til den enkelte stue. Dette gir en vesentlig arealbesparelse, men forutsetter tilpasninger i sterilsentralen.

Disse tilpasningene kan oppsummeres som følger:

- Det bygges en ny korridor fra nybygget til sterilsentralens inngang/ varemottak
- Sterilsentralens vaskerom utvides innefor avdelingens eksisterende areal og utrustes med nye tunnelvaskemaskiner. Det forberedes for installering av 2 stk vognvaskemaskiner
- Sterilsentralens pakkerom utvides ca 50 m² inn i atriet i bygg 4

Det arealet som i dagens sterillager går tapt på grunn av etableringen av ny korridorforbindelse, erstattes ved at deler av nybyggets kjeller innredes til sterillager.

Det pågår et eget prosjekt for utskifting av autoklavene i sterilsentralen.



Figur 3: Sterilsentralen i underetasje

3.2.4 Intensivavsnittet

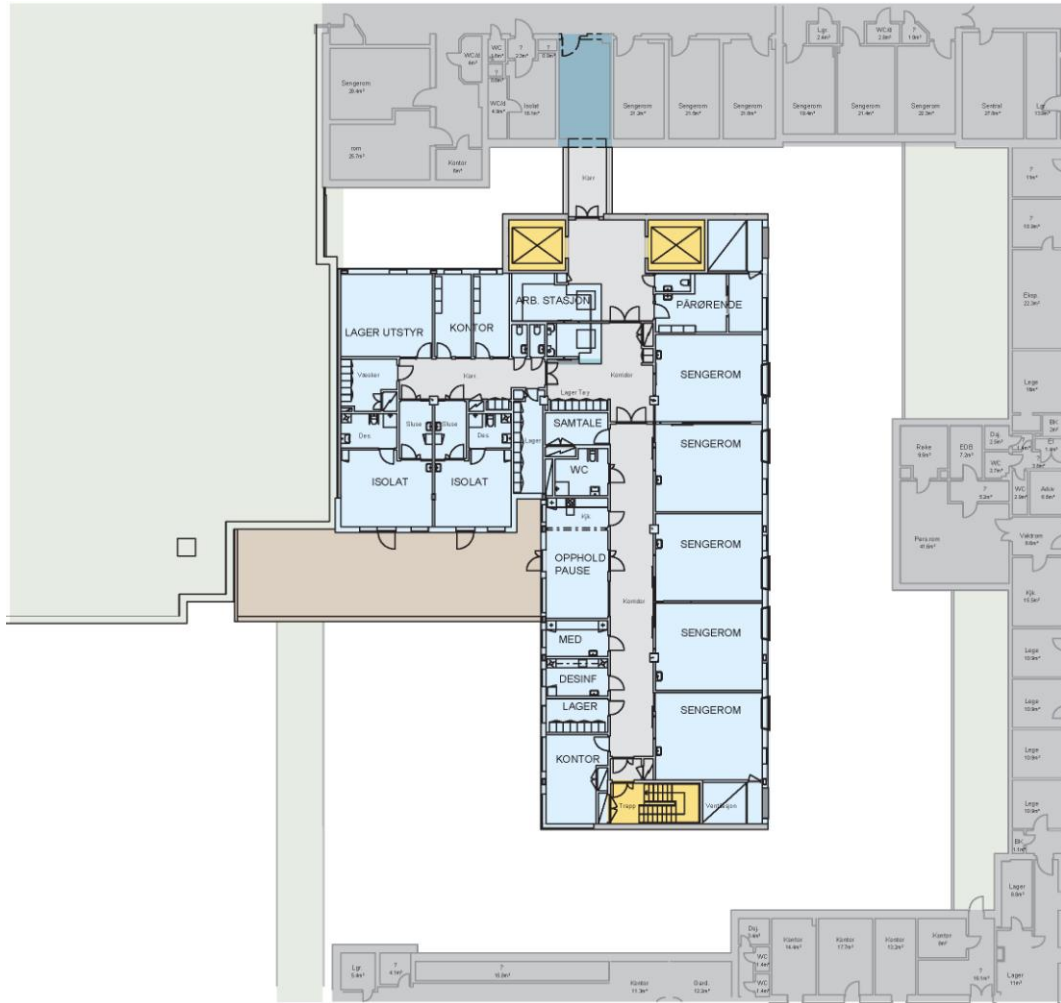
Intensivavsnittet er plassert i nybyggets 3. etasje med 12 senger, hvorav to sengerom som er bestykt og utformet som luftsmitteisolater. Videre vil dagens postoperative arealer overtas av intensivenheten med 7 senger. Ved "Intensiv 3" i bygg 7 er det ytterligere 7 senger. Totalt gir dette en fremtidig kapasitet på 26 senger.

Behovet for tilleggs kapasitet i intensivenheten ved overføring av virksomhet fra Aker, samt overtakelse av intensivpasienter som i dag behandles i postoperativ enhet, er ut fra dagens belegg forventet å bli 10 senger. Dette kommer i tillegg til dagens 17 senger, som gir et totalt forventet behov på 27 senger.

Overføring av aktivitet fra Ullevål til Rikshospitalet vil kunne redusere presset på dagens intensiv enhet i bygg 7. Effekten av dette vil være liten, og påvirker ikke dimensjoneringen av kapasitet i den planlagte nye intensiv enheten.

Ved inngangen til intensivavsnittet i nybygget er det planlagt et eget oppholdsrom for pårørende i nær tilknytning til arbeidsbase/ ekspedisjon.

Sentralt i etasjen ligger arbeids- og oppholdsrom for ansatte og nødvendige støtterom.



Figur 4: Intensivavsnitt nybyggets 3. etasje

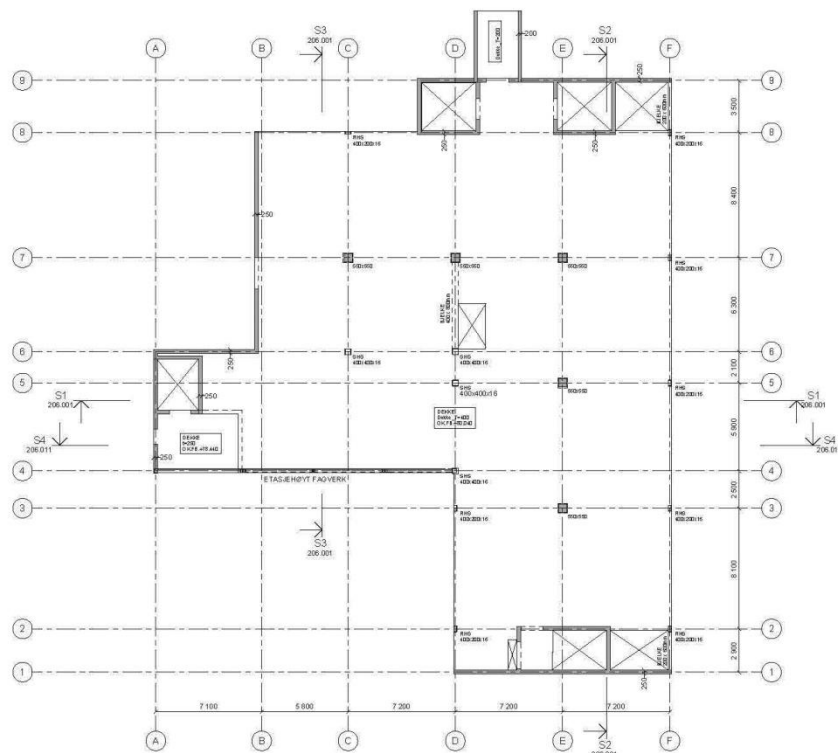
3.3 Byggetekniske løsninger

3.3.1 Bæresystem og spenninndeling

Nybygget skal etableres med 3 etasjer over kjeller, men forutsettes dimensjonert for ekstra 2 etasjer slik at det kan etableres maksimalt 5 etasjer, tilsvarende som for Sentralblokken bygg 4.

Det er lagt opp til følgende spenninndeling:

- I tverretning forutsettes en spenninndeling best mulig tilpasset planløsningene 7,1 + 5,8 + 7,2 + 7,2 + 7,2 m som vist på figuren nedenfor.
- I lengderetning forutsettes maksimal spennvidde 8,4 m med kortere spenn i endene tilsvarende heis- og trappebrekke, se figur nedenfor.



Figur 5: Bæresystem med søyler og avstivende skiver (plan 2)

3.3.2 Påførte egenlaster

I tillegg til egenlast av dekkekonstruksjonen må en legge til grunn følgende laster:

| | |
|--|-----------------------|
| Egenvekt av ikke konstruktiv påstøp $t = 100$ (må avklares i detaljprosjektet) | 2,5 kN/m ² |
| Egenvekt fra himlinger, delevegger, VVS- og elektrotekniske installasjoner | 1,5 kN/m ² |
| Egenvekt av isolasjon og tekking på tak | 0,3 kN/m ² |
| Egenvekt av fasade bestående av 150 mm klimavegg med ½-steins tegl | 2,5 kN/m ² |

3.3.3 Nyttelaster

Følgende nyttelaster legges til grunn:

| | |
|--|-----------------------|
| Nyttelast generelt i plan U, 1, 2 og 3 | 6,0 kN/m ² |
|--|-----------------------|

Vi anbefaler å benytte 6,0 kN/m² i alle plan pga. fleksibilitet gjennom byggets levetid. Dersom andre forhold tilsier det kan en vurdere å redusere lastene i tekniske arealer (plan U) og sengeposter (plan 3) til 4,0 kN/m².

6,0 kN/m² ivaretar erfaringsmessig last fra vanlige kliniske MR-maskiner som benyttes på sykehus. Men det finnes tyngre utstyr som normalt benyttes til forskning og undervisning. Dersom slike maskiner vil være aktuelle å installere kan en måtte hensynta laster på inntil 12,5 kN/m².

3.3.4 Jordskjelvlaster

Bygget må kontrolleres utfra gjeldene jordskjelsstandarder for å avklare om en må hensynta seismiske laster.

3.3.5 Geotekniske forhold

Kart mottatt fra Undergrunnkartverket viser tidligere utførte grunnundersøkelser i området. Det er utført en blanding av prøveserier, vingeboringer, fjellkontrollboringer og enkle sonderinger. Det er tidligere ikke utført boringer akkurat der hvor akuttmottaket er

tenkt plassert, og de enkle sonderingene gir heller ingen sikker påvisning av bergoverflatens beliggenhet. Nye grunnundersøkelser utført på tomten i februar 2011, bestående av seks totalsonderinger, tre trykksonderinger og installasjon av én elektrisk poretrykksmålør, bekrefter i stor grad resultatene fra de gamle undersøkelsene i området.

Undersøkelsene viser at man øverst har fyllmasser over tørrskorpe. Disse topplagene strekker seg ned til ca. kote +69 - +69,5, dvs. 4-5 m under bakken. Under topplagene er det en tynn overgangssone, ca. 1 m, med middels fast leire, før man kommer ned i meget bløt og meget sensitiv (kvikk) leire.

Et par gamle fjellkontrollboringer viser at bergoverflaten ligger på kote +61,8 til +63,6 ved sørøstre del av Bygg 4, dvs. 10-12 m under terreng. De enkle sonderingene langs nordvestre del av Bygg 7 antyder overgang til berg/faste masser over berg på kote +46 til +49 i dette området, dvs. 25-30 m under terreng. Til sammen seks nye totalsonderinger langs omrisset av nybygget viser at bergoverflaten ligger relativt jevnt på en dybde på 15-16 m under terreng, bortsett fra ved søndre del, hvor fjelloverflaten faller av og ligger 28-29 m under terreng her.

Den 21. februar 2011 ble det målt et poretrykk i bakken 11,2 m under terreng tilsvarende en stighøyde 2,2 m under terreng ved det nye akuttmottaket.

3.3.6 Fundamentering

De omkringliggende byggene er fundamentert på litt forskjellig vis. Bygg 7 Kirurgisk bygg, som for de eldste delene er bygget helt tilbake i 1897-1902, er fundamentert på løsmasser og har setningsskader. Konsekvenser ved evt. midlertidig eller permanent senking av grunnvannsspeilet må vurderes.

Sentralbygget bygg 4 er derimot fundamentert på peler (betongpeler og noen stålkjernerpeler) til berg.

Nytt akuttmottak forutsettes fundamentert med peler til berg. Ut fra grunnundersøkelsene som er foretatt og kotekart for området så synes avstanden til fjell fra UK bunnplate å variere fra ca. 10 til 20 m. Det er forutsatt at en skal benytte stålkjernerpeler som også kan overføre strekk i avstivende skiver.

Bygget er prosjektert med følgende koter:

- Plan U1 ventilasjonsrom: kote +69,54
- Plan U1 forøvrig: kote +71,39

Dvs. at UK bunnplate ligger på hhv. ca. kote +69,2 og +71.

3.3.7 Avstivningssystem

Byggets avstivning er forutsatt ivaretatt ved at betongdekkene danner stive skiveplan med overføring av vindkrefter og andre horisontallaster til betongveggene i heis- og trappesjaktene. Disse horisontalkreftene føres videre ned i bæresystemet og fanges opp av jordtrykk på kjellervegger, friksjon og peler.

Hovedbæring for heis- og trappesjakter samt eventuelle ytterligere avstivende veggskiver over plan 1 er forutsatt utført i plasstøpt betong. Det forutsettes en veggtykkelse på 250 mm. Skivene kan alternativt utføres prefabrikkert, men pga. at vi må ta hensyn til jordskjelvlaster, vil det kunne bli krav om at skivene må plasstøpes.

Stabiliteten for en skive beregnes ut fra skivens egenvekt og påførte egenvekter fra dekkene inn på skiven. Skiven antas å ha tilstrekkelig kapasitet uten behov for strekkforankring ned i grunnen, men dette må endelig avklares i detaljprosjekteringen

En vil søke å unngå avstivende skiver inn mot tekniske sjakter og lignende da disse erfaringsmessig blir gjennomhullet av utsparinger. Vegger inn mot tekniske sjakter anbefales utført som lette vegger eller murvegger etter at den tekniske montasjen er ferdigstilt.

I figur for bæresystem er vist skiveplassering slik det er lagt til grunn i forprosjektet.

Bygget avfuges fra eksisterende Sentralblokk bygg 4.

3.3.8 Søylar

Det anbefales som hovedregel utvendige kvadratiske eller rektangulære stålsøylar i fasader og innvendige sirkulære, kvadratiske eller rektangulære betongsøylar. Alternativt kan andre utførelser velges, som innvendige stålsøylar eller utvendige sirkulære eller firkantede betongsøylar etc.

3.3.9 Dekkekonstruksjon

Forprosjektet baserer seg på en tradisjonell plasstøpt flatdekkekonstruksjon med en tykkelse på 400 mm. Dimensjonerende for tykkelsen er nedbøyingar og riss. Løsningen forutsetter at dekkene støpes med overhøyder midt i feltene og skjærarmes over opplegg.

Tidligere beregningar av alternativ med BubbleDeck viser at en må opp i tilsvarende dekketykkelsar med sammenlignbare spenn og lastforhold. Tykkelsesgevinsten synes således marginal ved valg av BubbleDeck. Vektreduksjonen kan spille inn i forhold til fundamentering og kan vurderes nærmere i detaljprosjektet.

Øvrige alternativar som er vurdert anses ikke robuste nok i forhold til den fleksibiliteten som kreves i en behandlingsfløy.

3.3.10 Påstøp

Det må vurderes å etablere påstøp i både behandlingsdel/operasjon og sengedel. Påstøpen sikrer fleksibilitet mht. fremtidige ombygningar. I behandlingsdelen vil det være aktuelt å rokkere om på funksjonar og sykehusutstyr. Endrede fremføringer i gulvet løses da greit ved slissing av påstøpen.

I både behandlingsdel og sengedel vil en påstøptykkelse på 100-125 mm totalt synes naturlig blant annet i forhold til etablering av bad med varmekabler og fall. Påstøpen kan etableres med plasstøpt betong med minimum tykkelse 70 mm eller alternativt med 50 mm A-plan eller tilsvarende pluss isolasjon. I behandlingsdelen kan vurderes en tynnere påstøp kanskje etablert som en monolittisk del av det plasstøpte dekket.

3.3.11 Kjeller

Kjelleren forutsettes etablert våt, dvs. uten kummer for håndtering av spill- og overvann.

Bygget forutsettes fundamentert på stålkjernepeler til berg med frittstående plasstøpt bunnplate i plasstøpt betong. Det er i forprosjektet forutsatt en bunnplatetykkelse $t = 400$ mm. Det må forutsettes et behov for strekkforankring av stålkjernepeler til fjell for opptak av strekkrefter i avstivende sjakter/skiver samt for opptak av oppdriftkrefter og eventuelle grunnoppressingskrefter i permanent eller midlertidig fase.

Nederste del av kjelleren vil ligge under grunnvannspeilet, og kjellerkonstruksjonene mot grunnen støpes vanntett, dvs. bunnplate og yttervegger. Det antas at grunnvannsnivå ligger på ca. kote +70 til +71, men dette er usikkert da det ikke foreligger målingar i området. Det vil bli installert poretrykksmålere i forbindelse med supplerende grunnundersøkingar i februar 2011. Støpeskjøtar under denne koten utføres med injektorslange. Injektorslangene skal injiseres dersom det oppstår synlige riss og lekkasje. Etterinjisering i garantitiden skal være inkludert. Som en ekstra sikkerhet mot vanninntregning skal det monteres en hellimt asfaltmembran i min 80 mm bredde sentrisk over støpeskjøt mellom bunnplate og vegger. Utførelse skal godkjennes av byggherre.

Kjellervegger skal isoleres utvendig med 250 mm XPS ned til grunnvannstand, 250 mm Foamglas limt mot betongvegg ned til underkant bunnplate.

Det må forutsettes at kjellergulv skal isoleres innvendig med 250 mm drenerende isolasjon type Isodren eller tilsvarende. Det skal legges 2 x 0,2 mm polyetylenfolie på toppen av isolasjonen, og det skal støpes en armert påstøp med tykkelse 100 mm som vil

utgjøre innvendig gulv i nederste kjellerplan. Om fang av en slik utførelse må vurderes i detaljfasen når bl.a. grunnvannsnivå er fastlagt.

Søyler og alle bærende vegger i kjeller utføres i plasstøpt betong. Som veggtykkelser er forutsatt $t = 300\text{-}350$ mm for yttervegger og $t = 250$ mm for innervegger. Orienterende søyledimensjoner fremgår av forprosjekttegningene. Søylene er forutsatt rektangulære med avfasede eller avrundede hjørner.

Gruber for elektrotekniske og VVS-tekniske installasjoner

Det skal etableres 2 stk gruber for eletroinstallasjoner i kjeller. Grubene vil ha innføringskabler fra bygg 5 via rør under bygg 17 og 7. Det må bores for fremføring av innføringskabler under bygg 7.

Det skal også etableres 1 stk grube for Pumpekum i teknisk rom. Ø 1000 mm med dybde 1000 mm.

Grubene må utføres vanntett.

Ståltrapp til teknisk rom i kjeller

Det skal etableres ståltrapp fra høyeste kjellernivå og ned i teknisk rom som vist på arkitekttegning.

3.3.12 Oppbygning av utomhusdekke over kjeller

Som det fremkommer av ARK- og RIB-tegninger så har kjelleren et større fotavtrykk enn plan 1 ved ankomstsonen til nytt akuttmottak. For dette dekket under utomhusarealer skal ferdig nivå etableres med membran, isolasjon og øvrige nødvendige bygningsmessige elementer for oppbygging til ferdig nivå. Dette skal utføres slik at den totale løsning blir tett og bestandig, og at løsningen ivaretar bruken av og kravene til arealene både under og over dekket. Membranen skal være av type helklebet to-lags asfaltmembran, type Icopal Base + Icopal Top eller tilsvarende. Membranen skal trekkes minimum 20 cm nedenfor støpeskjøt mellom topplate og vegg, og minimum 500 mm oppover vegg i overliggende bygning. Membranen skal ha fall 1:60 utover. Dekket skal isoleres med XPS, tykkelse 300 mm. Isolering skal avsluttes med et separasjonssjikt.

Det skal forutsettes at hele dekkearealet over kjelleren skal tekkes med 3-lags tekking som permanent tekking. All tekking klebes til underlag av betong (helklebende).

3.3.13 Plan 1, 2 og 3

Dekke i plan 1, 2, 3 samt tak skal utføres i plasstøpt betong. Antatt tykkelse er 400 mm. Fra plan 2 så opplagres betongdekkene på innvendige betongsøyler og utvendige stålsøyler. Pga. store utsparinger vil det også være behov for å anordne bjelke som vist på RIB-tegninger.

For endelig løsning skal alle høydekrav og øvrige funksjonskrav ivaretas.

Plan 2 har en utkraget del som krager ut over inngangspartiet. Under utkraget del av plan 2 skal det være søylefritt. Vi har forutsatt at utkraget del må bæres av et etasjehøyt stålfagverk.

Midt i alle operasjonsrom skal det etableres en grube på 1,2x1,2 meter med dybde 100 mm for plassering/innfesting av operasjonsbord. Fremføringsrør for strøm og styringskabler skal støpes inn i dekket frem til grube.

Plan 3 er tilbaketrukket ved utkraget del av plan 2, og den utkragede delen danner en terrasse i plan 3. Terrassen skal ha terskelfri adkomst, og det medfører at dekket må senkes og at det må etableres membran, isolasjon og øvrige nødvendige bygningsmessige elementer for oppbygging til ferdig nivå. Membranen skal være av type helklebet to-lags asfaltmembran, type Icopal Base + Icopal Top eller tilsvarende. Membranen skal trekkes opp og over gesims, og minimum 500 mm oppover vegg i overliggende bygning. Membranen skal ha fall 1:60 mot sluk. Dekket skal isoleres med XPS, tykkelse 300 mm. Isolering skal avsluttes med et separasjonssjikt.

Etasjehøyder

Etasjehøyder fremgår av arkitekttegninger, se tegning 017-UUS-A-206-001 med brutto etasjehøyde for plan 1 på 5,0 m, for plan 2 på ca. 5,2 m og for plan 3 på 3,85 m.

Dekker

Orienterende dimensjoner på plasstøpte flatdekker er angitt på RIB-tegningene. Det forutsettes i tillegg ca. 20 mm med selvutjevne masse + belegget dersom ikke påstøp velges.

Bjelker

Det er i utgangspunktet forutsatt en plasstøpt bjelke som vist på RIB-tegninger inn mot ventilasjonsutsparring.

Søylar

Innvendige søylar er forutsatt som rektangulære betongsøylar, som avrundes/avfases mens fasadesøylar er forutsatt som rektangulære stålsøylar. Fasadesøylar skal innebygges i ytterveggene, og skal derfor ikke bygge mer enn 200 mm på tvers av fasaderetningen inklusive profildimensjon men eksklusive brannbeskyttelse.

Trapp- og heissjakter

Til trappesjakter skal det leveres prefabrikkerte trappeløp med skjulte innfestinger og fuging mellom reposer og vegg. Inntrinn og opptrinn skal være støpt mot stålformer. Trappeløp og reposer forberedes for belegget. Endelig utførelse må avklares med byggherre og arkitekt.

Detaljøsning for dekkeforkant mot heissjakter skal tilpasses heisleverandørens krav og utformes slik at innfesting av terskel for heis sikres.

Stålfagverk for bæring av utkraget dekke plan 2

Stålfagverk spenner ca. 20 m. Fagverket må tilpasses adkomst inn i bygget fra gangbru fra helikopterlandingsplassen på taket av P-huset. Forslag til utførelse og foreløpige orienterende dimensjoner er vist på tegning 017NCOB206-011.

Gruber ved badarom

I bade- og dusjrom i plan U, plan 1, plan 2 og plan 3, se arkitektplaner, må OK betong senkes for å gi plass til fall til sluk, varmekabler og fliser. Dette medvirker til at påstøp må vurderes.

Rekkverk for terrasse

Det skal etableres rekkverk for terrasse som det fremgår av arkitekttegninger.

3.3.14 Innvendige ikke bærende vegger

Innvendige ikke bærende vegger utføres som en kombinasjon av glassvegger og gipsplatevegger med 2x13 med mer gips på hver side. Glassveggene er i all hovedsak i intensivasnittet i nybyggets 3. etasje og i 1. etasje bygg 4.

3.3.15 Fasader

Fasadene er basert på klimavegger bestående av 300 mm stenderverk med krysslått isolasjon og utlektet plateledning av gjennomfargede sementbaserte kledningsplater. I tillegg består ca. 75 prosent av fasaden av et utenpåliggende sjikt av armerte og herdede, vertikale glasspaneler innfestet med stålprofiler til stender. De folierte glasspanelene har ulike transparens, farge og mønster.

3.3.16 Øvrige konstruksjoner**Gangbru fra helikopterlandingsplass**

Eksisterende gangbru fra P-hus og helikopterlandingsplass skal omlegges/tilpasses ny utforming og slik at den treffer nytt ankomstpunkt i akuttmottaket. Om mulig kan hele eller deler av eksisterende gangbru benyttes. Oppleggspunkt for endret gangbru skal ikke hindre fremtidig ambulanseankomst og kan ikke plasseres i ankomstområdet. Entreprenør er ansvarlig for å fjerne den delen av eksisterende bru som ikke benyttes.

Gangbrua treffer nybygget på mellometasjenivå. For å komme fra gangbru og til plan 1 og 2 skal etableres en egen heis og heissjakt som vist på tegninger.

Fremdrift og utførelse av omlegging av gangbru må planlegges nøye og fremdriftsplan og tegninger av gangbru skal godkjennes av byggherre før utførelse.

Adkomstforbindelse fra bygg 7 til bygg 17

Det skal etableres en adkomstforbindelse mellom bygg 7 og bygg 17 på flere plan som vist på arkitekttegninger. Forbindelse baseres på betongkonstruksjoner under terreng og lette konstruksjoner med stå bæresystem over terreng.

Tak over ambulanseforplass

Som opsjon skal etableres tak over ambulanseforplass mellom gangbru og fasade. Omfang/areal skal fremgå av arkitekttegninger. Taket må dimensjoneres for snølast i tillegg til egenlast, og mulig oppheng på gangbru må vurderes. Taket kan ikke ha egne oppleggspunkter. Entreprenøren medtar alle kostnader inkludert fundamenteringskostnader.

Provisorisk tak over midlertidig ankomstområder

Det skal etableres et provisorisk tak for ambulansene i byggeperioden som vist på arkitekttegninger. Entreprenøren medtar alle kostnader til dette inkludert fundamenteringskostnader.

3.3.17 Fastmontert brukerutstyr

Det henvises til Premissnotat Brukerutstyr. Nedenfor er angitt hvilket fastmontert brukerutstyr som skal hensyntas:

Uttakssentraler

- 40 stk hvorav 9 med dobbelt festepunkt. (Antall reguleres, men vil ikke bli endret vesentlig).
- Et såkalt formontasjesett monteres mellom himling og uk overliggende betongdekke.
- Med plasstøpte betong-dekker monteres en ankerplate med (typisk) 4 ankerbolter som Hilti HST M24/30 eller tilsvarende. Dette gjøres av utstyrsleverandøren.
- Dersom andre dekketyper enn plasstøpt betong blir valgt må dekket forberedes for å "ta imot" ankerplaten.

Operasjons-/undersøkelseslamper, takmonterte

- 10 stk (antall reguleres og kan øke noe)
- Leverandør av lamper leverer og monterer formontasjesett som nevnt under uttakssentraler

Monitorer

- 20 stk (Antall reguleres)
- Monteres enten direkte i himling (30 kg, vektarm < 100 cm), eller best (min mening) i stål som avsluttes i eller rett over himling.

Operasjonsbord med faststøpt sokkel

- 6 stk (antall reguleres og kan utgå i sin helhet).
- Bunnplate med Ø ca 50 cm og høyde 10 cm støpes inn (leveres av utstyrsleverandør) av totalentreprenør. Det er store krav til nøyaktighet av innstøpingen, spesielt horisontalavvik (planhet); 2,5 millimeter på 1,5 meter.
- I tillegg levering/innstøping av 6 stk trekkerør/kabelkanaler med tverrsnitt på ca 20 cm² og lengde 5-6 m fra bunnplate til en vegg. Alternativt kan det kjernebores med føringer på kabelbro i etasjen under. Det siste alternativet er å foretrekke

Røntgenutstyr, fastmontert

- Det skal forutsettes 3 rom med fastmontert røntgenutstyr, alle på plan 1.
- Det forutsettes at 2 rom vil ha takmontert utstyr. I tillegg til ren vekt vil det takmonterte utstyret bli kjørt på skinner => dynamiske laster må hensyntas. Antatt vekt er 2,5 tonn.

- Det skal etableres stål som et gitter-/ruteverk mellom UK dekke og himling (rutenettet bør være del av himling), avsluttet helst med profiler a la Unistrut. Dette bør ha en utstrekning/areal på ca 2x6-8 meter.
- Det forutsettes at 1 rom vil være gulvmontert. Det kjernebores Ø 200 mm med føringer på kabelbro under dekket. Tre nedføringer per installasjon (utstyr, data-/teknikkrom og manøverrom).

3.4 Varme, ventilasjon og sanitær

3.4.1 Sanitær

Ledningsnett

Avløpet fra bygg 17 tilknyttes eksisterende uttrekksledning fra bygg 4. Deler av dette rørnettet vil komme under det nye bygget og vil kreve noe omlegging.

I underetasjen etableres det en plaststøpt pumpekum med nødvendig kapasitet for avløp fra installasjoner i VVS- teknisk rom.

Takavvanning legges som selvfallssystem. Rør føres ned til bunnledninger. Det legges dremsledning for bygget. Disse føres til ny dremskum.

Varmt- og kaldtvannsledninger utføres i kobber eller rør i rør.

Vann til utstyr som legges skjult i vegger utføres iht. offentlige bestemmelser (rør i rør).

Det etableres nytt vanninnlegg/ kaldtvannforsyning til bygget. Vanninntaket og hovedrør i bygget dimensjoneres for brannskap og tappevann.

Varmt tappevann hentes fra infrastruktur i bygg 7.

Temperatur i varmtvannsrør opprettholdes med selvregulerende varmekabel.

Rørgjennomføringer i isolat og smitte- operasjonsstuer skal utføres gasstette.

Armaturer

På hovedkurser og hovedopplegg avsettes avstengningsventiler.

Foran hvert sanitærutstyr skal det være avstengningsventiler.

I fordelerskap skal det være avstengningsventiler.

For vanninntak installeres vannmengdemåler og partikkelfilter med automatisk renspyling.

Utstyr

Det benyttes hvitt sanitærutstyr / porselensutstyr tilpasset bruk på sykehus. Omfanget av installert utstyr fremgår av romfunksjonsprogrammet og arkitektens tegninger.

Ut over dette prosjekteres det følgende utstyr:

- Kombinert brannslange / spyleslange (trommel) i VVS- teknisk rom
- Taksluk med el. element.
- I VVS- teknisk rom skal det installeres servant og U-vask med bøtterist.
- Det skal etableres ½" slangekraner i forbindelse med kjølesentral og varmesentral.
- Sluk i VVS-teknisk rom i nærhet av ventilasjonsaggregater, varme/ kjølesentral og sprinklersentral. Dimensjon 110mm.
- Bygget utstyres med brannslanger i skap (innfelt). Det forutsettes at alle arealer dekkes av slanger med maksimal lengde 30 m.
- I alle tekniske rom installeres 6 kg ABC pulver eller håndslukkere med samme slokkekapasitet.
- Vanntilknytning til nødvendig VVS- teknisk utstyr
- 3 stk vannutkastere ¾" industritype. (NB! en av vannutkastene skal ha forblandet vann vhja. en JRGUMAT ventil)
- Pumpearrangement i pumpekum teknisk rom (Doble pumper og alarmgivning)

I leveransen medtas det tilkopling av spesialutstyr som instrumentvaskemaskiner og dekontaminatorer. Omfanget av leveransen framgår i RFP.

Isolasjon

Varm- og kaldtvannsledninger, unntatt koblingsledninger til utstyr, isoleres.

Synlige rørføringer mantles med plastmantel dersom det ikke benyttes cellegummi eller tilsvarende isolasjon.

Innvendige taknedløp isoleres med cellegummi.

3.4.2 Varme

Bygget oppvarmes med vannbårent varmesystem. Varmekilde er en kombinasjon av en luft/ vann varmpumpe og sykehusets fjernvarmeanlegg.

Bygget vil ha installasjon med kjølemaskin på tak. Kjølemaskinen driftes som varmpumpe utenom kjølesesongen og tilknyttes derfor varmesystemet via en varmeveksler.

Ledningsnett

Ledningsnett for vann utføres i stålrør og rørdeler i henhold til Norsk Standard. Rørføringer opp til DN50 kan legges som galvaniserte pressfittingsrør. Åpne rørføringer til radiatorer skal være galvaniserte

Armatyr

Hovedkursopplegg samt utstyr forsynes med avstengningsventiler, nødvendige innreguleringsventiler og luftpotter med avstengningsventil.

Varmesystemene utformes for mengderegulering. Det medtas montering av motorstyrte reguleringsventiler for radiatorkurs, ettervarmebatteri og ventilasjonsbatterier.

Utstyr

For rom som ikke har oppvarming via ventilasjonen benyttes radiatorer og konvektorer med aktuatorstyrte ventiler. Radiatorene og konvektorene leveres med plan front og rengjøringsvennlig utførelse (hygieneutførelse). Radiatorer og konvektorer styres av lokale romtermostater.

I vindfang installeres det luftport (vannbåren varme) for innfelt montasje i himling. Luftport skal ha styring, drift og feil via SD-anlegg.

Oppbygging av komplett energisentral med varmevekslere, pumper, utskillere, shuntventiler etc.

Pumpene i hovedkurs og radiatorkurs vil være trykkstyrte. For hovedpumper vil det monteres to pumper i parallell med separate frekvensomformere. Begge pumpene dimensjoneres for full vannmengde og utstyres for tidsstyrt omkopling slik at driftstider for pumpene blir like. Frekvensregulator tilknyttes SD-anlegg.

Det medtas komplett shuntarrangement med pumpe for tilkopling av varmebatteriene til luftbehandlingsanleggene i underetasjen.

For ventilasjonsaggregatene med batterigjenvinner medtas komplett røropplegg.

Det installeres styringssystem for å kunne driftes i kombinasjon med varmpumpe og fjernvarme. Forsyning av fjernvarme skal dimensjonere for å ta 100% av dimensjonerende effektbehov.

Isolasjon

Ledninger som fører varm væske isoleres i henhold til gjeldende standarder. Det skal benyttes mineralullskåler og som skal være beskyttet/tildekket. Synlige rør mantles med plastmantel. Ventiler og filtre over DN 50 isoleres med avtakbare puter.

3.4.3 Brannsløkking

Bygget fullsprinkles iht. retningslinjene i NS EN 12845. Det etableres en sprinklersentral i VVS- teknisk rom. Den tilknyttes nytt eget sprinkler vanninnlegg.

Sprinkleranlegget klassifiseres innenfor ordinær fareklasse 1 (OH1)

Det etableres en 200 mm overvannsledning for avløp fra testarrangementet..

Ledningsnett

Ledningsnett er av stålrør og rørdeler iht. Norsk Standard. Rørtykkelsen skal være i overensstemmelse med ISO 65 M.

Armatyr

Det leveres komplett alarmutrusting med to pressostater og nøkkelbryter .

Sprinklerhoder montert i himling eller for åpen montasje skal være av type quik respons og K-faktor 80.

Sprinkler i himlingsrom er standard response K-faktor 80.

Hovedstoppekran og kuleventiler til pressostater utstyres med mikrobrytere for åpen/lukket stilling. Disse tilkobles SD- anlegg (B alarm).

Det etableres testarrangement for fulltesting av vanninnlegget.

3.4.4 Gass og trykkluft

Det installeres medisinske gassanlegg med utgangspunkt i ISO 7396-1:2007 "Medical gas pipeline systems - Pipeline systems for compressed medical gases and vacuum" og SIS HB370 "Säkerhetsnorm för medicinska gasanläggningar" utgave 2.

Følgende gasstyper inngår i det sentrale gassanlegget:

- Medisinsk oksygen - O₂
- Lystgass - N₂O
- Karbondioksid - CO₂
- Medisinsk trykkluft - T4
- Instrumentluft - T8
- Evac ledning

Medisinsk oksygen, lystgass, medisinsk trykkluft og instrumentluft hentes fra bygg 7
Det etableres en egen gassentral for CO₂ i U1.

Ledningsnett

Det benyttes medisinske kobberrør og rørdeler iht. NS-EN 13348:2008. Rørene skal være avfettet og emballert fra fabrikk.

Det brukes inert beskyttelsesgass og hardlodding etter kappilarmetoden ved alle sammenføyninger.

Det etableres gasstette rørgjennomføringer i isolat og smitte- operasjonsstuer.

Armatyr og utstyr

Samtlige komponenter i anlegget skal være CE-godkjent etter direktiv MDD 93/42/EEC om medisinsk utstyr.

Stengeventiler skal være avfettet, rengjort og emballert fra fabrikk.

Minimum trykklasser for alt utstyr PN16.

Det leveres en stabilisator for instrumentluft, oksygen og lystgass.

Hver etasje utstyres med trykkvakter for det aktuelle antall gasser. Trykkvaktene plasseres i en egne brannklassifiserte nisjer (EI60). Det medtas skinne og kjetting for sikring av det nødvendige antall flasker i nisjene. Flaskereserve beregnes til minimum 1 time reservedrift.

Til alle rom med medisinske gassuttak monteres det avstengningsskap i korridor. For operasjonsstuer med separate uttak på vegg, vil disse ha eget avstengningsskap. RESUS-rom og akuttstue vil ha et avstengningsskap pr seng.

Det monteres kontrollerbar tilbakeslagssikring for gassuttak til ikkemedisinske formål.

I de fleste rom tilkoples gassen til sengekanaler/ søyler / taksentraler.

I skyllerom/ bad isolat installeres veggmonterte gassuttak.

3.4.5 Kjøleanlegg

Det etableres et kjølesystem med to separate isvannskretser.

Isvannskrets for kjøling ventilasjon

Isvannskrets med forsyning fra en luft til vann kjølemaskin på tak over bygg 4. Denne isvannskretsen forsyner kjølebatteri i ventilasjonsanleggene og via en veksler, isvannskrets for prosesskjøling.

Isvannskrets vil ha en kjøleeffekt på ca. 200 kW

Det etableres en forbindelse / isvannskrets mellom bygg 4 og 17. Denne utføres komplett i bygg 17 og isvannsrørene føres tilbake til kjølemaskinene i bygg 4. Kretsen skilles ut vha. en veksler i bygg 17.

Isvannskrets for prosesskjøling

Isvannskrets for lokal kjøling / prosesskjøling.

Isvannskretsen forsynt med kjøling isvannskrets for ventilasjonskjøling om sommeren og frikjøleveksler om vinteren. Isvannskretsen vil også ha nettvannsveksler for nødkjøling.

Isvannskrets 2 vil ha en kjøleeffekt på ca. 50 kW.

Ledningsnett

Ledningsnett for isvann utføres i stålrør og rørdeler iht. Norsk Standard.

For mindre dimensjoner kan det benyttes rustfrie pressfittingsgrør alternativt plastlaminerte rør som Alupex eller tilsvarende.

Utvendige ledninger til kjølemaskin utføres i rustfritt materiale.

Det benyttes preisolerte klammer på alle ledninger med isolasjon.

Armatyr

Alle hovedkurser samt utstyr vil være forsynt med avstengningsventiler, nødvendige innreguleringsventiler og automatiske luftepotter med stengeventil foran.

Kursene forsynt med filter og mikrobobleutskiller.

Isolasjon, mantling, maling

Ledninger som fører kjølt væske isoleres med diffusjonstett isolasjon etter gjeldende standard.

For oppheng av rør benyttes iso-klammer.

For rørføringer på tak skal isolasjonen ha en utvendig værbestandig armering.

Før isolering primes/males rørene.

3.4.6 Luftbehandling

Følgende luftbehandlingsanlegg installeres.

| System | Område | Spesialkomponenter |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|
| +017=360.010 | Plan U1 og 1. etasje | Avtrekksskap / avtrekk NBC |
| +017=360.011 | Isolat 1. etasje | HEPA- filtrering i avtrekk |
| +017=360.012 | Isolat 1. etasje | HEPA- filtrering i avtrekk |
| +017=360.013 | Avtrekkсанlegg NBC rom | HEPA - filtrering |
| +017=360.020 | Plan 2 etasje | Avtrekksskap og kjøkkenavtrekk |
| +017=360.021 | Operasjon 100 CFU | Terminal HEPA- filter tilluft |
| +017=360.022 | Operasjon 100 CFU | Terminal HEPA- filter tilluft |
| +017=360.023 | Operasjon 100 CFU | Terminal HEPA- filter tilluft |
| +017=360.024 | Operasjon 100 CFU | Terminal HEPA- filter tilluft |
| +017=360.025 | Operasjon 100 CFU | Terminal HEPA- filter tilluft |
| +017=360.026 | Operasjon smitte, 100 CFU | HEPA- filtrering i avtrekk |
| +017=360.030 | Plan 3 etasje | Avtrekksskap og kjøkkenavtrekk |
| +017=360.031 | Isolat 3. etasje | HEPA- filtrering i avtrekk |
| +017=360.032 | Isolat 3. etasje | HEPA- filtrering i avtrekk |

De ulike luftbehandlingssystemene har følgende krav til SFP faktor:

- Aggregater for ventilering av støtteareal i 2 og 3 etg. - SPF 2,0
- Operasjonsaggregater - SFP 2,5 (Smittestue 3,0)
- Isolataggregater - SFP 2,5

Kanalnett

Kanaler skal tilfredsstillere kravene i Norsk Standard.

Tetthetsklasse B for rektangulære kanaler og utstyr, og tetthetsklasse C for sirkulære kanaler og utstyr.

Avtrekkssystemer som skal kunne forberedes for gassing skal ha tetthetsklasse D. Dette gjelder følgende kanalstrekk:

- Spesialavtrekk fra NBC- rom. Kanalføring mellom rom og HEPA- filter
- Avtrekk fra luftsmiteisolat. Kanalføring mellom rom og HEPA- filter
- Avtrekk fra smitte operasjonsstue: Kanalføring mellom rom og HEPA- filter.

Kanaler med krav til tetthetsklasse D skal tetthetsprøves i sin helhet.

Lyddempere monteres i et omfang som sørger for tilstrekkelig lyddemping iht. krav i klimatabell.

Alle toalett med dør mot korridor vil ha overstrømningskanal med lyddemper.

Luftfordelingsutstyr

For tilluft forutsettes installert ventiler og diffusorer med plenumskammer.

For mindre avtrekksmengder benyttes kontrollventiler.

Luftbehandlingsanlegg i 1. og 3. etasje behøvsstyres ut fra tilstedeværelse.

Det benyttes VAV- enheter. Dette vil være venturiventiler og skal ikke ha målekors for regulering av luftmengden. (nøyaktighetsgraden skal ligge innfor 10%).

Alle avtrekksorgan som skal ha konstant mengde utstyres med mekanisk CAV

Avtrekkssystem fra avtrekksbenk behøvsstyres ut fra innstilt luftmengde på benken. Tilluften styres som slave ut fra avtrekksmengde fra sikkerhetsbenk.

Det benyttes VAV- enheter. Dette vil være venturiventiler og skal ikke ha målekors for regulering av luftmengden (nøyaktighetsgraden skal ligge innfor 10%).

Avtrekkssystem i rommet skal ha konstant mengde og styres av en mekanisk CAV

Luftbehandlingsanlegg for operasjonsstuene behovsstyres. Ordinær og redusert luftmengde styres ut fra bruk av stuene.

Luftbehandlingsanlegg for luftsmitteisolatene behovsstyres ut fra isolat drift/ ordinær drift. Det benyttes VAV- enheter både for tilluft og avtrekk. Dette vil være venturiventiler og skal ikke ha målekors for regulering av luftmengden. (nøyaktighetsgraden skal ligge innfor 10%).

Alle VAV- enheten tilknyttes byggets BUS-system.

Styringene for tilstedeværelse medtas (PIR-føler, styring driftsstatus). Disse skal også tilknyttes bygget BUS-system.

Inntaks/avkaster utformes og plasseres i henhold til krav og forskrifter. Lydkravet opprettholdes og inndriving av regn og snø hindres.

Krav til maksimal hastighet over inntaksrist er 1,5 m/s.

På grunn av kort avstand til tiliggende fasader utstyres begge luftinntakene med EI-120 spjeld i hele inntaket tverrsnitt.

Det monteres brannspjeld EI60 på kanaler til/fra hovedtavlerom. Disse vil stenge ved brann- eller røykdeteksjon. Signal fra brannalarmanlegg. Det leveres komplette styresystem for automatisk / periodisk testing av spjeld. Styresystem tilknyttes SD-anlegg.

Ventilasjonskanalene til NBC/ Brannskaderom, operasjonsrom og Triagerom vil ha motorstyrte stengespjeld med endebrytere. Dette for å kunne stenge av rommen ved gassing. Spjeldene vil være i tetthetsklasse 4.

Luftfordelingsutstyr - spesialutstyr

Spesialfilter for HEPA- filtrering av avtrekksluft.

Det er krav om hepa-filtrering av avtrekksluft fra luftsmitteisolat, NBC- rom og smitte operasjonsstuer.

Operasjonsstuer

- I operasjonsstuer med krav til 100CFU skal det leveres tilluftsorgan med HEPA-filter
- 50% av avtrekksmengden fra operasjonstuene skal tas ved gulv (veggavtrekk)

For avtrekk fra operasjon smittestue skal det installeres HEPA- filter (inkl. forfilter).

Operasjonsstuer skal ikke prosjekteres med faste trykkbarrierer i rommet men trykket må kunne overvåkes vjha. differansetrykkmåler (Magnhelic).

Smittestue skal kunne kombinert kjøres med overtrykk / undertrykk.

Luftsmitteisolat

For luftsmitteisolat skal det installeres HEPA- filter (inkl. forfilter).

Angiolab / CT-rom

I Angiolab. og CT-rom monteres tilluftsorgan med HEPA- filter.

Brannskade / NBC- rom

I Brannskade / NBC rom monteres tilluftsorgan med HEPA- filter.

Dette rommet skal ha to avtrekksystemer.

Når det driftes som ordinært mottaksrom / brannskaderom skal avtrekk fra rommet gå via den generelle ventilasjonen i 1. etasje. For å sikre et visst overtrykk vil avtrekksmengden være lavere enn tilluftsmengden.

Når det driftes som NBC-rom vil ordinært avtrekk stenges av automatisk med motorspjeld. Avtrekksystem for NBC-drift skal sørge for å føre luften direkte over tak. Avtrekksluften vil gå via et HEPA-filter (inkl. forfilter).

Det benyttes filterenhet Camfil Cam Contain C eller tilsvarende.

Ved NBC-drift skal det sikres et undertrykk i rommet (ikke regulert trykkbarriere).

Medisinrom og blodgasslab

Det monteres 3 stk avtrekkskap godkjent for opptrekk av antibiotika. Avtrekkskapene vil ha bredde 60 cm og ha innebygget belysning.

Hvert avtrekkskap har eget kanalnett med vifte, spjeld og avkast over tak. Det leveres med alarmutrusting med alarmlampe ved hvert avtrekkskap for indikering av viftefeil.

Luftbehandlingsutstyr.

Aggregatene tilpasses til bruk i sykehus og ha en god hygieneutførelse.

Ventilasjonsaggregatene utstyres med filter av klasse iht. skjema. Filter monteres foran varmegjenvinner på tilluftssiden og på avtrekksiden. Filtrene dimensjoneres for maks. begynnelsesmotstand 100 Pa og sluttrykk 200 Pa.

Både tilluft og fraluft forsynes med motorstyrte spjeld av min. klasse 3. Motorene skal ha fjær tilbaketrekk.

Alle aggregater utstyres med batterigjenvinner. Batterigjenvinner skal ha et min. krav til virkningsgrad på 55%.

Varmebatteri dimensjoneres for vanntemperatur på 60/40gr.C.

Kjølebatteri dimensjoneres for vanntemperatur på 9/14 gr.C. Kjølebatteri for isvann skal være utstyrt med bunnpanne i rustfritt stål og avløp.

Aggregatene leveres med kammervifter. Aggregatene for luftsmiteisolatene skal være doble på avtrekksiden.

Hovedaggregatene +017=360.010 / 020 og 030 skal ha en bypass røykgassvifte over avtrekksaggregatet. Viften dimensjoneres for 100 % kapasitet. Viften forrigles med avtrekksvifte i aggregat og igangsettes dersom det detekteres røyk i avtrekket.

Røykgassvifte driftes så lenge som mulig i et brannforløp.

Tilluftsaggregatet driftes frem til røyk i inntakskanal detekteres.

Det skal medtas komplette utstyr for følgende spesialavtrekksystemer:

- Avtrekksystem fra 2 stk. kjøkkenavtrekk
- Avtrekksystem fra 3 stk avtrekksbenker
- Avtrekksystem fra NBC- rom

Isolasjon

Inntaks- og avkastkanaler som føres innendørs, isoleres med 50 mm isolasjon. Hovedkanaler for tilluft isoleres med 30 mm isolasjon.

Brannisolering av kanaler skal tilfredsstillere forskriftenes krav.

3.4.7 VVS-installasjoner eksisterende bygg

Ombygging av arealene i bygg 4

Omgjøring av VVS- teknisk anlegg vil i sin helhet være basert på eksisterende infrastruktur for alle anlegg. Tilkoplingen av sanitær, medisinsk gass, sprinkler og ventilasjon vil være i nærhet av de ombygde arealene.

Standarden på utførelsen skal samsvare med beskrevne løsninger i bygg 17.

Deler av arealet i 1. etasje bygg 4 er i dag uteareal (Ambulansemottak). Dette arealet vil inngå i innearealet.

Dagens ventilasjonssystem har ikke kapasitet til å håndtere dette økte arealet. Det etableres derfor et lokalt aggregat som dekker dette arealet.

Ombygging av arealene i bygg 7

Korridor mellom bygg 17 og 7

Det må påregnes noen ombyggingskostnader ved etablering av korridorforbindelse mellom bygg 17 og bygg 07. Dette gjelder for etasjene U1, 1, 2 og 3.

Ny røntgenlab i 1. etasje

I 1. etasje etableres en ny røntgenlab.

Følgende er medtatt:

- Demontering i eksisterende arealer
- Ny servant i sjalterom.
- Kondensavløp fra fancoil og frem til vannlås (ny servant).
- Nødvendige ombygginger gjøres på eksisterende sprinkleranlegg for å tilpasse ny layout.
- Det legges nytt isvannsrør fra korridor til ny fancoil i sjalterom (DN25) .
- Isvannskurs har stengeventil og innreguleringsventil
- Arealet ventileres fra eksisterende hovedføring i korridor
- Det er medtatt kostnader for innregulering av hovedluftmengder og innregulering av riktig luftmengde i hvert rom.
- Kostnader for ny kjøleenhet i sjalterom (5 kW, innebygget automatikk)

3.5 Elektroteknikk

3.5.1 Generelt

Denne beskrivelse inneholder funksjon og krav til tekniske anleggene for følgende bygg:

- Tilbygg (bygg 17)
- Bygg 4 Ombygging i 1 og 2.etg (eksisterende bygg)
- Bygg 7 Ombygging i 1 og 2.etg inkl. røntgenlab. (eksisterende bygg)
- Gangbro
- Provisorisk inngangsparti (akuttmottak i bygg 4)

Ekstern infrastruktur omfatter arbeider i følgende bygg:

- Bygg 7 (Elkraft og IKT)
- Bygg 1 (IKT)
- Generatorpark v/bygg 14 (Elkraft)
- Kulvert (Elkraft og IKT)
- Nettstasjon i bygg 5 (Elkraft)

3.5.2 Basisinstallasjoner for elkraft

Bæresystem

Fra hovedtavle i U. etasje etableres føringsveier frem til tekniske rom og underfordelinger i underetasje samt for tilførsler til vertikale sjakter til 1. 2. og 3.etasje.

Rør under dekke etableres mellom hovedtavlerom og rom for UPS fordeling.

Mellom hovedtavlerom og traforom etableres grube for føring av hovedtilførsel til grube under hovedtavle.

Horisontalt i etasjene etableres kabelbroer over himling i korridor.

Jording

Det planlegges "fundamentjord" med 50 mm² Cu-wire under drenggrøfter rundt bygget i hht. NEK400:2010. Fundamentjord skal oppdeles med tverrforbindelser i maskenett som ikke overstiger 20 m.

Antall og lengde på jordspyd, samt bruk av event. jordforbedringsmiddel må dimensjoneres ut fra krav til samlet ytelse på jordingsanlegget.

Det planlegges vertikal og horisontale utjevningsforbindelse forlagt på hovedføringsveier i bygget. Det skal minst benyttes 50mm² i stiger og 6mm² i utjevningsforbindelser. Tekniske installasjoner, bæresystem og andre ledende deler installert over himling i korridor, sjakter eller lignende skal tilknyttes utjevningsforbindelse for minimum hver 25 meter.

I gruppe 1 og gruppe 2 rom, skal ledningsresistansen inklusive overgangsresistansen i koblinger, mellom klemmen for beskyttelsesleder i stikkontakter eller permanent utstyr eller andre ledende deler og utjevningsskinnen ikke være høyere enn 0,2 ohm.

Lynvernanlegg

Det planlegges nytt lynvernanlegg for bygg 17.

Anlegget skal prosjekteres etter Lynvernklasse 3 . NEK-EN 62305 part 1-4 skal følges. Lynstrømspissverdi min. 10A og maks 100kA.

Anlegget med oppfangere og nedledere skal plasseres i nært samarbeid med arkitekt. Nedledere på fasade tilknyttes fundamentjord, se også kap. 412 Jording.

Overspenningsvern

Det skal medtas overspenningsavledere (grovvern) ved kabelinntak på Hovedtavle I alle underfordelinger skal det medtas overspenningsavledere (mellomvern).

System for elkraftuttak

Sykerom- og Intensivkanaler med medisinske gasser.

I sengerom, isolater, triagrom, behandlingsrom og intensivrom er det medregnet kanaler tilpasset funksjoner og uttaksbehov i de enkelte rom.

Forslag til antall og plassering er vist på tegninger for føringsveier.

Utstyr for elkraft, tele og gass som skal medtas i kanal er angitt i romfunksjonsprogram.

Uttak for gass inngår her.

Takmontert utstyr

Taksøyler og anestesioyler er brukertutstyr og leveranse og montering av dette utstyret inngår ikke her. Forslag til antall og plassering er vist på tegninger for føringsveier. Kursopplegg og tilkobling av elkraft, teletekniske anlegg samt gass er medtatt.

3.5.3 Høyspenning

Eksisterende transformator i bygg 5 skiftes ut og byttes til en større trafo for strømforsyning til bygg 17.

230V IT system forsynes fra nettstasjon 0852 i bygg 5, ytelse på eksisterende transformator 1000 kVA (+05(K1)=422.101.XT01) må økes 230/400V TN-S system forsynes fra 500 kVA transformator i nettstasjon 0852 i bygg 5. Ytelsen på denne må også økes.

Nødvendige høyspenningsinstallasjoner og transformator kapasitet forutsettes levert av lokal nettleverandør. Kostnader for nettleverandørens leveranser er medtatt.

3.5.4 Lavspent forsyning

- FEL 99: Forskrifter for elektriske lavspenningsanlegg, 1999
- NEK400:2010 Norske normer for elektriske lavspenningsanlegg, 2010, (NEK)
- NS-EN 60439, "Tavlenormen"

- Statsbygg FoU-prosjekt 50087 : Håndbok for EMC - tilrettelegging i bygninger
- OUS Ullevål, Prosjekteringsanvisning Elektro
- NEK EN 60898
- NEK EN 60947

System for Elkraftinntak

Inntakskabler til nye hovedfordelinger i bygg 17 er medtatt for de respektive system og fra følgende steder:

- Normalkraft 230V IT - fra fordeling i nettstasjon nr. 0852 i bygg 5
- Nødkraft 230V IT - fra ny hovedfordeling i generatorpark ved bygg 14.
- Normalkraft 400V - fra fordeling i nettstasjon nr. 0852 i bygg 5.
- Reservekraft 400V - fra trafo 230/400V i u.etg. bygg 17.
- Avbruddsfri kraft - ny avgang i eksisterende UPS hovedfordeling i bygg 4/7

System for hovedfordeling

Hovedfordeling

Det skal etableres fem hovedfordelinger i bygningen: to for normalkraft, to for nød-/reservekraft 230 og 400V samt en for avbruddsfri kraft.(UPS). Hovedfordelinger (230V og 400V) for normalkraft forsynes direkte fra transformatorer i nettstasjon 0852 i bygg 5.

Hovedfordeling for nødstrøm forsynes via ny stigeledning fra nødstrømsfordeling i generatorparken ved bygg 14. Aggregatene skal kobles inn automatisk ved bortfall av normalkraft i bygg 17.

Hovedfordeling for avbruddsfri kraft forsynes via eksisterende UPS-hovedfordeling +07(U1)=432.701-FS01 i bygg 4/7.

Det skal benyttes 230V IT systemspenning som normal- og nødstrømsforsyning i bygget samt 230/400V TN-S systemspenning som normal- og reservekraft til tekniske anlegg. Alle tavler, hovedtavler og underfordelinger, dimensjoneres mekanisk mht. plassbehov og elektrisk for minimum 30% utvidelse.

Hovedfordelingene skal være tidsmessig, ha god plass for utvidelser (30%) og være dimensjonert og utført i en standard som er forenlig med prosjektets øvrige standarder. Hovedfordelingen bygges generelt som frittstående felt med adkomst fra begge sider. Tavlen skal være typegodkjent og bygget i overensstemmelse med gjeldende type prove. Det skal minimum benyttes form 4A.

Hovedfordelingene plasseres i egne rom (brannceller) i U1.etg og med stigere vertikalt til underfordelinger og omkoblere for medisinske områder som vist på vedlagt stigeledningskjema.

Hovedfordelingsrom skal ha tilstrekkelig balansert ventilasjon.

Stigekabler

Stigeledninger til fordelinger skal dimensjoneres med god reservekapasitet. Min. 30%. Stigere for normalkraft og nødstrøm skal være brannsikket atskilt fra hverandre, og om det ikke er mulig skal det brukes funksjonssikker kabel.

Kabler og utstyr skal dimensjoneres slik at maksimalt spenningsfall ligger innenfor følgende grenser:

Fra inntak til forbrukssted/apparat - maks 4 %.

Beregning av stigekabler utføres i beregningsprogrammet Nettdok.

Til VVS-tekniske anlegg etableres egne stigere pr. system eller ihht antall automatikkfordelinger og type spenningforsyning.

Stigekabler og andre hovedstrømskabler skal bare legges i en høyde på føringsveier, fortrinnsvis skal kablene forlegges med 1 kabeldiameters avstand.

Elkraftfordeling for alminnelig forbruk

Underfordelinger er etablert i alle poster og avdelinger og plassert i forhold til byggets funksjon i bygg 17.

For ombygging i eksisterende bygg 4 skal eksisterende fordelinger tilpasses nye elektrotekniske installasjoner.

For ombygging i eksisterende bygg 7 skal eksisterende fordelinger (1-2stk) tilpasses nye elektrotekniske installasjoner.

Fordelinger skal utføres både som stativ med kapsling for usakkyndig betjening og som separate låsbare stålplateskap.

Alle fordelinger skal fortrinnsvis monteres i separate brannceller og med tilkomst fra fellesområder eller korridor.

Fordelinger for normalkraft, nødkraft og UPS plasseres i samme rom dersom de monteres i adskilte kapslinger som hindrer følgeskade.

Underfordelingen skal stå i samme etasje som det areal den betjener. Underfordelingens sikringsmateriell og utstyr skal være av samme type som foranliggende generator og hovedtavle.

Underfordelinger skal ha innvendig separasjon i min. Form 2A. Det må være nok plass ut fra rekkeklemmene slik at feilsøking med strømtenger blir mulig, min 15cm avisolert på kabel. Tavlene skal være fabrikkbygget og dimensjonert for aktuell last og kortslutning.

I fordelinger som har UPS kraft skal kurser for slik anlegg plasseres i egne tavlefelt som er avgrenset med IP30 i forhold til øvrig fordeling. vurderer å benytte lastbryter.

Kursopplegg for alminnelig forbruk

Det planlegges et kursopplegg hvor alle installasjoner primært er utført som skjult anlegg og ved føringer i/på etablerte bæresystemer.

Lyskurser skal generelt belastes maksimalt 50%.

I korridorer, trapper og andre trafikk/rømningsveier skal ca 1/3 av belysningen fungere som nattlys. Det benyttes eget kursopplegg for lede- og markeringslys, krav til kabel ihht ovenfor nevnte forskrifter og normer.

For lysstyring og dimming av belysning skal det benyttes DALI

Belysningsarmaturer i eller nedhengt fra nedforede/nedtagbare himlinger skal kobles over stikkontakter.

I korridorer, fellesarealer, fordelinger for elkraft og teleteknisk, sjakter med adkomst, trapper og tekniske rom etc.medtas stikkontakter 16A, for bruk til rengjøringsmaskiner og lignende. De plasseres med avstand maks 15 meter.

For elektriske dører/porter, røykluker, elektrisk solavskjerming, vaskeheiser ol. Er det medtatt nødvendig kursopplegg.

Tilførsel til utstyr og sentralenheter som inngår i tele- og automatikkanlegget utføres med separate kurser pr. anlegg.

Elkraftfordeling for driftstekniske installasjoner***Fordeling for driftstekniske installasjoner***

Underfordelinger for drift plasseres i tekniske rom eller i tilknytning til det utstyr de skal betjene og forsynes over egne stigeledninger. Her inngår tilkobling av alle automatikk fordelinger.

Kursopplegg for driftstekniske installasjoner

Under denne post inngår kursopplegg for VVS-tekniske anlegg. Det henvises til liste og systemskjema som angir alle VVS-tekniske systemer.

Elkraftfordeling for omkobling

Klassifisering av medisinsk område i bygg 17 og 4 ble utført i samarbeid med det medisinsk personale samt elektroavdelingen. Det henvises til dokument nr. 017NCOE863.059.

For medisinske områder gr. 1 og 2 henvises det til NEK 400-7-710

Det skal etableres egne nisjer for plassering av omkoblerautomatikk og skilletrafo for medisinsk IT-system i alle gruppe-2 områder. Prinsipp for forsyning til omkoblingsautomatikk er vist på systemskjema 017NCOE430.001 Elkraft fordelinger.

I intensiv- og sengerom plasseres IT-fordeling for medisinsk område inn i nisje i korridor og utføres for usakkyndig betjening. For operasjonsrom etc. plasseres fordelingen på egnet sted i rommet og med utførelse for usakkyndig betjening.

Utstyr i omkobler for overvåkning av isolasjonsfeil, trafotemperatur o.l skal kobles opp mot eksisterende overvåkningsystem via bus-kabel.

Alle kurser i gruppe 2-områder etter skilletrafo skal ha individuell jordfeilovervåkning samt felles feilalarm pr. fordeling/rom for utløst vern.

Alle vern i nødstrømkretsen skal være overvåket og status oppkoblet mot SD-anlegg

3.5.5 Lys***Belysningsutstyr***

Allmennbelysning og miljøbelysning beregnes i henhold til forskriftsmessige krav og 'Lyskultur' retningslinjer. Det skal benyttes lysarmaturer fra anerkjente produsenter, standard typer. Innfelte eller utenpåliggende armaturer tilpasses de enkelte rom og himling. Krav til overflate, utforming, enkel demontering og remontering av hensyn til et forsvarlig renhold vil bli forsøkt ivarettatt i samarbeide med arkitekt og bruker.

I typiske kontorer og arbeidsplasser benyttes plassorientert belysning med supplering av miljøorientert belysning hvor lysnivå er lavere i forhold til arbeidsplass.

Ca 1/3 av normalbelysning i korridorer og trapper skal benyttes som nattlys. For å unngå blendingsubehag for pasienter ved sengetransport, skal det legges vekt på å finne en tilfredsstillende løsning med plassering og avskjerming av lyskildene i aktuelle korridorer.

Lyskilder skal velges med tanke på godt lysutbytte, god fargegjengivelse, lang levetid og begrenset behov for lagerhold. I tillegg skal det vurderes armaturer med lavt effektbehov, f.eks. med dioder (LED) som lyskilde.

Lysstyring

For lysstyring og dimming skal det benyttes DALI og LON.

Samspillet mellom elektrisk lys, dagslys og rommets karakter skal til sammen skape en visuelt god og vennlig atmosfære.

Operasjonrom, intensivrom, akuttstuer, resus, triagerom og isolater

Felles styringssystem skal styre i lys, solavskjerming, klima ect. som både gir mulighet for dimming, automatisk styring via tilstedeværelsessensor, dagslyssensorer for styring/demping, sentral styring samt lokal styring. De lokale styringsmulighetene skal overstyre den sentrale.

Kontorer

Lys i kontorer tennes via tilstedeværelsessensor, dagslyssensorer for styring/demping, sentral styring samt lokal styring.

Korridorer:

Lys i korridorer tennes via bevegelsessensor, sentral styring samt lokal styring.

Møterom/fellesrom/venterom

Lys tennes via tilstedeværelsessensor, dagslyssensorer for styring/demping, sentral styring samt lokal styring med demping.

Lager, tekniskrom ect

Lys tennes via bevegelsessensor eller med lokal AV/PÅ bryter.

Opptattsignal

Det skal for operasjonsrom medtas rød opptatt-lampe på utsiden av rommet med bryter montert på innsiden.

Nødlusstyr

Det skal leveres ett lavtbyggende etterlysende ledesystem ihht. NS 3926. Etterlysende ledelinjer planlegges for innsveising i gulvbelegg. Ledelinjer, skilting, dørmarkering m.m. skal utføres ihht. retningslinjene i NS 3926.

Anlegget tilkobles sentralisert UPS-forsyning, armaturer skal være adresserbare med sentral overvåkning.

3.5.6 Elvarme

Bygget planlegges oppført med oppvarming via vannbåren varme. Som supplering til vannbåren varme er det medtatt elektriske varmekabler i gulv i alle inngangspartier (både ute og inne/i sluse), NBC rom, dusjrom og våtromsgarderobes.

3.5.7 Reservekraft og Nødkraft**Elkraftaggregater**

Det er for prosjektet medregnet utvidelse av eksisterende nødstrømanlegg ved bygg 14. Nytt dieselaggregat dimensjoneres for drift av alle elektriske anlegg i bygg 17. Aggregatet er foreløpig beregnet til 1650 kVA, 690 V. Dieselaggregatet plasseres i egnet container.

Aggregatet skal klassifiseres som ISO 8528-3. Aggregatet skal gi den fastsatte ytelse ved "Standby Power" ved oppgitt ytelse, og ved en temperatur på +27°C.

Nytt dieselaggregat skal minimum inneholde følgende:

- Dieseldreven forbrenningsmotor
- Generator 690 V AC 50 Hz (IT), med mulighet for omkobling til 400 VAC TN.
- Brennoletank for 12 timers kontinuerlig drift ved nominell belastning
- Eksosanlegg
- Ventilasjon/kjøling
- Startbatteri med ladning
- Automatikkskap for drivemotor og generator
- Fordelingskap med generatorbryter beregnet for tilkopling av skinnepakke på sideveggen av container
- Skinnepakke

Eksisterende nødstrømanlegg

Ved Ullevål universitetssykehus HF er det et eksisterende nødstrømanlegg plassert ved bygg 14 . Anlegget er består av 2 stk aggregater på 1650 kVA, 690 V levert av AS Reservekraft, ferdig montert i en 40 fots container. I tillegg er det installer en 30 fots container for hovedtavlen (levert av Hafslund Installasjon AS), med skinnforbindelse til aggregatet.

Avbruddsfri kraftforsyning

Ved Ullevål er det ett eksisterende UPS-anlegg plassert i bygg 7. Anlegget består av 2 stk UPS, hver med en kapasitet på 200 kVA, levert av Siemens AS, ferdig montert i separate rom. Disse har 4 parallelle strenger med 66 stk Maraton L6V 162 Ah. I tillegg er det installer t UPS fordeling i eget rom i samme bygget.

Eksisterende avbruddsfri kraftforsyning (UPS) i bygg 7 skal oppgraderes og tilpasses nye tilleggslaster i bygg 17. Det skal være redundant drift, konferer krav til redundans, med nødvendig samkjøringsautomatikk, og mulighet for enkeltvis utkobling. Dersom en 1 UPS faller ut (eller ved behov for service) skal UPS 2 automatisk overta all last. Nødvendige tilpassinger i eksisterende hovedfordeling medregnes her.

Akkumulatoranlegg

Det planlegges ny batteribank komplett med celler sammenkoblet.

Batterier skal dimensjoneres for minimum 60 minutters drift ved full last og utføres med kapasitet beregnet utfra den angitte utladetid ved full last 90kVA.

Eksisterende batterier er av typen Maraton L6V 162 Ah.

Eksisterende lager i bygg 7 skal ominnredes til batterirom hvor batteribanken blir montert i kabinettet eller på separate stativer.

3.5.8 Tele og automatisering

Basisinstallasjoner for tele og automatisering

Det tas høyde for et tidsmessig og fremtidsrettet tele og datanett i nybygg og nettet tilkobles eksisterende anlegg ved Ullevål. Løsninger utarbeides av RIE og vil bli forelagt IT- ansvarlig for videre utarbeidelse av omforent løsning.

Stammettet

Det medregnes nye fiberkabler fra mellomfordelerrum MF2 i bygg 1 og MF4 i bygg 7 frem til ny byggfordelingsrom i U.etasje bygg 17.

Det skal sørges for redundant forlegning helt frem til termineringspunkt i hver ende av kabel. Det skal benyttes 12 fiber kabel fra hver MF frem til bygg 17.

Fra MF4 i bygg 7 frem til nytt hovedfordelingsrom i U.etasje bygg 17 skal det også medtas minimum 50 par telefonkabel som skal ivareta behov for analoge telelinjer etc.

Stigenettet

Fra byggfordeler i u.etg bygg 17 medregnes redundante 12 fiber kabler til hver etasjefordeler som vist på systemskjema.

Fiberoptisk kabel planlegges terminert i paneler på SC konnektorer (eventuelt LC konnektor). Kobberkabel termineres på LSA+ som monteres på rør. Det gjøres oppmerksom på at all innendørs kabling, skal være halogenfri.

Telefordelinger

Det er etablert rom for byggfordeler i U.etg og etasjefordelere i 1. 2. og 3. etasje. Rommet må detaljplanlegges i samarbeid med byggherre. Det skal utarbeides møbleringsplan og utstyrs plassering for rommene.

3.5.9 Integreert Kommunikasjonsanlegg

Kabling for IKT

Fra etasjefordelere (EF) er det forutsatt et spredenett basert på Cat 6A U/UTP kabel, i hht. NEK-EN 50173 sambandsklasse E eller bedre, til hvert enkelt uttak.

Kabelen skal ha 4 par, alle parene skal termineres i henhold til koblingsstandard 568B. Kabelen skal være halogenfri.

Spredenettkabel i hvert kommunikasjonsrom skal termineres i RJ45 patchepanel. Ved arbeidsplasser skal kabel termineres i datauttak type RJ45.

Ved hver kontorarbeidsplass skal det legges opp til 2 stk doble punkter.

Ved hver sykeseng skal det legges opp til 2 stk doble punkter.

Det skal i tillegg legges opp punkter for trådløst nett. Dekningskart utarbeides av It-senteret.

Nettverksutstyr

I etasjefordeler skal all horisontal kabling termineres i patchepaneller med RJ 45 grensesnitt. Det medregnes nødvendige patchepaneller og svitsjer for hele bygg 17 og ombyggingsarealer i eksisterende bygg 4. Datapanelene skal monteres i 19" rammeverk evt. svingbar ramme der det ikke er mulig å åpne skapets bakkant. Fiberoptisk kabel termineres i paneler på SC konnektorer.

3.5.10 Telefoni og personsøking

System for telefoni

Telefoni i bygg 17 skal baseres på IP-telefoni. Dette medfører en samkjøring av tale (IP telefoni) og data. Kostnader i forbindelse med tilknytting mot UUS eksisterende IP-telefon sentral som betjener alle brukere plassert i kirkeveien 166 er medregnet. Fiberkabler mellom bygg 17 og admin. bygg1 samt bygg 7 er medtatt under kap 514.

IP/Analog adapter benyttes der det skal brukes tradisjonelle fax'er. Dette er et adapter som konverterer fra IP til analog.

Det er medtatt kostnader for ny sentralbordapparat i ny akuttmottak samt IP-apparater for alle arbeidsplasser i bygg 17 samt i ombyggingsarealer i bygg 4.

System for porttelefoner

Ved inngang til akuttmottak samt i korridor ved inngangen til operasjon, postoperativ og intensiv, er det medregnet anropspaneler med toveis kommunikasjon, anropsknapp og kamera.

På svarsteder i mottak/vakt i skal det være svarapparater for toveis kommunikasjon med monitor og funksjon for døråpning.

Etter at resepsjonsvakten/varemottaker har satt anlegget i "nattstilling", skal anlegget kunne betjenes fra døgnbemannet vaktrom i bygget.

De utvendige ringetablåene skal være belyst eller ha belyste ringeknapper. Anlegget skal koordineres med adgangskontrollanlegget for fjernåpning fra resepsjon og vaktrom.

System for personsøking

Eksisterende personsøkanlegg ved OUS Ullevål skal være dekkende for bygg 17. Det medtas ikke installasjoner for dette anlegget.

Telemetri

I bygg 17 er det medregnet kabling for telemetri med tilknytting mot eksisterende anlegg i bygg 4. Kabel legges på kabelbro i korridorer (1. til 3. etg) for tilkobling til antenner under himling.

Nødnett

Kostnader for kabling for nødnett er medtatt. Kabling utføres som i ett vanlig spredenett basert på Cat 6A U/UTP kabel.

3.5.11 Alarm og signalsystemer

Brannalarm

Det benyttes i dag to type systemer av brannalarmanlegg ved sykehuset. Systemene leveres av Siemens AS og Eltek Fire & Safety by Honeywell.

Det nye akuttmottaket har Risikoklasse 6, Brannklasse 3.

Det planlegges ett adresserbart, analogt brannalarmanlegg i kategori 2 med oppkobling mot sykehusets vaktentral. Nytt sentralutstyr skal stå i kommunikasjon med eksisterende brannalarmanlegg på sykehuset.

Hovedsentral plasseres i teknisk rom, og brannmanspanel ved hovedinngang til bygget.

Alarmering skal utføres ved hjelp av fulldekkende talevarslingsanlegg med unntak av tekniske rom som dekkes vha brannklokker og lyssignal.

Det skal også vurderes behov for optisk varsling ihht. TEK10. Vurderingen skal gjøres etter følgende prinsipper: Akustisk varsling suppleres med optisk varsling i rom hvor det antas at enkeltindivider oppholder seg i alene. Dette på en slik måte at en del rom (anslagsvis 10%) defineres for opphold i forhold til universell utforming og utstyres med optisk varsling i tillegg til akustisk varsling.

Fellesarealer, hvor det antas at flere mennesker oppholder seg over lengre tid, utstyres med optisk varsling i tillegg til akustisk varsling.

Sanitærrom utstyres ikke med optisk varsling. Installasjon av optisk varsling i HC-toalett vurderes ut fra hvor mange mennesker med funksjonsnedsettelse det antas vil oppholde seg i objektet.

Brannvarslingsanlegget skal i tillegg tilknyttes eksisterende alarmpresentasjons- system i vaktentral. Det er medtatt kostnader for evt. nødvendig oppgradering av soft-/hardware for systemet, og for innlegging av nye plantegninger i eksisterende grafisk presentasjonssystem.

Adgangskontroll, innbrudds- og overfallsalarm

Adgangskontrollanlegget ved sykehuset er av fabrikat Lenel.

Nye sentralenheter for dette anlegget skal plasseres i teleteknisk rom i u.etasje (BF) og kommunikasjonsbus tilkobles eksisterende sentralenhet for adgangskontroll plassert i U.etg. bygg 4.

Det skal være full kompatibilitet mellom nytt og eksisterende adgangskontroll-anlegget. For bygg 17 er det medregnet et komplett adgangskontrollanlegg for styring og kontroll av alle dører som angitt på skjema 017NC0E543.001

Adgangskontroll og alarmanlegget skal kunne presentere feil og alarmer i sykehusets grafiske presentasjonssystem, samt overføre alarm og feilsignal til sykehusets vaktentral/portvakt, fortrinnsvis via TCP/IP protokoll.

Kostnader for nødvendige soft-/hardwaremessige utvidelser i presentasjonssystemet er medtatt her.

Kostnader for dørautomatikk for luftsmitteisolater er medtatt.

Pasientsignal

Sykesignalsystemet skal bestå av sentralenhet, vaktdisplay ved anropsmottak og rompanel med anropspaneler og trekkesnor ved hver sengeplass. Videre skal det være anropspanel på toalettet og i venterom/venteplasser.

Anrop fra pasienter gjøres ved hjelp av:

- Anropspaneler m/trekkesnor i behandlingsrom / toalett.
- Personalet skal få melding om alarmtype og hvor meldingen kommer fra, både som akustisk alarmgiver og klartekst i vaktdisplay. Vaktdisplay skal plasseres på egnet sted. Nøyaktig plassering av vaktdisplay avklares senere med bruker.
- All betjening skal kunne utføres uten å forlate pasienten. Det vil si avstilling av anrop, assistanseoppkall og nødalarm skal kunne utføres fra anropspanelet.

Utgang for varsling til personsøkeranlegg og/eller mobiltelefon/telefonsentral er medtatt. Responstid mellom oppkall og alarm skal være mindre enn 10 sek.

Alarm/nødanrop fra toaletter skal kunne mottas i døgnbemannet vaktrom. I anlegget inngår alarmknapp for trusselalarm som angitt på systemskjema. Alarm skal gå ut på anlegget som nødoppkall og med mulighet for videresending av alarm til personsøker anlegget.

Uranlegg

Det er medregnet et komplett uranlegg som tilknyttes eksisterende sentralur i bygg 4. Utstyr plasseres i teleteknisk rom u.etasje (BF).

Det skal være analoge biur med tydelige urskiver og med størrelse tilpasset de ulike rommene. Biurene skal være analoge ur, med og uten sekundviser avhengig av behov i rommet. Urskiven skal være minst 230 mm i diameter.

3.5.12 Lyd og bildeanlegg**Fellesantenneanlegg**

Det forutsettes installert nytt kursopplegg for kabel-TV i bygg 17 som tilknyttes hovedsentralen i bygg 6. Kostnader for alt utstyr og arbeid med kabel, splitters, forsterkere, terminering etc er medtatt her.

Fellesantenneanlegg skal utføres i henhold til Forskrift om elektronisk kommunikasjonsnett og elektronisk kommunikasjonstjeneste (Ekomforskriften) for D3-nett inntil 863 MHz.

Internfjernsyn (ITV)

Det installeres et komplett ITV - anlegg med vandalsikre kamera som overvåker utvalgte soner/arealer som angitt i systemskjema 017NCOE553.001. ITV anlegget skal tilknyttes eksisterende anlegg i bygg 4.

ITV anlegget skal ha et grafisk brukergrensesnitt hvor alle anleggets funksjoner enkelt kan styres/administreres. Disse funksjonene skal kunne gjøres tilgjengelig fra tynne klienter i nettet. På denne måten skal all drift og administrasjon enkelt kunne gjøres fra døgnbemannet vaktrom ved resepsjonen på eksisterende sykehus.

Talevarslingsanlegg

Det planlegges ett heldekkende talevarslingsanlegg for bygg 17. Sentralutstyret for talevarslingsanlegget skal plasseres i 19" rack løsning i *teknisk rom*. Betjeningspanel med brannmansmikrofon plasseres ved brannalarmanleggets brannmanspanel.

Talevarslingssystemet skal som et minimum tilfredsstillende følgende krav:

- Krav gitt i IEC-norm. 849, NS-EN 457 og NS-ISO 8201
- Meldingene skal kunne gis på flere språk der dette er aktuelt.
- Evakueringsmelding, stor alarm, skal kunne aktiveres manuelt fra front av enhet, og automatisk hvis to detektorer går i alarm eller manuell melder brukes.
- Liten alarm som ikke blir kvittert, skal automatisk gå over i stor alarm etter en valgfri periode (etter samråd med brannvesenet) på 0,5 til 5 min.
- Seksjonering for varsling til flere overvåkte høyttalersoner.
- Utgangseffekten skal dekke omfanget av høyttalere, og anlegget skal ha mulighet for utvidelse.
- Strømforsyningsenhet og batteri skal dimensjoneres for samme nøddriftstid som brannsentralenheten.

Høyttaler for varslingssignal og talemeldinger skal tilfredsstillende følgende normer og krav:

- Ved stor alarm og evakuering skal varslingssignalet iht ISO-8201 kunne oppfattes av alle, slik som ved bruk av tradisjonelle alarmorganer.
- I rømningsveier, fellesområder og andre arealer som er definert som primærområder, bør taletydeligheten iht IEC-849 med STI > 0,45 legges til grunn. (Primærområder er rom eller områder der høyttalere er plassert og hvor talemeldingen med letthet kan høres, sekundærområder er rom eller områder uten egen høyttaler.)

Høyttalere skal være for takmontasje innfelt.

I arealer uten himling som for eksempel trappeløp tillates bruk av hornhøyttalere.

Det skal monteres utvendige høyttalere i tilknytning til inn-/utganger av bygget. Utvendige høyttalere koples ut når anlegg er i nattstilling.

Meldinger som benyttes ved talemeldinger skal tilpasses beredskapsplan.

3.5.13 Alarm og signalsystemer

Kursopplegg

Det er medregnet kursopplegg for kommunikasjon og nettverk mellom toppsystem, nettverkskontrollere og alle enheter på undersentralnivå.

Kursopplegg for kommunikasjon mellom undersentraler og alle øvrige komponenter og utstyr skal tilkobles kontrollanleggets bussystem.

Det skal medtas kursopplegg for kontroll og overvåkning av alle elektrotekniske anlegg og VVS-tekniske systemer som skal kobles opp mot SD-anlegg.

Buss-system

Krav til systemet er gitt i eget premissnotat "Anvisning Automatiseringsanlegg".

3.5.14 Andre Installasjoner

Heiser

Det skal leveres tre nye sengeheiser i bygget. En dobbel heisgruppe er plassert innvendig for betjening av sengetransport mellom etasjene og en enkel heis ved inngang med forbindelse til bro fra parkeringshus og helikopterdekk.

En av heisene vil få utgang til forskjellige sider mens heis nr. 2 og 3 vil få utgang til samme side i alle etasjer.

Det er ikke planlagt heismaskinrom, heismaskin plasseres i heissjakt.

Transportanlegg for småvarer mv.

Nye ørpoststasjoner i bygg 17 med tilknytning til eksisterende rørpostanlegg i bygg 4 er medregnet her. Følgende avdelinger vil få tilknytning til rørpostsystemet:

- 1.etg. akuttmottak: 2 stk nye mottaks- og sendestasjoner for rørpost A og B.
- 1.etg. bygg 4: Eksisterende stasjoner skal flyttes og tilpasses rominndelingen i arealer som omfattes av rehabilitering i bygg 4.
- 2.etg. operasjon: Eksisterende rørpoststasjoner i bygg 4 skal benyttes.
- 3.etg. intensiv. Mottaks- og sendestasjoner for rørpost A, B og D.

3.5.15 Utendørs elanlegg

Alt utvendig kabelanlegg skal utføres som røranlegg i grøft. Reserverør med trekketråd er medtatt ellom bygg.

Videre er det medtatt graving av kabeltraseer for følgende:

- Inntakskabler mellom bygg 7 og nettstasjon i bygg 5
- Utvendig belysning

Stikkontakter

Det skal monteres utvendige stikkontakter for håndverktøy, høytrykksspylere m.m. ved hovedinngang og bi-inngang.

Lys

Foran hovedinngangen til akuttmottaket samt arealer rundt bygg 17 skal ha belysning. Anlegget skal tilfredsstillende krav til lysforhold angitt av Selskap For Lyskultur.

Utvendig skal ha følgende belysning:

- Inngangspartier
- Området nærmest bygningen (se LARK tegninger)
- lys langs fasadene
- lys over hovedinngang og biinngang
- utvendig miljøbelysning

Belysningen skal tilpasses belysningen av tilstøtende arealer.

Fotocelle/manuell/ur: Utebelysningen styres over releer med fotocelle, men med mulighet for manuell og ur styring. Lysanleggene integreres i SD anlegget.

3.6 Byggeplass og riggforhold

Byggeplassen ligger tett på dagens akuttmottak, og tomten er relativt trang. Da akuttmottaket skal være i drift gjennom hele byggeperioden, stilles det store krav til plassering av rigg og organisering av byggeplassen. Uhindret tilkomst til akuttmottaket i hele byggeperioden vil være et ufravikelig krav i gjennomføringen.

De trange tomteforholdene vil medføre at en del av riggområdet må plasseres i avstand fra selve byggeplassen.

3.7 Tverrfaglige løsninger

3.7.1 Brann

Innledning

Nytt akuttmottak blir et tilbygg til eksisterende Sentralblokk (bygg 4) og vil ha forbindelse til Kirurgen (bygg 7) og gangbro for transport fra helikopterlandingsplassen. Eksisterende akuttmottak i bygg 4, samt arealer i forbindelse med gangbro til Kirurgen i bygg 7 vil i den forbindelse bygges om, men i mindre grad. Gangbro for transport fra helikopterlandingsplassen legges noe om og kommer inn på plan 2 i tilbygget. Endringer på plan 2 postoperativ og intensiv i Sentralblokk endrer ikke den branntekniske inndelingen slik den fremstår i dag.

I etterfølgende tekst beskrives overordnede branntekniske ytelseskrav i henhold til kapittel 11 i Byggeteknisk forskrift av 2010 (TEK10).

Grunnlag

Norconsult har tidligere vært engasjert i forbindelse med et rokadeprojekt og en ROS-analyse ved Ullevål som begge har involvert bygg 4 og bygg 7. Disse endringene og erfaringene tas med videre i prosjekteringen av nytt akuttmottak inkl endringer i eksisterende arealer som berøres av tiltaket.

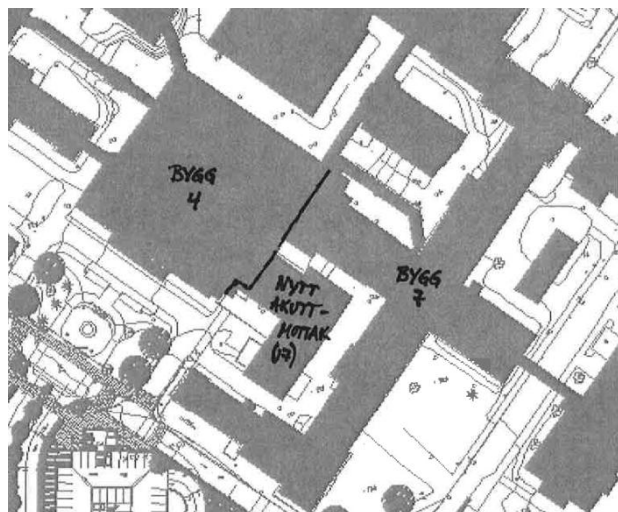
Underlagsdokumenter for fastsetting av branntekniske ytelseskrav

Tabell 1: Underlagsdokumenter

| Dokument | Datert(e) | Revisjon | Utarbeidet av |
|--|------------|----------|---------------------------------|
| Planer fra Revit-modell: 44000_Bygg04.rvt | 2011-01-25 | - | NSW Arkitekter & Planleggere AS |
| Planer fra Revit-modell: 44000_Bygg07.rvt | 2011-01-19 | - | NSW Arkitekter & Planleggere AS |
| Planer fra Revit-modell: 44000_Bygg17.rvt | 2011-01-25 | - | NSW Arkitekter & Planleggere AS |
| Landskapsplan | | | Norconsult AS |
| ROS analyse brann sikkerhet Bygg 04, Sentralblokk | 2006-09-20 | - | Norconsult AS |
| ROS analyse brann sikkerhet Bygg 07, Kirurgen | 2006-09-20 | - | Norconsult AS |
| BG09 - Ombygging Akuttmottak del 1, med tilhørende branntegning | 2008-01-11 | 1 | Norconsult AS |
| BG09 - Ombygging Akuttmottak fase 2, med tilhørende branntegning | 2008-02-29 | - | Norconsult AS |

Regulerende krav

Veiledningen til TEK10 er ikke ferdig, midlertidig utgave av 2010-10-28 legges til grunn inntil endelig veiledning er klar rundt årsskiftet. For eksisterende deler i bygg 4 og bygg 7 som påvirkes av tiltaket legges § 31-2 i Plan- og bygningsloven til grunn for den branntekniske prosjekteringen. Eksisterende deler søkes oppgradert til dagens krav innenfor en praktisk og økonomisk forsvarlig ramme i henhold til § 2-1 i Forskrift om branntforebyggende tiltak og tilsyn.

Oversikt bygninger

Figur 6: Oversikt eksisterende bygninger og nytt akuttmottak

Nytt akuttbygg er et tilbygg til bygg 4 med overgang til bygg 7 og skal utgjøre en egen brannseksjon.

Beskrivelse av eksisterende bygningsmasse

Sentralblokken (heretter kalt SB), bygg 4, er fra ca 1994, har grunnflate på ca 3400 m², 2 etasjer + kjeller, hovedsakelig bygget i stål og betong. SB er bygget sammen med bygg 3, 5 og 7. Bygningen har automatisk brannalarmanlegg, ledesystem og er sprinklet. SB er forberedt for en eventuell påbygging av 2 etasjer.

Kirurgen, bygg 7, eldste del er fra ca 1920 og den delen som direkte blir påvirket skal tilpasses gangbro fra nytt tilbygg er fra ca 1940. Kirurgen har grunnflate ca 4900 m², 5 etasjer + kjeller og loft, hovedsakelig bygget i tegl og betong, med takkonstruksjon i tre. Kirurgen er bygget sammen med bygg 4, 5, 6, 8, og 9. Bygningen har automatisk brannalarmanlegg, ledesystem og er delvis sprinklet.

Eksisterende gangbro for transport av pasienter fra helikopterlandingsplassen til akuttmottaket flyttes noe og kommer inn i nytt tilbygg på plan 2.

Norconsult AS gjennomførte i 2006 en ROS analyse av brannsikkerheten i bygningsmassen ved Ullevål. I korte trekk er det for SB konkludert med at branncelleinndelingen er tilfredsstillende, tilfredsstillende rømningsveier, ubrennbare overflater, lav spredningsfare i innvendige hjørner og fasade, noen mangler i forhold til brannklassifiserte dører. For Kirurgen er det konkludert med at branncelleinndelingen er relativt god, branncellebegrensende dører har stort vedlikeholdsbehov for å fungere i henhold til intensjonen, det er mangler på enkelte dører som ikke innehar brannklasse og selvlukkere som ikke er montert/fjernet. Det er angitt at sikring av trapperom og skiller mellom bygninger må utbedres straks. Relativt gode rømningsveier, stort sett ubrennbare overflater, men svakheter/fare for storbrann på loft dog lav risiko knyttet til faren for brannspredning i fasaden forøvrig.

Beskrivelse av nytt tilbygg - Akuttmottak

Nytt akuttmottak (tilbygg) er planlagt i 3 etasjer + kjeller, areal pr plan ca 800 m², seksjonert fra eksisterende bygningsmasse. Tiltaket forberedes for en eventuell

påbygging av 2 etasjer. I kjeller er det planlagt tekniske rom og tilleggsarealer, på plan 1 er det akuttfunksjoner, plan 2 operasjonsavdeling og plan 3 intensivavdeling.

Eksisterende gangbro for transport fra helikopterlandingsplassen bygges noe om og kommer inn på plan 2. Ny gangbro fra tilbygg til bygg 7 utføres som korridor og føyes til eksisterende rømningsvei i bygg 7.

Branntekniske ytelseskrav

Risiko-/brannklasse

Kjeller skal inneholde tilleggsdel/tekniske rom, mens plan 1-3 skal i hovedsak inneholde mottak, operasjonsstuer, sengerom, 3 isolater, mindre møte-/samtalerom og kontorer.

Med bakgrunn i bruk skal kjeller utføres i risikoklasse 2 og plan 1-3 i risikoklasse 6.

Bygg i 3-4 etasjer i risikoklasse 6 kan plasseres i brannklasse 2. Med bakgrunn i byggets plassering, bruk og nabobyggenes tilstand plasseres bygget i brannklasse 3, dette som et kompensierende tiltak. Dette er også i tråd med ønsket om tilrettelegging for eventuell påbygging av 2 etasjer.

Eksisterende bygninger faller inn under samme risikoklasse/brannklasse.

Bæreevne og stabilitet

Bærende hovedsystem i brannklasse 3 skal dimensjoneres for å ha tilfredsstillende bæreevne og stabilitet gjennom et fullstendig brannforløp.

Krav til brannmotstand bæresystem:

- hovedbæresystem R90 A2-s1,d0 [A90]
- sekundærbæresystem R60 A2-s1,d0 [A60]
- trappeløp R30 A2-s1,d0 [A30]

Sikkerhet ved eksplosjon

Bygget skal inneholde anlegg for medisinske gasser. Oksygen (fra sentralt anlegg) skal benyttes i arealene og det vil bli noe oppbevaring av flasker i avdelingene. Slik lagring og eventuell fare for eksplosjon må vurderes nærmere.

Tiltak mot brannspredning mellom byggverk

Nytt akuttmottak/tilbygg er planlagt utført som egen brannseksjon, seksjonert fra Sentralblokken og Kirurgisk. Spesifikk brannenergi antas å være under 400 MJ/m². Minimum brannmotstand for seksjonerings skiller er REI 120-M A2-s1,d0 [A120]. Dører i seksjonerings skiller skal minimum ha samme brannmotstand som veggen og utføres med selvlukker. Eventuelle vinduer i seksjonerings skiller må ha brannmotstand EI 120 [A 120].

Brannceller / dører / vinduer

Rom med ulik bruk og brannbelastning skal som hovedregel utgjøre egne brannceller. Som utgangspunkt skal følgende deler utføres som egne brannceller med brannmotstand minimum EI60 A2-s1,d0 [A60]:

- rømningsveier, se også under pkt "Rømningsvei" for arealer i og i tilknytning til rømningsvei
- trapperom
- sengerom
- grupper av operasjonsstuer
- grupper av rom med spesielt behov for åpenhet
- grupper av kontorer
- lager
- tekniske rom, herunder også rom for røntgen/CT og trykkvakter
- sjakter og hulrom
- kulverter, forbindelse til andre bygg, sikres i henhold til seksjoneringskravet

Branncelleinndelingen i akuttmottaket er ikke endelig avklart. Bruk av røykskillende konstruksjoner E30 må fraviksvurderes der dette overstiger 50 m².

Dører/luker og vinduer i branncellebegrensende konstruksjoner skal utføres med samme brannmotstand som veggen, henholdsvis EI₂ 60-S_a [B 60] for dører/luker og EI 60 [A 60] for vindu/vegger. Vinduer må ikke kunne åpnes i vanlig brukstilstand.

Dører til og i rømningsvei kan utføres med følgende brannmotstand:

- Branncelle - korridor: EI₂ 30-S_a [B 30]
- Korridor - trapperom Tr2: E 30-CS_a [F 30 S]

Behovet for åpenhet og bruk av skyvedører medfører at krav til brannmotstand og røyktetthet for dører ikke er oppfylt, dørløsning må fraviksvurderes.

Trapperom, heissjakter (som ikke er del av trapperom) og tekniske sjakter over mer enn 2 plan skal røykventileres.

Trapperom Tr2 kan gå til kjeller, forutsatt at det er brannsluse mellom trapperom og øvrige brannceller i kjeller. Brannsluse og korridor i forbindelse med trapperom Tr2 skal ha avtrekksventilasjon i alle plan.

Materialer og produkters egenskaper

Overflater i alle deler skal ha ytelser som minimum tilfredsstillende brannklasse B-s1,d0 [In 1] for vegger, tak, sjakter og hulrom. Gulv skal minimum ha brannklasse D_{fl}-s1 [G].

Kledning i brannceller som ikke er rømningsvei skal minimum ha brannklasse K₂10 B-s1,d0 [K1] og i rømningsvei minimum brannklasse K₂10 A-s1,d0 [K1-A].

Himling må ikke bidra til økt fare for brannspredning, skal minimum ha brannklasse B-s1,d0 [In 1] og et opphengssystem med dokumentert brannmotstand minimum 10 minutter.

Isolasjon skal tilfredsstillende brannklasse A2-s1,d0 [ubrennbar/begrenset brennbar].

Utvendige overflater og kledninger skal ha minimum brannklasse B-s3,d0 [Ut1].

Taktekkingen må minimum tilfredsstillende brannklasse BROOF(t2) [Ta].

Tekniske installasjoner

Ventilasjonsanlegget skal gå ved brann, men ikke bidra til brann og røykspredning via kanalnett eller i forbindelse med gjennomføringer i branncellebegrensende konstruksjoner. Anlegget skal forsyne den brannseksjonen det står i og ikke bryte brannseksjonerings skiller. Ventilasjonssystem skal utføres i materialer som tilfredsstillende A₂-s1,d0 [ubrennbare materialer]. Detaljprosjektering for styring/drift av ventilasjonssystem ved brann anbefales utført i samråd med RIBR, da spesielle behov til for eksempel overtrykk i enkelte arealer kan påvirke drift/rømningsveier i en brannsituasjon.

Gjennomføringer av tekniske installasjoner i vegger, dekker og tak skal ikke svekke konstruksjonenes brannmotstand. Gjennomføringer skal kun utføres i henhold til godkjente løsninger. Herunder også rørpost.

Rør og kanalisolasjon skal tilfredsstillende minimum klasse A2L-s1,d0 eller ha minst samme klasse som de tilgrensende overflatene.

Strømforsyning til anlegg som forutsettes å ha funksjon under brann, må beskyttes for minimum 60 minutter.

Rømning og redning

Generelt skal rømningsveier være utformet slik at rømning og redning er tilfredsstillende ivaretatt. Det skal tas hensyn til funksjonsevne for de som oppholder seg i bygget, tilstrekkelig tid inkl. sikkerhetsmargin, bredde, utforming, merking osv.

Tiltak for å påvirke rømnings- og redningstider:

Tilbygget skal sprinkles i henhold til NS-EN 12845 med hurtigutløsere (QR - quick resposn) sprinklere for beboelsesrom og tilhørende rømningsveier.

Trapperom Tr2 skal ha utgang direkte til det fri eller via mellomliggende rom (korridor/sluse) til det fri.

Tilbygget skal ha brannalarmanlegg kategori 2 og utført i henhold til NS-EN 54 - Brannalarmanlegg - Del 1-25, med optiske røykdetektorer i alle områder. Brannpaneler plasseres på egnet sted i alle plan. Det stilles krav til talevarsling ved OUS. Alarmorganisering må vurderes særskilt og i samråd med Brannvernseksjonen og Sikkerhet ved OUS. Romnummerering skal ha 7 siffer og gjenspeiles på o-planer og i brannmannspanel.

Tilbygget skal ha ledesystem som fungerer i minimum 60 minutter etter utløst brannalarm eller ved strømbrudd. Viser til NS 3926 Visuelle ledesystemer for rømning i byggverk. Del 1, 2 og 3.

Det er krav til evakueringsplan for bygget. Dette må utarbeides særskilt.

Installasjoner som har betydning for rømnings- og redningsinnsats, samt slukkeutstyr og lignende skal merkes.

Utgang fra branncelle

Fra branncelle skal det være utgang til sikkert sted, utgang til to uavhengige rømningsveier eller én utgang til rømningsvei med to alternative uavhengige rømningsretninger. Det skal i tillegg være minst ett åpningsbart vindu, som tilfredsstillende kravet til rømningsvindu og som er tilgjengelig for brannvesenets høyderedskaper. Slik forskriften med veiledning nå foreligger, vil det ved høyder mer enn 12 meter til underkant vindu, være behov for å dokumentere dette særskilt. Tilsvarende gjelder ved eventuell påbygging av 2 etasjer.

Isolater på plan 3 har ikke atkomst til rømningsvei med to uavhengige rømningsretninger. Det må tilrettelegges for evakuering av isolater via takterrasse og inn via oppholdsrom for personal. Fraviket må dokumenteres.

Dør til rømningsvei skal prosjekteres/utføres slik at den sikrer rask rømning. Herunder må det vurderes slagretning, bredde, avstand til utgang, låsesystem, forrigling av dører til brannalarmanlegget og lignende.

Branncelle som ikke ligger mellom to trapperom, kan ha inntil 7 m "blindkorridor" til nærmeste trapperom.

Maksimal lengde på fluktvei er 25 meter i risikoklasse 6. Det skal minimum være atkomst til to trapperom Tr2. For risikoklasse 2 er maksimal fluktvei 50 meter og i arealer med kun sporadisk opphold kan rømning foregå via annen branncelle.

Utganger fra brannceller må plasseres hensiktsmessig, dimensjoneres med minimum 1 cm fri bredde pr. person, dog ikke mindre enn 90 cm eller påkrevet bredde for transport av senger og bruk av rullestol.

Dør i rømningsvei må lett kunne åpnes slik at den er enkel å bruke for alle personer og må tilfredsstillende kravet til tilbakerømning. OBS! Arealer i kjeller (risikoklasse 2) der rømning kan foregå via annen branncelle.

Rømningsvei

Rømningsvei utføres slik at den på oversiktlig og lettfattelig måte føre til sikkert sted.

Arealer på inntil 20 m² kan være del av rømningsvei, dette gjelder for eksempel vaktrom/-resepsjon. Inntil 50 m² kan være en del av rømningsvei når arealene er sprinklet og skilt fra rømningsvei med brannmotstand minimum E 30.

Forelagte planløsning, plan 3 overstiger preaksepterte løsning med hensyn til arealer som del av rømningsvei (inntil 20 m²) og arealer skilt med E30-konstruksjon fra rømningsvei (inntil 50 m²). Forholdene må dokumenteres.

Avstand fra dør i branncelle til nærmeste trapp/sikkert sted (annen brannseksjon) kan være inntil 30 meter. Korridor med lengde mer enn 30 meter deles med dør E 30-CSA [F30S] med innbyrdes avstand maksimum 30 meter.

Fri bredde i rømningsvei må være minimum 1,2 m eller påkrevet bredde for transport i seng/rullestol og skal ikke ha innsnevring. Dører må ha samme fri bredde som kravet til rømningsveien.

Dører i rømningsvei for risikoklasse 6 må kunne åpnes med ett grep og uten bruk av nøkkel. Dører som har større åpningskraft enn 20 N må ha åpningsautomatikk.

Valg av typer dører (for eksempel skyvedører), låsesystem/nattlåser, åpningsautomatikk og lignende må vurderes særskilt.

Tilrettelegging for manuell slokking

Det skal være brannslanger som dekker alle arealer. Disse får ikke plasseres i annen brannseksjon eller i annet røykskille enn det arealet de skal dekke, ei heller i trapperom/sluse. Maks lengde pr. slange er 30 meter. Brannslanger får ikke plasseres slik at de må trekkes gjennom selvlukkende dører.

OUS har i tillegg krav til håndsløkke av type skum eller CO₂ i arealene. Håndsløkkere lokaliseres sammen med brannslangeskapene. Det må i tillegg vurderes om det er behov for annet egnet slokkeutstyr i forhold til bruk av arealene. Slokkeutstyr skal være merket og i henhold til NS-EN 3-7 Brannmateriell.

Tilrettelegging for rednings- og slokkemannskap

Det skal være god tilgjengelighet til, rundt og i bygget for rednings- og slokkemannskap. Tabellen under angir dimensjonerende tall for brannvesenets tilgjengelighet til bygget.

Tabell 2: Dimensjonerende tall for brannvesenets tilgjengelighet

| | |
|---|--|
| Kjørebredde, minst | 3,5 meter |
| Biloppstillingsplass for maskinstige (bredde) | 5.5 meter |
| Stigning, maks | 1:8 (12,5 %) |
| Fri kjørehøyde, minst | 4 meter |
| Svingradius (ytterkant vei) | 13 meter |
| Akseltrykk | 10 tonn |
| Boggitrykk | 16 tonn |
| Punktbelastning støtteben | 19 tonn (belastningsflate 60cm x 60cm) |

Det er planlagt innkjøring under gangbroen for stigebil og atkomst til hovedinngangen. Det er ikke tilgjengelighet med maskinstige til fasaden i deler av tilbygget som grenser mot bygg 7. Forutsatt at høyden til underkant vindu ikke overstiger 12 meter er det tilstrekkelig med atkomst via håndholdte stiger. Høyder over 12 meter og ved eventuell påbygging av etasjer vil det, slik forskriften med veiledning foreligger i dag, være behov for å gjøre en fraviksvurdering for dette.

Det er avholdt avklaringsmøte med brannvesenet mandag 22. november 2010.

Takkonstruksjon og hulrom skal være lett tilgjengelige for inspeksjon og utformes slik at de ikke bidrar til brannspredning.

Brannvesenet skal ha tilgang til slokkevann, minimum 50 l/s fordelt på to uttak. Det er planlagt etablert ny brannkum i forbindelse med tiltaket.

Det må utarbeides orienteringsplaner ved brannalarmanleggets betjeningspaneler. I hovedangrepsvei skal orienteringsplanen inneholde informasjon om all nødvendig informasjon av betydning for slokkeinnsatsen. Det være seg brannteknisk oppdeling, rømningsveier og angrepsveier, slokkeutstyr, branntekniske installasjoner og informasjon om særskilte farer. Alt utstyr av betydning for brannvesenets innsats skal merkes tydelig.

Konklusjon / anbefalte tiltak

Nytt akuttmottak bygges som egen brannseksjon med grenseflate mot bygg 4, ny gangbro til bygg 7 og eksisterende gangbro for transport fra helikopterlandingsplassen. I hovedsak velges preaksepterte løsninger. Bruken av arealene og behovet for åpenhet gjør det nødvendig å tilpasse den branntekniske oppdelingen i brann- og røykceller. I grenseområder mellom gammelt og nytt vil det kunne være behov for å gjøre tilpasninger. Eventuelle tilpassningene er ikke kartlagt og vurdert. Endringer i eksisterende deler skal prosjekteres og utføres i henhold til TEK10 så langt det er mulig innenfor en praktisk og økonomisk forsvarlig ramme.

Endelig plassering av seksjoneringsskille, samt forholdet til gangbro for transport fra helikopterlandingsplassen må avklares. Faren for brannspredning fra én brannseksjon til annen brannseksjon må vurderes særskilt. Se vedlagte branntegninger.

I forbindelse med utarbeidelse av brannsikkerhetsstrategi for tiltaket, må det utarbeides utfyllende dokumentasjon for eventuelle fravik fra preaksepterte ytelser.

Det anbefales at det i byggefasen avklares eventuelle behov for tilpassninger og vurderinger slik at løsningene som velges kan dokumenteres å tilfredsstille lovverkets forventning til personsikkerhet, slokkemannskapets sikkerhet og materiell sikkerhet. Eiendomsavdelingen og Brannvernseksjonen må tas med på råd i forhold til valg av løsninger og tilpassninger til eksisterende systemer og bygg.

3.7.2 Miljø, forurensning

Det henvises til utarbeidet Miljøsaneringsrapport i vedlegg 10.

I forbindelse med de ombyggingsarbeidene for nytt akuttmottak ved Ullevål sykehus vil det genereres store mengder avfall. Riveavfallet kan potensielt inneholde store materialressurser, som ved korrekt håndtering kan utnyttes på ny.

I forprosjektet for de planlagte rehabiliterings- og ombyggingsarbeidene er det foretatt en miljøkartlegging i de deler av bygningsmassene som skal rehabiliteres og bygges om, samt for de deler som er planlagt revet. Dette er gjennomført etter kravene i Byggteknisk forskrift § 9-7.

En slik kartlegging er en systematisk gjennomgang av bygningsmassen for å identifisere helse- og miljøfarlige bygningsmaterialer som er brukt. På bakgrunn av miljøkartleggingen er det utarbeidet en miljøsaneringsbeskrivelse som angir mengde og lokalisering av de påviste forekomstene av helse- og miljøfarlige stoffer. Det blir også opplyst om hvilke krav som gjelder for miljøsanering av forekomstene.

Andre forhold er medtatt der de er observert, men disse er ikke kartlagt i detalj.

Det er gjort begrensede funn av bygningsdeler og konstruksjoner med innhold av helse- og miljøskadelige stoffer i områdene som skal bygges og rives om:

- Det skal fjernes ftalatholdige vinyl gulvbelegg og gulvlister fra ombyggingsarealene i bygg 4 og 7, samt i brakkeriggen.
- Cellegummi med innhold av bromerte flammehemmere og antimonforbindelser finnes på enkelte rørledninger i kjelleren i bygg 4, og er antatt å finnes i noe omfang over himlinger i øvrige etasjer, og stedvis i brakkeriggen. Det er stedvis observert PUR isolasjon som kan inneholde fluorgasser i forbindelse med rørgjennomføringer over himlinger i bygg 4. Keramiske fliser på badetrom og våtrom i ombyggingsområdene i bygg 4 inneholder bly og sink i konsentrasjoner som gjør at disse er farlig avfall.
- Av andre forekomster av helse- og miljøfarlig avfall, ble det kun registrert EE-avfall. EE-avfallet inkluderer blant annet lysarmaturer, sparepærer, nøddlysskilt, røykvarslere og kjølemøbler.

Dette er kun en kort oppsummering av de viktigste funnene som er beskrevet i miljøsaneringsbeskrivelsen, se vedlegg 10. Denne beskriver i detalj angivelse av mengder, lokalisering av forekomster og hvilke krav som gjelder for miljøsanering.

Miljøsanering skal gjennomføres som første del av rive- og rehabiliteringsdelen av et prosjekt. Miljøsanering og riving skal gjennomføres i henhold til krav gitt i miljøsaneringsbeskrivelsen til bygningen. I henhold til Byggt teknisk forskrift § 9-6 skal det bli gjort en rivemasseberegning og utarbeidet en avfallsplan for rivingen av bygningen. Bygningsdeler som inneholder helse- eller miljøfarlig stoff skal saneres, sorteres ut og leveres til godkjent avfallsmottak, slik det er beskrevet i miljøsaneringsrapporten og avfallsplanen.

Ombyggingen er omfattende og vil innebære fjerning av en ulike bygningsmasser og komponenter med innhold av helse- og miljøskadelige stoffer. I forbindelse med ombyggingsprosjektet så kan det være hensiktsmessig å benytte miljøfaglig oppfølging.

Bygget skal prosjekteres med tanke på redusere byggeavfall mest mulig på byggeplass. Det må utarbeides program for rent og tørt bygg, samt krav til sortering og gjenvinningsgrad for avfall på byggeplassen som må følges tett opp, for å sikre måloppnåelse.

3.7.3 Universell utforming

Planleggingen av bygget er basert på kravene til Universell Utforming av byggverk slik de fremkommer i ny forskrift, TEK10. Bygget inneholder tunge sykehusfunksjoner som intensivavdeling, operasjon og akuttmottak. Hensynet til virksomhetskrav vil i noen tilfeller kunne komme i konflikt med kravene til universell utforming, dette vi bli redegjort for ovenfor plan- og bygningsetaten dersom slike forhold oppstår.

3.8 FDV-dokumentasjon

Oslo Sykehusservice (OSS) er i ferd med å oppdatere sine krav til FDV-dokumentasjon. Prosjektets dokumentasjon vil bli utarbeidet i henhold til disse kravene. Prosjekteringen gjennomføres basert på BIM og det vil være en fortløpende dialog med OSS i forhold til nødvendige tilpasninger til FDV-dokumentasjonen som er så langt er basert på tradisjonelle DAK tegninger.

3.9 Myndighetsbehandling

Byggeprosjektet gjennomføres i henhold til revidert byggeforskrift TEK10 og er søknadspliktig i henhold til Plan- og bygningsloven.

Rammesøknad er innsendt.

Ullevål sykehus omfattes av landsverneplanen for sykehusbygg. Byggeplanene er oversendt riksantikvaren som har godkjent tiltaket.

4 Forprosjekt utstyr

4.1 Forprosjektdokumentasjon

Kalkylen er basert på det romtall og -typer som framgår av forprosjektets tegninger. Alle rom er lagt inn i planleggingsdatabasen dRofus med aktuelt utstyr for funksjonen. Videre er kalkylen basert på de grensesnitt som er avklart og avtalt med PG mht budsjettansvar. Utstyrsomfanget har vært gjennomgått med den opprinnelige brukergruppen og da først og fremst om det mest kostnadskrevenende utstyret og funksjonene. I tillegg har det vært en enkelt gjennomgang med traumeteamet.

Utstyrsomfanget er kontrollert mot andre tilsvarende enheter i arealprosjektene og fra andre prosjekter utenom OUS som St Olav i Trondheim og nytt dag- og thoraxkirurgisk senter ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

4.2 Utstyrbehov

Utstyrbehovet innenfor hvert av funksjonsområdene er kort beskrevet nedenfor.

Akuttmottaket er i den nye delen utstyrt omtrent som i dag for tilsvarende rom. Den vesentligste forskjellen er traumeenheten med både CT og angiografiutstyr. Disse to rommene alene står for omlag en femtedel av den totale utstyrs kostnaden.

Operasjonsavsnittet er utstyrt som andre moderne operasjonsenheter. Dette innebærer bl.a. at det er tatt med bildestyring i de nye stuen. Kostnaden for et slikt system er ca 6 millioner kroner. I samsvar med den eksisterende operasjonsenheten (SOP) er et operasjonsbordsystem lagt til grunn. To av operasjonsstuen er planlagt for robot for endoskopi, men utstyrsanskaffelsen er ikke inkludert i kalkylen. En robot er forutsatt overført fra Aker. Alle stuen er utstyrt med endoskopirack, da stuen bl.a. skal benyttes til gastro- og urologisk kirurgi. Kirurgiske instrumenter er ikke med i kalkylen, dels fordi dette vanligvis regnes som driftskostnad og ikke prosjektkostnad og dels fordi det forutsettes at den virksomheten det skal bygges for har de instrumentene det er behov for.

Postoperativ enhet er utstyrt som tilsvarende enheter på OUS for øvrig. Dagens postoperative enhet har fire respiratorer. Disse forutsettes benyttet videre.

Intensivenhetene er også utstyrt som tilsvarende andre enheter. Respiratorer er forutsatt overflyttet fra Aker.

Sterilsentralen krever noe utvidet kapasitet for å ivareta vasking fra de nye operasjonsstuen. Utstyr i den forbindelse inngår i kalkylen. Utskifting av autoklaver gjennomføres som en egen anskaffelse, og kostnader i den forbindelse berører således ikke dette delprosjektet.

Fordelt på de enkelte utstyrgrupper foreligger følgende kalkyle:

| Utstyrskategori (grupper) | 1.000 kroner | |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Ex mva | Inkl mva |
| Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | 72.000 | 90.000 |
| Grunnutrustning (GRU) | 2.000 | 2.500 |
| Inventar og møbler (INV) | 2.000 | 2.500 |
| Datautstyr (ITU) | 1.000 | 1.250 |
| Sum | 77.000 | 96.250 |

4.3 Samordning med annet utstyrbehov

Samordning av utstyrbehovet mot andre enheter er lagt til grunn for kalkylen. Dette gjelder i størst grad for operasjonsenheten, hvor spesielt operasjonsbord men helst også anesthesiapparater, pasientovervåkingsutstyr og noe annet utstyr bør være likt i gammel og ny enhet. For de andre enhetene er det av større utstyr først og fremst pasientovervåkingsutstyr som bør samordnes. Røntgenutstyret i akuttmottaket vil i tillegg til egne behov også bli benyttet av intensivenheten (CT) og hjerteavdelingen (angiografi).

Innkjøp vil i stor grad bli samordnet med andre delprosjekter.

4.4 Anskaffelse av utstyr

Der hvor det foreligger rammeavtaler eller opsjoner vil disse bli benyttet. For det mest kostnadskrevende utstyret foreligger det ikke rammeavtaler eller opsjoner. Dette utstyret må derfor anskaffes ved nye anbudskonkurranser, som søkes samordnet for flere delprosjekter.

Anbudskonkurranser for større utstyr er tidkrevende, med opptil 9 måneder fra forespørsel til leveranse. Det er derfor viktig at arbeidet med dette tar til så snart som mulig etter godkjenning av forprosjektet.

5 Prosjektkostnader og økonomi

5.1 Prosjektkostnader og forslag til byggebudsjett

Prosjektet er kostnadsberegnet av prosjekteringsgruppen og entreprenøren i et samarbeid i samhandlingsfasen. Samhandlingsfasen er ikke avsluttet, og det arbeides videre med å søke kostnadsbesparende løsninger. I samhandlingsfasen er det lagt vekt på å vurdere livsløpskostnader ved valg av løsninger. Dette medfører i enkelte tilfelle at løsninger med lavest investeringskalkyle ikke er valgt. Kalkylens oppbygging er vist i vedlegg 3. Der fremkommer hvilke mengder og enhetspriser som er lagt til grunn.

Det er gjennomført en tredjepartskontroll av byggkalkylen (ikke utstyr), med en uavhengig beregning basert på samme tekniske grunnlag. Denne beregningen avviker lite mht. den totale kostnaden, selv om det er forskjeller i enkelte av postene.

Forventet total kostnad (P50) er **378** mill. kroner inkl. mva men uten prisstigning, hvorav utstyr utgjør 100 mill. kroner.

5.2 Usikkerhetsvurdering

Prosjekteringsgruppen har gjennomført en usikkerhetsanalyse av kostnads-kalkylen for byggearbeidene. Se vedlegg 5. For å bringe kalkylen opp på et 50/50 sannsynlighetsnivå (forventet kostnad), er det ved å foreta trippelanslag på kalkylen for alle fag beregnet et forventet tillegg til basiskalkylen med 21 mill. kroner inkl. mva. Dette omfatter også hendelsesusikkerheter med tilhørende trippelanslag.

For å angi et 85/15 sannsynlighetsnivå er basiskalkylen og trippelanslagene behandlet gjennom en "Monte-Carlo"-simulering. Dette gir et tillegg på 16 mill. kroner inkl. mva. ut over forventet kostnad på 378 mill. kroner, totalt 394 mill. kroner.

5.3 Muligheter for kostnadsreducerende tiltak

Det er gjort en vurdering av hvilke kostnadsreduksjoner som vil kunne oppnås ved å redusert omfang av rom/ funksjoner. Vesentlige innsparinger kan kun oppnås gjennom reduksjon av areal, fortrinnsvis ved at funksjoner tas ut. Det er liten mulighet for å redusere nybyggets areal betydelig uten at dette går ut over funksjonaliteten. Det vil imidlertid være mulig å gjennomføre reduksjoner i ombyggingsarealet dersom noen funksjoner tas ut. Dette vil kunne omfatte:

2.etasje

- Det tilrettelegges ikke for mulig utvidelse av operasjonskapasitet fra 4 til 6 stuer.
- Akuttmottaket planlagte nye angiolab/hybridstue flyttes opp til 2. etasje i frigjort areal med direkte heisforbindelse fra mottaket.
- Øvrig frigjort areal ombygges til desinfeksjons-/ pakkerom for klargjøring av sterilgods som skal autoklaveres i sterilsentralen.

1.etasje

- Arealer frigjort ved flytting av angiolab/ hybridstue benyttes til resuscitasjonsrom.
- Frigjorte arealer etter flytting av resuscitasjonsrom benyttes til retriageringsrom
- Arealer i eksisterende akuttmottak beholdes uendret med unntak av inngang/ resepsjon.

Underetasje

- Sterilsentralen ombygges ikke, nødvendig vaske-/ pakkekapasitet er etablert i 2. etasje

Disse kostnadsreducerende tiltakene vil få store behandlings- og driftskonsekvenser, og vil kreve en betydelig replanlegging av prosjektet. De vil også medføre en høy risiko for underdimensjonering av operasjonskasiteten.

Ut over eventuell innsparing i ombyggingsarealer har Medisinsteknisk virksomhetsområde foretatt en vurdering av mulige sparetiltak mht. utstyrsanskaffelser. Det er nedenfor angitt prisanslag for kostbart utstyr som eventuelt ikke installeres, eller installeres senere:

Traumeoperasjon angio

Tiltak: Ikke utstyre rommet.

Konsekvens: Verken angiografier eller "hybridinngrep" kan utføres i akuttmottaket.

Beløp: 10 mill. kr inkl. mva.

Undersøkelse CT

Tiltak: Ikke utstyre rommet

Konsekvens: CT-undersøkelser kan ikke utføres i akuttmottaket

Beløp: 10 mill. kr inkl. mva.

Operasjonsstuene

Tiltak: Ikke utstyre en eller flere av stuene.

Konsekvens: Redusert eller utsatt overføring av virksomhet til Ullevål.

Beløp: 5 mill. kr inkl. mva per stue.

Bildestyring operasjon

Tiltak: Ikke kjøpe/installere, men kun forberede for dette.

Konsekvens: Stuene blir ikke "state of the art" på dette området slik de aller fleste nye stuer som bygges i dag.

Beløp: kr 1 mill. kr inkl. mva per stue.

Øvrige muligheter

En hardere kostnadsprioritering av det utstyrsforslaget som foreligger kan gi en innsparing på mellom 3 og 5 mill. kroner inkl. mva. Dette vil kunne føre til dårligere funksjonalitet og i tillegg kunne innebære at utstyr må anskaffes fra andre leverandører. Artikler det kan være aktuelt å se på er bl.a. intensivsenger, type og antall pasientovervåkingsenheter, endoskopirack, dekontaminatorer/vaskemaskiner og anestesiapparater.

5.4 Driftsøkonomiske konsekvenser og gevinstrealisering

De arealene som fraflyttes ved Aker relatert til dette delprosjektet utgjør ca 2000 m² (akuttmottak, PO og Intensiv). Gevinsten ved denne reduserte arealbruken vil oppnås ved utleie eller salg av en samlet eiendomsmasse ved Aker. Selv om gjennomføringen av dette delprosjektet er en forutsetning for nedleggelse av døgnvirksomheten ved Aker, synes det uriktig å tillegge fremtidige inntekter fra utleie eller salg av all eiendomsmasse ved Aker som gevinst i en økonomisk vurdering av dette delprosjektet. Den totale eiendomsmassen ved Aker utgjør ca. 90 tusen m².

Den driftsøkonomiske effekten av dette delprosjektet isolert sett er heller ikke relevant som underlag for beslutning om realisering. Den samlede økonomiske effekten av de planlagte samlokaliseringer og flyttinger for å realisere styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF må legges til grunn ved en økonomisk vurdering av delprosjektet. En samlet driftsøkonomisk beregning kan ikke gjennomføres før det foreligger mer detaljerte planer for de totale samlokaliseringer og flyttinger.

5.5 Finansiering og likviditetsbehov

Ved innmelding til langtidsbudsjettet for 2012 er det lagt inn 378 mill. kroner til delprosjektet. Forslag til finansiering inngår i leveranse av økonomisk langtidsplan, der delprosjektet er en del av "dag 4" investeringer på 1 500 mill. kroner.

I vedtaket fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 07.07.2011, sak 054-2011, der idé-og konseptfaserapporten ble behandlet, står det i punkt 5 at "Utbyggingen finansieres midlertidig med tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å konvertere hele eller deler av tilskuddet til et rentebærende langsiktig lån i løpet av byggeperioden eller senest ved ibruktakelse av bygget."

Delprosjektet har følgende foreløpig anslåtte likviditetsbehov i mill. kroner basert på kostnadskalkylens forventningsverdi (P50):

| År | Byggearbeider | Utstyr | Totalt |
|------|---------------|--------|--------|
| 2011 | 20 | 0 | 20 |
| 2012 | 110 | 30 | 140 |
| 2013 | 110 | 60 | 170 |
| 2014 | 40 | 10 | 50 |

6 Plan for videre gjennomføring

6.1 utfordringer, suksess og risikohåndtering

Delprosjektets hovedutfordringer er:

- Byggearbeider ved et sykehus i drift; med ansatte, besøkende og pasienter
- Mange interessenter/grupper, både under prosjektering, bygging og drift
- Komplekse tekniske anlegg i nybygg
- Sikkerhet for drift av tekniske anlegg i eksisterende bygg
- Krevende riggforhold

Suksesskriterier:

- Delprosjektet har nådd sine effektmål, i henhold til foretakets ønskede tiltand for funksjonene
- Delprosjektet har nådd sine prosjektmål, i henhold til avtalte projektrammer

Suksessfaktorer:

- God prosjektledelse
- God planlegging
- Kontroll på utfordringer
- Kontroll på usikkerheter
- Motiverte grupper (byggherre, brukere, prosjekteringsgruppe, entreprenører)
- Kunnskapsoverføring fra andre lignende prosjekter

Usikkerheter og risikoer kartlegges ved tett samarbeid mellom byggherren, brukere, prosjekteringsgruppen og entreprenører. Det er til nå gjennomført ulike type møter og tiltak:

- Prosjektmøter mellom prosjekt-, prosjekterings- og entreprenørledelsen
- Prosjekteringsmøter
- Arbeidsmøter mellom prosjekterende og entreprenører
- Tverrfaglige gjennomganger
- Høringsmøter med presentasjon av prosjektet for byggherre og brukere
- Risiko- og sårbarhetsanalyse med byggherre og brukere, basert på foretakets egne akseptkriterier

6.2 Strategi for byggearbeidene

Sykehus i drift

Byggingen skal foregå i et meget sårbart område for sykehusets daglige drift. Eksisterende akuttmottak skal være i døgnkoninuerlig drift i hele byggeperioden, og gjennomføring av byggearbeidene må tilpasses denne driften.

Broforbindelse

Før byggestart skal eksisterende broforbindelse fra helikopterdekke over parkeringshuset ved Kirkeveien endres/ombygges og tilpasses det kommende nybygget. Dette skal ferdigstilles tidligst mulig, slik at pasienter kan transporteres inn fra helikopterplassen via broen i byggefasen.

Hovedinngang

Sykehusets hovedinngang i bygg 4 beholdes uendret i byggeperioden, men adkomstvei til hovedinngangen blir midlertidig omlagt.

Ambulansemottak

Dagens ambulanssemottak ligger i området for nybygget, og det vil være behov for etablering av et midlertidig ambulanssemottak på forsiden av bygg 4. Dette skal skjermes mot hovedinngangen og byggeplassen, og planleggingen av byggeplass/riggområde skal til en hver tid være utformet ut fra det uforvarende kravet om god adkomst til midlertidig akutthinngang.

Riving

Riving i eksisterende bygg vil bli detalprosjektert av prosjekteringsgruppen. Det er utarbeidet egen rapport for miljøsnering og riving.

Ombygginger

Deler av 1. og 2. etasje i bygg 4 skal ombygges, samt tilpasses til tilknytningssonen mellom eksisterende bygg og nybygg. Disse arbeidene skal foregå etter at nybygget er ferdigstilt.

I hele byggeperioden skal nødvendig drift av tekniske anlegg i eksisterende bygg sikres.

Utstyr

Bygg- og brukerstyr koordineres mellom prosjektledelsen, brukere, MTV, eiendomsavdelingen og prosjekterings- og entreprenørgruppen. Byggutstyr inngår i hovedentreprisen, mens det for brukerstyr gjennomføres egne anskaffelse.

6.3 Tidsplan

I den foreliggende tidsplanen for gjennomføring av delprosjektet er det forutsatt at endelig godkjenning av forprosjektet med utbyggingsvedtak foreligger innen 15.10. 2011.

Tidsplanen inneholder følgende hovedmilepæler:

- 20.11.2011 Start forberedende arbeider
- 20.02.2012 Start arbeid i byggegrop
- 20.06.2013 Nybygg fysisk ferdigstilt
- 10.10.2013 Nybygg overtakelse
- 15.04.2014 Ombygging overtakelse

Fremdriftsplanen vil bli videre bearbeidet i samhandlingsfasen med entreprenøren, med siktemål å oppnå en raskest mulig gjennomføring av delprosjektet.

6.4 Entreprisen og kontrahering av byggearbeid**Anskaffelse**

Anskaffelse av totalentreprenør er gjennomført i henhold til lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 (LOA) og forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) av 7. april 2006 nr. 402. Konkurransen ble gjennomført som begrenset anbudskonkurranse etter forskriftens del I og del III. Ved denne prosedyreformen kan alle interesserte entreprenører sende en forespørsel om å delta i konkurransen. Konkurransen ble kunngjort i DOFFIN-databasen og i TED-basen.

Ni selskaper søkte om deltakelse i anbudskonkurranse, hvorav to ble funnet kvalifisert. Etter at konkurransegrunnlaget var sendt til disse, meldte et av selskapene at det ikke ville levere anbud.

Anbud ble mottatt 01.06.2011. Siden det forelå kun ett anbud, kan det etter Lov om offentlige anskaffelser, være grunnlag for å avlyse konkurransen. I så fall kan man gå videre på en av tre måter:

1. Avlyse konkurransen, kunngjøre på nytt og gjennomføre ny konkurranse. Dette tar lang tid og var av den grunn lite aktuelt. I tillegg var det svært usikkert hvilket resultat dette ville gi.
2. Avlyse konkurransen og gjennomføre ny konkurranse ved forhandling. Det ville da vært naturlig å invitere begge de firmaene som ble prekvalifisert. Dette ville også ta tid, og det var tvilsomt om det firmaet som trakk seg fra konkurransen ønsket å delta, med mindre det ble gjort endringer i konkurransegrunnlaget. Dette er det svært begrenset adgang til etter loven.
3. Det ble derfor besluttet å fullføre konkurransen ved å anta det anbudet som forelå.

Det er inngått kontrakt med valgt entreprenør for samspillfasen. Byggherren har opsjon på gjennomføring av totalentreprise; prosjektering og utførelse. Det vil bli utarbeidet egen kontraktsdokumentasjon for dette.

Med et slikt opplegg har man kommet raskt i gang uten en større økonomisk forpliktelse før endelig godkjenning blir gitt. Byggherren vil bestille byggearbeidene utført når forprosjektet er godkjent.

Avtale/kontrakt

For både samspills- og utførelsesfasen legges NS 3431 til grunn, med endringer som framgår av konkurransegrunnlaget.

6.5 Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på byggeplass

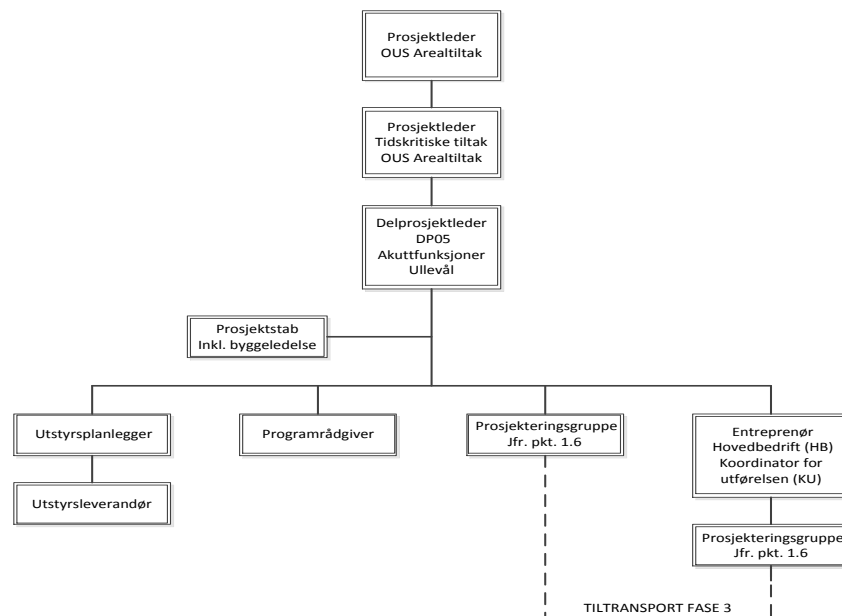
Det legges stor vekt på helse, miljø og sikkerhet i prosjektet. Alle arbeider skal planlegges og gjennomføres uten ulykker, skader eller tap på person, materiell eller miljø. Byggeprosessen skal planlegges, organiseres og kontrolleres i henhold til intensjoner og regler i forskrift om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygge- og anleggsplasser (byggherreforskriften).

Roller i byggherreforskriften er ivaretatt som følger:

Avtaler i henhold til byggherreforskriften:

- Koordinator for prosjekteringen (KP) - Norconsult AS ved egen saksbehandler.
- Koordinator for utførelsen (KU) – entreprenør.
- Hovedbedrift (HB) – entreprenør.

Prosjektets organisasjonskart med SHA-funksjoner:



Alle prosjekterende fagenheter skal gjennomføre egne risikovurderinger. Disse tas med av hver enkelt i videre prosjektering, men blir også en del av en felles risikovurdering.

Det er gjennomført en tverrfaglig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) mht. uønskede hendelser som kan oppstå i forbindelse med byggearbeidene og sykehus i drift, spesielt for ansatte, besøkende og pasienter. Tiltak i denne blir ivaretatt i den videre planleggingen.

Det er utarbeidet en overordnet HMS-plan. Denne vil videreutvikles av koordinator for prosjekteringen i samarbeid med byggherre, prosjekteringsgruppen, koordinator for utførelsen og entreprenør, og skal bygge på restrisikoer fra faglige risikovurderinger og tiltak i ROS-analysen som nevnt over.

6.6 Kvalitetssikring og ferdigstillelse

Alle foretak benytter seg av byggherrens styrende dokumenter, som for eksempel prosjekteringsanvisninger, leverandørspesifikasjoner, rutiner etc.

Kvalitetssikring byggherre

Byggherren benyttes seg av eget KS-system.

Kvalitetssikring prosjekteringsgruppe

Kvalitetssikringen av prosjekteringen følger følgende systemer:

- Alle følger sine egne foretaks rutiner.
- Det gjennomføres tverrfaglig kontroll;
 - i prosjekteringsmøtene
 - i interne arbeidsmøter mellom fagene
 - i egne møter for tverrfaglig kontroll
 - i egne møter for løsningsgjennomganger

Kvalitetssikring entreprenør

Ansvar for kvalitet tilligger prosjektleder. Kvalitetsleder for prosjektet er prosjektleders støttespiller. Kvalitetsleder er organisert under entreprenørens kvalitetsavdeling, men inngår i prosjektorganisasjonen. Kvalitetsleder skal bidra i prosjektet med både forebyggende arbeid, kontroll av utførelse og kontroll av internkontrollsystemet hos underentreprenører og leverandører.

Det ble stilt følgende krav til entreprenørens KS-system i konkurransegrunnlaget:

- Entreprenøren skal ha et implementert og dokumentert system for kvalitetssikring for å sikre at arbeidene utføres i henhold til gjeldende lover og forskrifter, samt kontraktens krav.
- Entreprenørens kvalitetssystem skal tilfredsstillere relevante krav i ISO 9001:2000 samt "Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid" (Internkontrollforskriften), fastsatt ved kgl. res. 6. desember 1997 med ikrafttredelse 1. januar 1997.
- Entreprenøren er ansvarlig for å vurdere, verifisere, akseptere og revidere kvalitetssystemene til sine underentreprenører / underleverandører.

Effektiv ferdigstillelse

For å sikre en effektiv ferdigstillelse planlegges denne fasen tidlig. Det er utarbeidet egne premissgivende dokumenter for opplæring av brukere, teknisk personell og systemansvarlige, retningslinjer for hvordan FDV skal utarbeides (i tillegg til byggherrens egne krav) og idriftsettelse og testing.

Prosjektet skal også ha en teknisk integrator for å sikre integrering av tekniske grensesnitt og sørge for at man oppnår en helhetlig funksjonalitet på tvers av tekniske

systemer og kontrakter. Teknisk integrator har en koordinerende rolle i prosjektet for å sikre det funksjonelle samspillet mellom integrerte tekniske anlegg fungerer som forutsatt. Teknisk Integrator skal sørge for koordinering av løsninger for tekniske systemer og sørge for at nødvendige grensesnitt og løsninger avklares i rett tid slik at planlagt fremdrift kan følges.

6.7 Prosjektorganisering

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

Det har både i idéfasen og forprosjektfasen vært en omfattende brukermedvirkning. Dette videreføres i samspillfasen, med fokus på detaljering av løsningsvalg og kostnadsreducerende utforming.

Medisinskteknisk virksomhetsområde (MTV) vil i samråd med brukere spesifisere utstysbehovene og vurdere gjenbruksmuligheter, samt forestå anskaffelse av utstyr. Dedikerte personer i MTV vil utføre dette under delprosjektleders ledelse.

Utrykte vedlegg

- Vedlegg 1: Plan-, snitt- og fasadetegninger i målestokk 1:200
- Vedlegg 2: Hovedtidsplan
- Vedlegg 3: Kostnadskalkyle
- Vedlegg 4: Utstysrliste
- Vedlegg 5: Usikkerhetsanalyse
- Vedlegg 6: ROS-analyse
- Vedlegg 7: Branntekniske ytelseskrav
- Vedlegg 8: Premissnotat - geoteknikk og grunnforhold
- Vedlegg 9: Datarapport grunnundersøkelser
- Vedlegg 10: Premissnotat - miljøsanering og riving
- Vedlegg 11: Miljøsaneringsbeskrivelse
- Vedlegg 12: Tiltaksplan forurenset grunn
- Vedlegg 13: Premissnotat - energi
- Vedlegg 14: Notat- dokumentasjon energi og energikarakter
- Vedlegg 15: Premissnotat - akustikk
- Vedlegg 16: Premissnotat - spesialrom
- Vedlegg 17: BIM krav og gjennomføringsmetodikk
- Vedlegg 18: Premissnotat - fremdrift og rekkefølge, hensyn til sykehus i drift
- Vedlegg 19: Premissnotat - brukerutstyr

Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

Vår referanse:

11/00575-6

Deres referanse:

Dato:

21.09.2011

Saksbehandler:

Birger Stamsø, +47 934 55 657


Oslo universitetssykehus HF - utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål

Helse Sør-Øst RHF viser til vedtaket i sak 054-2011 i styret i Helse Sør-Øst RHF, hvor det framlagte forprosjektet for utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål ble godkjent. Som grunnlag for godkjenningen forutsatte styret at det ble gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med de regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer – ref. pkt. 3. i vedtaket.

Basert på orienteringen om den foreløpige versjonen av revidert forprosjekt som ble gitt i møte 15.09.2011, vil Helse Sør-Øst RHF kunne anse denne forutsetningen som oppfylt, primært ved reduksjon av antall nye operasjonsstuer fra 4 til 6.

Helse Sør-Øst RHF forutsetter at saken oversendes oss for endelig godkjenning etter behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør

Atle Brynestad
konserndirektør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans og
Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

1. Forprosjektrapport (Delprosjekt DP05 Akutfunksjoner Ullevål) datert 21.09.2011 (utrykt)
2. Brev av 21.09.2011: Oslo universitetssykehus HF – utvidet kapasitet for akutfunksjoner på Ullevål. Brev av 21.09.2011: Oslo universitetssykehus HF - utvidet kapasitet for akutfunksjoner på Ullevål

SAK 101/2011

**BESLUTNINGSSAK
UTVIDET KAPASITET FOR AKUTTFUNKSJONER
PÅ ULLEVÅL – FORSLAG TIL FORPROSJEKT**

Forslag til vedtak

1. *Styret tar til etterretning at de forhold som er tatt opp av Helse Sør-Øst RHF med hensyn til utnyttelse av kapasitet for akutfunksjoner ved Ullevål sykehus, bl.a. av operasjonsstuer, er hensyntatt i planleggingen av økt akuttvirksomhet ved Ullevål, jf forprosjektrapport av 21.09.2011.*
2. *Styret godkjenner forslaget til forprosjekt med en kostnadsramme (eksklusive verdi av tomt og byggelånsrenter) på henholdsvis 378 mill kroner (P50, dvs 50 pst sikkerhetsnivå) og 394 mill. kroner (P85, dvs 85% sikkerhetsnivå) og ber administrerende direktør legge dette til grunn for videre planlegging, kontraktsinngåelse og gjennomføring av prosjektet.*
3. *Styret ber administrerende direktør framsende forprosjektet og forslag til kostnadsramme for endelig behandling i Helse Sør-Øst RHF.*
4. *Styret gir fullmakt til administrerende direktør til å inngå avtale om byggearbeidene med totalentreprenør for å gjennomføre prosjektet, når godkjennelse av forprosjektet i Helse Sør-Øst RHF foreligger.*

5. *Styret forutsetter at prosjektet gjennomføres i samsvar med omtalen i styresak 100/2011 og forprosjektrapport av 21.09.2011 og ber om å bli orientert om status for prosjektet og kostnader under byggeperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges fram for styret på et egnet tidspunkt etter at prosjektet er slutført.*

Oslo, den 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Et av de mest tidskritiske tiltakene for å kunne overføre dagens døgnvirksomhet fra Aker sykehus til Ullevål sykehus, er å øke kapasiteten i "akutfunksjonene" ved Ullevål. Dette omfatter akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ- og intensivsenhet.

Behovet for kapasitetsøkning i akuttmottaket genereres av både medisinsk og kirurgisk aktivitetsoverføring fra Aker sykehus. Behovet for økt operasjonskapasitet omfatter i all hovedsak urologi, gastrokirurgi og ortopedi.

Etter behandlingen av idé- og konseptfaseutredning i styremøte 31.03.2011 i Oslo universitetssykehus HF ble utredningen oversendt Helse Sør-Øst RHF, med anmodning om at den kunne legges til grunn for utarbeidelse av forprosjekt. Helse Sør-Øst RHF styrebehandlet saken 07.07.2011. Styret godkjente det fremlagte prosjektet for utvidelse av akutfunksjoner på Ullevål sykehus, men forutsatte at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med de regionale premisser.

08.07.2011 behandlet styret i Oslo universitetssykehus HF forslag til forprosjekt. Styret tok forprosjektet til etterretning, men ba administrerende direktør komme tilbake med et bearbeidet prosjekt med sikte på vedtak om gjennomføring av byggearbeidene.

Forslag til forprosjekt som nå foreligger er en bearbeiding av tidligere forprosjekt, der Helse Sør-Øst RHF sin forventning om utvidet "åpningstid" (fra 8 til 10 timer) ved operasjonsstueene er hensyntatt. Det er gjort ved at det er redusert fra 6 til 4 stuer, samtidig som de spesielle behovene for urologistuer er ivaretatt. For å overføre urologi fra Aker sykehus anses det som et minimum i første omgang å etablere 3 stuer for urologi. I tillegg prioriteres en smittestue. Reduksjon av antall stuer fra 6 til 4, reduserer prosjektkostnad med ca. 10 mill. kroner. Det er lagt til rette for videre innredning av to operasjonsstuer, når behovet viser at det er nødvendig.

Økt åpningstid for operasjonsstuer kan imidlertid føre til behov for endringer i avtaleverk dersom ikke driftskostnadene ved en slik ordning skal bli urimelige. Løsning på dette vil en anta må skje uavhengig av dette byggeprosjektet, noe som innebærer en usikkerhet mht. den framtidige driftsøkonomien.

Helse Sør-Øst RHF har også ønsket en utdyping av behovet for intensivplasser, ut over hva som fremkommer i idéfaserapporten. Behovet for økt intensivkapasitet i tilknytning til akutfunksjonene, er ut fra dagens belegg anslått til 10 senger. Dette kommer i tillegg til dagens 17 intensivsenger. Overføring av aktivitet fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet vil kunne redusere presset på dagens intensivsenhet noe, men effekten av dette vurderes imidlertid nå å ville bli liten. Den framtidige kapasiteten blir i henhold til de foreliggende planene 26 intensivsenger i tilknytning til akutfunksjonene på Ullevål sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har ønsket en bekreftelse på at nytt akuttbygg på Ullevål sykehus inngår i en samlet arealplan for Oslo universitetssykehus HF. Det

arbeides med en samlet utviklingsplan for foretaket. I dette arbeidet kommer det fram gode arealløsninger både for utvikling til 2025 og vesentlig lenger framover. Det nye akuttbygget inngår som en del av den framtidige løsningen.

I brev av 21.09.2011 (vedlagt) bekrefter Helse Sør-Øst RHF at forprosjektet nå synes å være i samsvar med de regionale premissene for utnytting av kapasitet. Helse Sør-Øst RHF ber om få oversendt forslaget til revidert forprosjekt etter behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF for endelig godkjenning.

Ferdigstillelse av nybygget er iht. foreliggende tidsplan i juni 2013, med ibruktakelse i oktober. Etter at nybygget er tatt i bruk kan ombygging i eksisterende arealer starte, med sikte på ferdigstillelse i april 2014.

Forventet prosjektkostnad er 378 mill. kroner (50% sikkerhetsnivå), prisnivå medio 2011. Av dette utgjør utstyr 100 mill. kroner. En usikkerhetsanalyse i prosjektet viser at et sikkerhetsnivå på 85% forutsetter en kostnadsramme på 394 mill. kroner.

Ved innmelding til langtidsbudsjettet for 2012 er det lagt inn 378 mill. kroner til delprosjektet. Forslag til finansiering inngår i økonomisk langtidsplan, der delprosjektet er en del av "dag 4" investeringer på 1 500 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF har så langt varslet at det er vil bli stilt til disposisjon 600 mill kroner for nevnte investeringer fra og med 2010. Prosjektet vil bli finansiert innenfor denne rammen. Pt arbeides det med en prosjektportefølje med samlede anslåtte kostnader på 690 mill. kroner som er forutsatt finansiert av nevnte ramme. Dersom rammen ikke økes må deler av investeringene utgå eller finansieres av den ordinære investeringsrammen. Dette kan bli aktuelt for deler av utstyrsanskaffelsene.

Av styrevedtaket i Helse Sør-Øst RHF 07.07.2011 sak 054-2011, framgår det at:

Utbyggingen finansieres midlertidig med tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å konvertere hele eller deler av tilskuddet til et rentebærende langsiktig lån i løpet av byggeperioden eller senest ved ibruktakelse av bygget.

Ansvar for gjennomføring av prosjektet tillegges direktør for Oslo sykehusservice. Det etableres en egen styringsgruppe for prosjektet.

2. Tidligere styrevedtak i saken

Prosjektet er tidligere behandlet i styret den 17.02.2011 i sak 13/2011 og i møte 31.03.2011 i sak 24/2011. I sistnevnte sak gjorde styret følgende vedtak:

"Styret viser til vedtak i sak 13/2011 pkt. 1: "Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess."

"Med bakgrunn i den økonomiske utviklingen for Oslo universitetssykehus HF i 2011 ser styret det som vesentlig at videre prosess i denne saken sees i sammenheng med den økonomiske utviklingen inn mot økonomisk langtidsplan for perioden 2012-2015."

”For å sikre nødvendig beredskap for videre framdrift i prosjektet gir styret sin tilslutning til at administrerende direktør kan utlyse anbudskonkurranse for en totalentreprise i henhold til rapportens alternativ 4. Det tas forbehold om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.”

Etter dette ble utredningen oversendt Helse Sør-Øst RHF med anmodning om at den ble lagt til grunn for utarbeidelse av forprosjekt. Helse Sør-Øst RHF ba i brev av 23.05.2011 om tilleggsinformasjon på en del områder. Dette ble besvart i brev fra Oslo universitetssykehus HF 08.06.2011.

Saken ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 07.07.2011 i sak 054/2011. Styret godkjente det fremlagte prosjektet for utvidelse av akuttfunksjoner på Ullevål. I protokoll fra møtet fremgår bl.a. følgende vedtak:

”Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at god og effektiv ivaretagelse av lokal- og områdesykehusansvaret for Oslos befolkning er viktig i oppfølgingen av vedtaket i sak 108-2008. Styret legger videre til grunn at det er nødvendig å få etablert økt kapasitet for akuttfunksjonene på Ullevål så raskt som mulig for ikke å forsinke omstillingsprosessen i helseforetaket som helhet og for å ivareta akuttfunksjoner for lokal- og områdesykehusfunksjonen i Oslo sykehusområde. Styret godkjenner på denne bakgrunnen det fremlagte prosjektet for utvidelse av akuttfunksjoner på Ullevål i form av nytt akuttbygg, med utgangspunkt i det anbefalte alternativ 4.”

”Styret forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med de regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.”

”Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom å fremme dette prosjektet til beslutning før den samlede arealplanen er vedtatt, legger til grunn de arealmessige disposisjoner som følger av nytt akuttbygg på Ullevål i sitt videre arbeid.”

”Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne eventuelle endringer i prosjektets kapasiteter og endelig investeringskostnad.”

Forprosjektet ble behandlet i Oslo universitetssykehus HF styremøte 08.07.2011, Sak 81/2011, der det ble fattet følgende vedtak:

”Styret tar til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF har godkjent prosjektet som ble foreslått av Oslo universitetssykehus HF for utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål. Styret tar videre til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.

Styret tar det fremsendte forslaget til etterretning. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med et bearbejdet prosjekt med sikte på vedtak om gjennomføring av byggearbeidene, inkludert endelig fremdriftsplan, forslag til kostnadsramme og opplegg for finansiering.

Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør kan inngå avtale med totalentreprenør om en samhandlingsperiode med opsjon på gjennomføring av byggearbeidene når prosjektet er endelig godkjent.

Styret gir videre sin tilslutning til at nødvendige forberedende arbeider kan igangsettes, slik at gravearbeider for nybygget kan starte kort tid etter at et bearbeidet prosjekt er behandlet i styret.”

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Etter at opprinnelig forprosjekt var fremlagt for styret ble det inngått en ”samspillkontrakt” med entreprenør, der byggherre, prosjekteringsgruppe og entreprenør i fellesskap skal finne fram til optimale og kostnadseffektive løsninger. Effekten av dette så langt er lagt inn i forprosjektet.

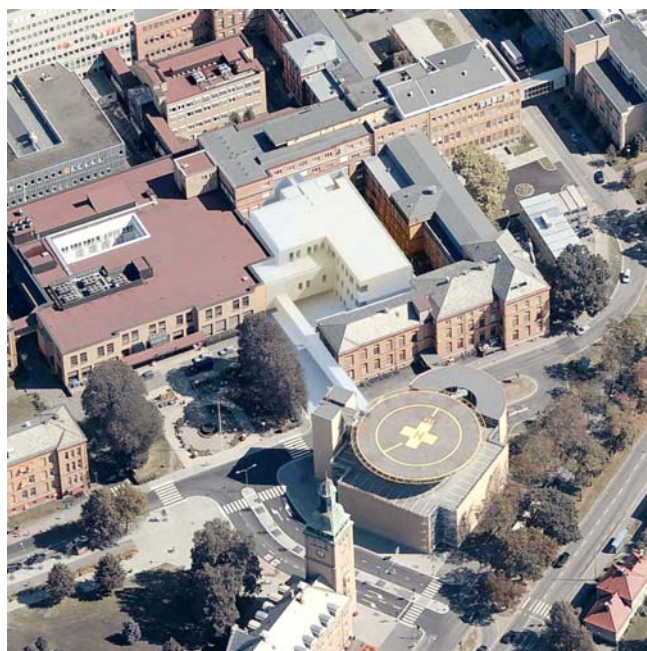
Videre har en fulgt opp de innspill som er kommet fra Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med behandling av idé- og konseptfaserapporten.

Realisering av prosjektet har vesentlig betydning for sykehusets videre utvikling, der samlokalisering og flytting av funksjoner er viktig del av strategien, særlig med sikte på avvikling av akutt- og døgnfunksjoner ved Aker sykehus. På denne bakgrunn haster det å få prosjektet realisert.

Med bakgrunn i ovenstående anser administrerende direktør prosjektforslaget som godt bearbeidet, og ber om fullmakt til å inngå kontrakt med totalentreprenør for byggearbeidene så snart godkjenning forligger fra Helse Sør-Øst RHF.

4. Faktabeskrivelse

I idéfasen ble det vurdert fire alternative løsningsmuligheter for utvidelse av kapasiteten ved akutfunksjonene. Anbefalt alternativ var primært et nybygg (bygg 17) i gårdsrommet mellom bygg 4 og bygg 7. Se illustrasjonen nedenfor.



Nybygget oppføres i tre etasjer og kjeller med utvidet akuttmottak i 1. etasje, operasjonsstuer i 2. etasje og intensiv i 3. etasje.

I eksisterende bygg 4 flyttes postoperativfunksjonen til dagens intensivarealer, og dagens postoperativarealer omdisponeres til en "lettpost" for intensivfunksjonen. Det økte behovet for postoperative plasser kan da løses med mindre bygningsmessige tilpasninger, siden sengearealet i dagens intensivenhet dekker behovet for postoperative plasser.

I sterilsentralen i kjelleren av bygg 4 utvides vaske- og pakkekapasiteten for å ivareta behovet fra de nye operasjonsstuene.

Akuttmottaket

Akuttmottaket er utformet med tanke på å etablere en tydelig og god trafikkseparering mellom de ulike pasientforløpene. For å frigjøre tilstrekkelig areal til nybygget, bygges det ny heis for transport av pasienter som ankommer sykehuset via broen fra helikopterlandingen.

Fra ambulansgården er det tre innganger til mottaket. Den ene inngangen leder direkte inn til akuttrom og traumestue, den andre inngangen leder inn til resusciteringsrommene, mens den tredje inngangen leder inn til triage-enheten.

Pasienter som kommer til mottaket på egen hånd henvender seg i hovedinngangen og blir derfra henvist til arbeidsbasen tilknyttet triage-enheten.

For å bedre pasientforløpene i mottaket etableres det en triage-enhet med tilhørende retriage-/observasjonsrom.

Deler av eksisterende akuttmottak ombygges til undersøkelses-/behandlingsrom og kontorer/personalrom.

En ny akuttstue er lagt med direkte forbindelse til ny CT lab og til traumestue/hybridstue med angiografilaboratorium.

To nye luftsmitteisolater er plassert i enden av nybygget. Det ene isolatet har direkte inngang utenfra slik at rommet kan brukes som NBC/ saneringsrom.

Operasjonsavsnittet

Operasjonsavsnittet er plassert i nybyggets 2. etasje og inneholder 4 nye operasjonsstuer, hvorav 1 av stuene er dimensjonert for robotkirurgi. Det er videre tilrettelagt 2 rom for eventuell etablering av flere operasjonsstuer, hvorav 1 stue for robotkirurgi. Infrastruktur er tilrettelagt for utrustning av disse romme til operasjonsformål, men utstyr og innredning for dette inngår ikke i forprosjektet.

De nye operasjonsstuene ligger i direkte forbindelse med eksisterende sentral operasjonsenhet i bygg 4 og fremstår som en utvidelse av denne.

Etableringen av nye operasjonsstuer øker arealbehovet i sykehusets sterilsentral. Det legges opp til at all vask av sirkulasjonsgods gjøres i sterilsentralen og ikke

desentralt i tilknytning til den enkelte stue. Dette gir en vesentlig arealbesparelse, men forutsetter tilpasninger i sterilsentralen.

Det pågår et eget prosjekt for utskifting av autoklavene i sterilsentralen.

Intensiv og postoperativ enhet

Intensivavsnittet er plassert i nybyggets 3. etasje. Intensivavsnittet består av 12 senger, hvorav to sengerom er bestykket og utformet som luftsmitteisolater.

Ved at det i nybygget etableres nye heiser, vil det bli direkte forbindelse fra det utvidede akuttmottaket til intensivavsnittet i 3. etasje.

Dagens intensivarealer i bygg 4 overtas av postoperativ enhet med etablering av 18-20 plasser.

Undervisning og forskning

Ved dimensjonering av de enkelte funksjoner og rom, er det tatt hensyn til at undervisning skal kunne foregå i nær tilknytning til virksomheten.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Direktør for fag og pasientsikkerhet

Vedlegg: Handlingsplan
Revisjonsrapport 3/2011
Vedlegg revisjonsrapport 3/2011

**SAK 102/2011: BESLUTNINGSSAK
 REVISJON AV BEHANDLINGSREISER**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret tar rapport 3/2011 om revisjon av tilskuddsordning for behandlingsreiser til utlandet til etterretning.*
- 2. Styret legger til grunn at foretaket følger opp de fremlagte tiltakene som beskrevet i handlingsplanen og ber om status senest i rapport for tredje tertial 2011.*

Oslo, den 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Behandlingsreiser til utlandet er et fast tilbud til utvalgte diagnosegrupper. Oslo universitetssykehus HF forvalter tilskuddordningen som finansieres over statsbudsjettets kapittel 733 post 72. Helse- og omsorgsdepartementet stiller midlene til disposisjon for Helse Sør-Øst RHF som viderefører dem til Oslo universitetssykehus HF i det årlige oppdrags- og bestillerdokumentet. I Oslo universitetssykehus HF er forvaltningen av ordningen lagt til Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ved Seksjon behandlingsreiser.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har etter anmodning fra Oslo universitetssykehus HF gjennomført revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser. Formålet med revisjonen var å vurdere om tilskuddforvaltningen har hensiktsmessig intern styring og kontroll og er ivarett på en god måte, samt om tilskuddordningen er tilstrekkelig og hensiktsmessig utformet. Revisjonen har ikke omfattet vurdering av effekter for pasienter og samfunnet for øvrig, politiske prosesser og beslutninger, eller utforming og innhold i regelverk og styringsdokumenter.

Avslutningsmøtet for revisjonen var 26. april 2011, og revisjonsrapport fra konsernrevisjonen ble mottatt 8. august 2011.

Revisjonen har funnet forvaltningen hovedsakelig tilfredsstillende og det er ikke gjort funn som indikerer at tilskuddsmidlene brukes uriktig, eller at behandlingsstedene ikke er riktige mottakere av midlene. Revisjonen fremholder imidlertid også forhold hvor det er rom for forbedring og hvor tiltak bør vurderes, og enkelte forhold hvor tiltak bør iverksettes. Disse forholdene er:

| Undersøkte forhold | Funn vedrørende |
|---|---|
| Tilskuddsprosessen | <ul style="list-style-type: none"> Habilitet i tilskuddsordningen Papirjournaler og praksis med å frakte disse til behandlingsstedene |
| Tilsynsprosess | <ul style="list-style-type: none"> Tilsyn med behandlingsstedene |
| Støtteprosess/økonomi | <ul style="list-style-type: none"> God økonomistyring, herunder hensiktsmessige avtaler og god kontraktsoppfølging |
| Støtteprosess/anskaffelser | <ul style="list-style-type: none"> Konkurranse etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser for barneprogram reuma |
| Etablering av målsettinger og risikovurdering | <ul style="list-style-type: none"> Målformuleringer og styringsparametere Risikovurderinger |
| Tiltak for å ha styring og kontroll | <ul style="list-style-type: none"> Fullmakter og fullmaktsbruk |

En arbeidsgruppe i foretaket har arbeidet med funn og anbefalinger i revisjonen og det er utarbeidet en egen handlingsplan (vedlagt) som blir fulgt opp med konkrete tiltak, tidsfrister og ansvarlig for gjennomføring av forbedringer og lukking av avvik.

Administrerende direktør har i samråd med klinikk vurdert det som mest hensiktsmessig å overføre det forvaltningsmessige ansvaret til stab samhandling. Styret vil bli forelagt status senest i neste tertialrapportering.

Handlingsplan

| Konsernrevisjonens anbefalinger | Tiltak | Ansvar | Frist |
|--|---|--|------------|
| | Administrerende direktør har i samråd med klinikk vurdert det som mest hensiktsmessig å overføre det forvaltningsmessige ansvaret til stab samhandling | | 15.10.2011 |
| Det skal være fokus på habilitet i tilskuddsforvaltningen | Etisk retningslinje for habilitet i tilskuddsforvaltningen skal utarbeides og brukes i praksis. Retningslinjen vil bygge på Helseforetaksloven §5 gjeldende forvaltningslovens bestemmelser, herunder bestemmelser om habilitet | Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser med bistand fra Juridisk avdelingen | 01.10.2011 |
| Pasientinformasjon skal håndteres i samsvar med regelverk; 1. Kommunikasjon med behandlingsstedene via e-post skal ikke inneholde pasientinformasjon og identitet | Kommunikasjon med behandlingsstedene skal foregå via sikkerhetsmessige akseptable kanaler som ordinær postgang, kurer, kryptert telefaks eller at listene anonymiseres før de sendes pr. e-post Følgende prosedyrer i OUS skal etterleves, og løsninger som skal benyttes gjøres i samarbeid med IT-avd og seksjonen. Sikkerhetsinstruksen med følgende link http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/Print/PrintDocument.aspx?entityId=8931&printMethod=Html&template=A4_template.no.xml&process=1 og Bruk av e-post for kommunikasjon med og om pasienter http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/Print/PrintDocument.aspx?entityId=5542&printMethod=Html&template=A4_template.no.xml&process=1 | Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab) | Juli 2011 |
| Pasientjournaler skal håndteres i samsvar med regelverk; 1. Papirjournaler og praksis med å frakte disse til behandlingsstedene | Ved transport av papirjournaler skal det gjøres i lukkede konvolutter, og disse skal være i den merkantiles varetekt under hele reisen. Prosedyre for dette er utarbeidet. http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx?documentId=8946 | Seksjonsleder BHR /Kvalitesrådgiver SMK | Juni2011 |

Handlingsplan

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| | | | |
| Tilsyn med behandlingsstedene; Behandlingstilbudet og -/stedene skal være gjenstand for faglig oppfølging | Internrevisjonen Oslo universitetssykehus inkluderer tilsyn med behandlingsstedene i den årlige revisjonsplanen og organisere tilsynene i samarbeid med seksjon Behandlingsreiser. Tilsynene vil utføres som systemrevisjoner og funn rapporteres og følges opp etter HF's prosedyre | (Sentral stab) Leder Internrevisjonen (Kari Årdal Bjercke) | 01.10.2011 |
| Det skal være god økonomistyring, herunder hensiktsmessige avtaler og god kontraktsoppfølging | Budsjettoppfølging skal hver måned i seksjonen med eventuell økonomibistand. Senter for statlig økonomistyring sin veileder for tilskudsforvaltning skal gjøres kjent og benyttes i arbeidet | Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser og overordnet leder med bistand fra Økonomi- avdelingen | Umiddelbart |
| Konkurransen etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser for barneprogram reuma; Det skal være hensiktsmessige prosesser som bidrar til å sikre at lov og forskrift om offentlige anskaffelser etterleves | Avtale i forbindelse med Revma program barn konkurranseutsettes og kunngjøres i tråd med anskaffelsesreglene og OUS interne retningslinjer | Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser med bistand fra Innkjøpsavdelingen | Høst 2011 |
| Målformuleringer og styringsparametere; Det skal etableres et hensiktsmessig mål- og styringshierarki, og målparameter for virksomheten | Mål- og strategidokument skal være kjent, og ulike mål- og styringsparameter skal fastsettes og brukes aktivt for å sikre måloppnåelse. Resultatrapportering skal følge sykehusets ordinære måneds- og tertialrapportering | Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab) | Høst 2011 |
| Risikovurderinger; Det skal gjennomføres risikovurderinger | Seksjonen skal gjennomføre risikovurderinger av seksjonen som helhet og tilskudsforvaltningen særskilt. Risikovurderingene skal | Seksjonsleder Seksjon | Høst 2011 |

Handlingsplan


| | | | |
|--|---|---|------------|
| | følge OUS's praksis (3 ganger årlig ; en hovedvurdering og to oppdateringer) | Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab) | |
| Fullmakter og fullmaktsbruk; 1) Det etableres hensiktsmessig fullmaktsstruktur 2) Fullmaktsstrukturen skal etterleves i praksis | OUS fullmaktstruktur skal følges. Nødvendige tiltak ble umiddelbart gjennomgått og iverksatt. | Klinikkleder og Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser | 24.05.2011 |



Vedlegg

Rapport 3/2011

**Revisjon av tilskuddsordningen for
behandlingsreiser til utlandet**



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
5.8.2011

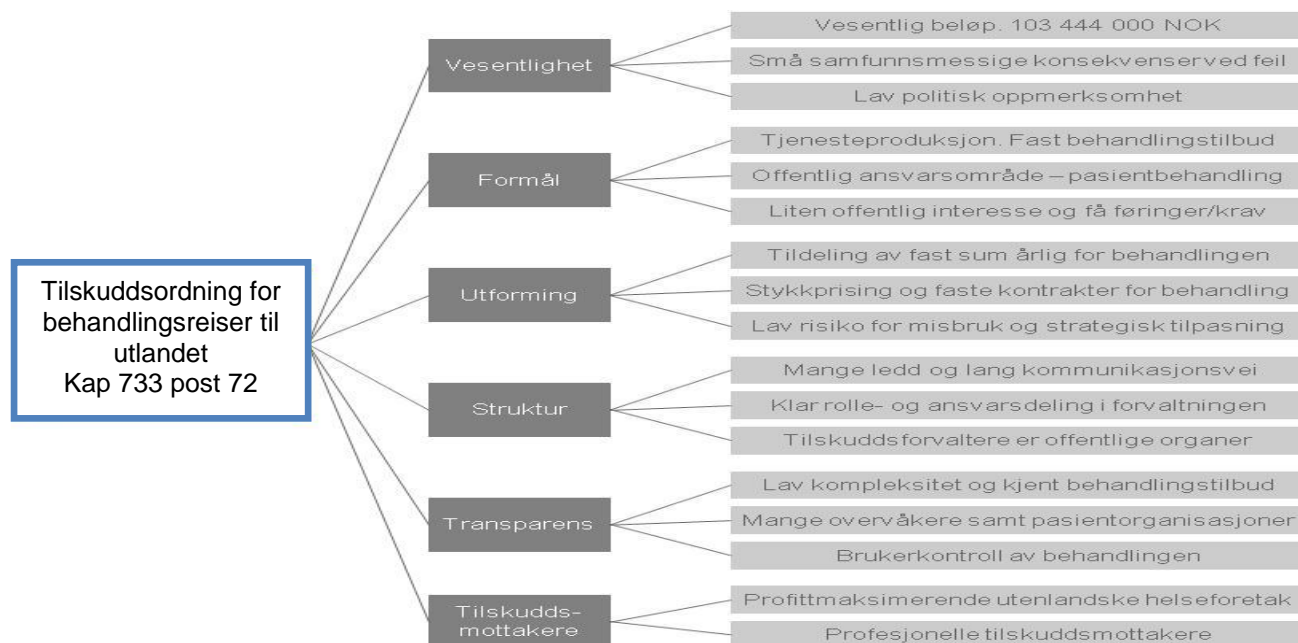
Innhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | TILSKUDDSORDNINGENS UTFORMING | 3 |
| 1.1 | BESKRIVELSE AV TILSKUDDSORDNINGENS UTFORMING | 3 |
| 1.2 | VESENTLIGHET | 3 |
| 1.3 | FORMÅL..... | 4 |
| 1.4 | UTFORMING | 4 |
| 1.5 | STRUKTUR | 4 |
| 1.6 | TRANSPARENS..... | 5 |
| 1.7 | TILSKUDDSMOTTAKERE | 6 |
| 2 | TILSKUDDSFORVALTNINGEN | 8 |
| 2.1 | BESKRIVELSE AV TILSKUDDSFORVALTNINGEN | 8 |
| 2.2 | STRUKTUR | 9 |
| 2.2.1 | <i>Vurderingskriterier.....</i> | <i>9</i> |
| 2.2.2 | <i>Observasjoner</i> | <i>9</i> |
| 2.2.3 | <i>Vurderinger og anbefalinger.....</i> | <i>12</i> |
| 2.3 | MENNESKER..... | 13 |
| 2.3.1 | <i>Vurderingskriterier.....</i> | <i>13</i> |
| 2.3.2 | <i>Observasjoner</i> | <i>13</i> |
| 2.3.3 | <i>Vurderinger og anbefalinger.....</i> | <i>14</i> |
| 2.4 | PROSESSER..... | 14 |
| 2.4.1 | <i>Vurderingskriterier.....</i> | <i>14</i> |
| 2.4.2 | <i>Observasjoner</i> | <i>15</i> |
| 2.4.3 | <i>Vurderinger og anbefalinger.....</i> | <i>25</i> |
| 2.5 | SYSTEMER..... | 27 |
| 2.5.1 | <i>Vurderingskriterier.....</i> | <i>27</i> |
| 2.5.2 | <i>Observasjoner</i> | <i>28</i> |
| 2.5.3 | <i>Vurderinger og anbefalinger.....</i> | <i>28</i> |

1 Tilskuddsordningens utforming

1.1 Beskrivelse av tilskuddsordningens utforming

Ved gjennomgangen av tilskuddsordningens utforming er det tatt utgangspunkt i figuren under og gitt beskrivelser av viktige elementer som bør hensyntas i en tilskuddsforvaltning. Dette vil bidra til å vurdere hvilket behov for styring og kontroll tilskuddsforvaltningen trenger og samtidig rette søkelyset på hvilke områder som bør forbedres.



Figur 1: Sentrale elementer for å beskrive og vurdere tilskuddsordningen

1.2 Vesentlighet

Behandlingsreiser til utlandet er en tilskuddsordning under statsbudsjettets kapittel 733 post 72. I 2010 ble det bevilget ca 103,4 mill kroner, mens det for 2011 er bevilget ca 105 mill kroner. Det krever god styring og kontroll for å sikre at øremerkede midler forvaltes på en forsvarlig måte i tråd med regelverk og føringer for ordningen.

Tilskuddsordningen ble etablert som en prøveordning i 1976, og etablert på fast basis fra 1995. Fra politisk hold, bevilgende myndigheter og pasientorganisasjoner har tilskuddsordningen tidvis vært gjenstand for diskusjon i forhold til faglige/prioriteringsmessige aspekter. Dette gjelder blant annet om ordningen omfatter de pasientgruppene som har størst behov og utvelgelse/prioritering mellom pasienter, og/eller om andre pasientgrupper bør inkluderes i ordningen, samt om behandlingstilbudet gir de ønskede effekter i forhold til ressursinnsats. Det er i dag lav politisk oppmerksomhet knyttet til behandlingsreiser. Behandlingsreiser er lite omtalt i media og nyhetsbildet.

Ved eventuelle feil og avvik fra etablert regelverk vil det ikke påføre samfunnet vesentlige konsekvenser. Hvis pasienter ikke får tildelt plass eller blir forhindret fra å delta i behandlingsopplegget, vil det ikke medføre store konsekvenser verken for pasienten eller samfunnet for øvrig.

1.3 Formål

Behandlingsreiser er et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper og kan derfor anses som regulær tjenesteproduksjon. Behandlingsreisene er et standardisert behandlingsopplegg for pasienter som skal være et supplement til annen behandling.

Behandlingsreiser er et offentlig ansvarsområde. Tilbudet omfatter profesjonell helsebehandling av flere diagnosegrupper som er underlagt statens ansvarsområde. I Norge stilles det krav til kvalitet i behandlingen av pasienter som også gjør seg gjeldende ved behandling av norske pasienter i utlandet.

Det er ikke utarbeidet styringsdokumenter utover NOU:2000 Behandlingsreiser til utlandet. Behandlingsreiser er ikke et særskilt tema i styringsdialog mot verken Helse Sør-Øst RHF (HSØ) eller i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Gjennom intervjuene er det bekreftet at det ikke er gitt særskilte føringer eller krav om formålet med tilskuddsordningen eller bruken av tilskuddsmidlene.

1.4 Utforming

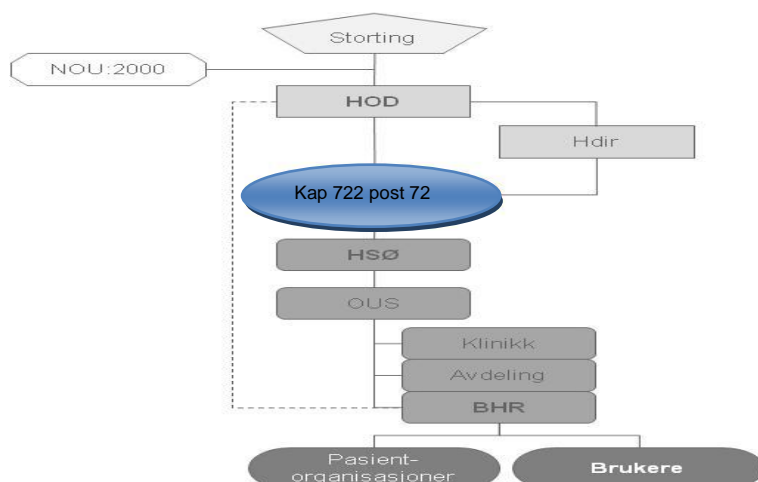
Behandlingsreiser tildeles en fast sum midler årlig som ut fra en behovsvurdering skal fordeles på mottakere innenfor fastsatte diagnosegrupper. Behovet for behandlingsreiser er forutsatt dekket gjennom det årlige tilskuddet. Det betyr at det ikke er en overslagsbevilgning hvor tilskuddet tilpasses eventuelle svingninger i behov. I dette ligger også at tilskuddsforvalter selv må sikre at ordningen går i balanse hvert år.

Seksjonen for behandlingsreiser inngår kontrakter for behandlingstilbud. I kontraktene avtales det en fast pris per pasient per døgn for det enkelte behandlingssted.

Risikoen for misbruk av tilskuddsmidlene anses lav. Brukerne av behandlingsreisene mottar ikke midler, men ferdigbestilt opphold og reise. Behandlingsstedene sender faktura til seksjonen for betaling. Det er derfor kun seksjonen som forvalter midlene. Tatt i betraktning av at det ikke er gitt føringer for bruken av midler kan det være risiko for at seksjonen kan bruke tildelte midler på områder som ikke ligger innenfor intensjonene med ordningen. NOU:2000 gir heller ikke føringer for bruken av øremerkede tilskuddsmidler.

1.5 Struktur

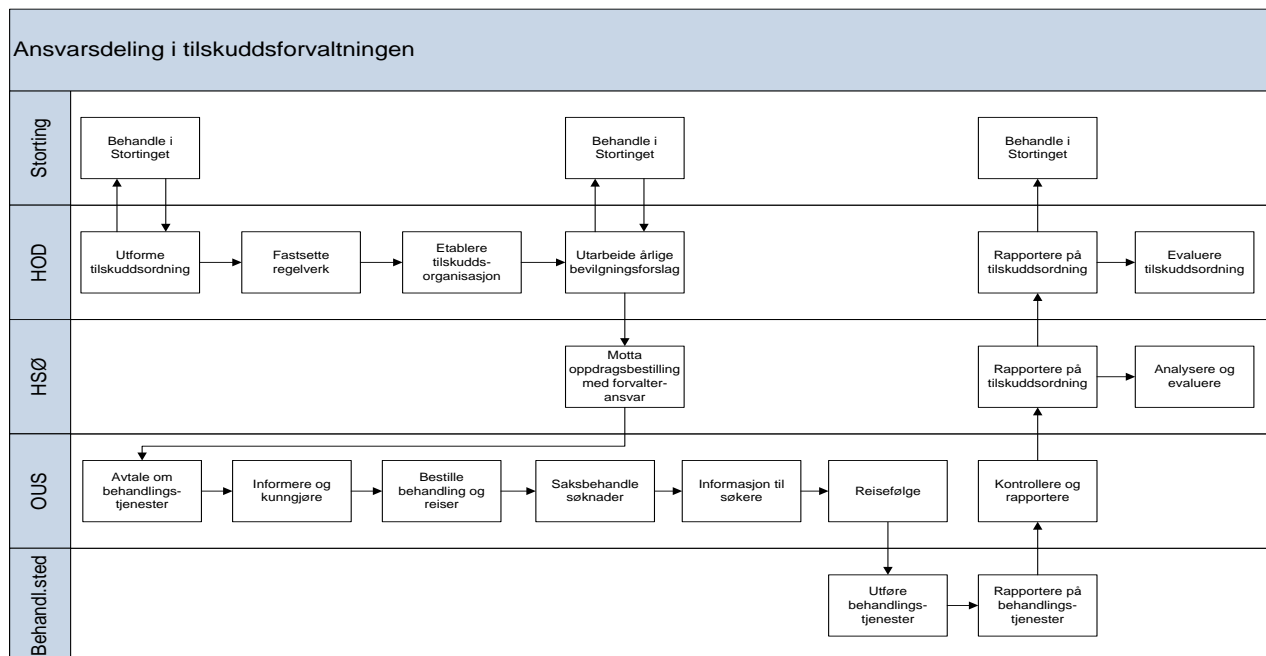
Figuren under viser involverte parter og nivå i styringskjeden.



Figur 2: Styringskjeden i tilskuddsordningen

Styringskjeden er relativt enkel, men samtidig er det lang vei fra utførende tilskuddsforvalter (OUS v/seksjon for behandlingsreiser) til tilskuddeier (HOD). Rolle- og ansvarsfordelingen i tilskuddsordningen fremstår som tydelig, og tilskuddsprosessen og tilhørende aktiviteter anses som konsistente.

Figuren under beskriver de ulike nivåene og roller og ansvar.



Figur 3: Ansvarsfordeling i tilskuddsordningen og tilskuddsforvaltningen

Stortinget er ansvarlig for å behandle og vedta tilskuddsordningen. HOD skal deretter etablere tilskuddsordningen og sette denne i verk gjennom blant annet å utarbeide et regelverk og gi føringer og krav til formål og forvaltningen av tilskuddsordningen. HOD tildeler årlige bevilgninger basert på behov, og er også ansvarlig for å evaluere og følge opp av tilskuddsordningen utføres som forutsatt.

HOD stiller midlene til disposisjon for HSØ gjennom det årlige bestillingsdokumentet. HSØ stiller igjen midlene til OUS sin disposisjon i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet. Forvaltningen av ordningen er lagt til Seksjon for behandlingsreiser som er organisert under klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, avdelingen for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer.

Helsedirektoratet er gitt i oppgave av HOD å foreta en evaluering av tilskuddsordningen.

1.6 Transparens

Tilskuddsordningen anses å ha lav kompleksitet. Behandlingstilbudet er godt kjent blant publikum, leger og pasientorganisasjoner. Det annonseres både i fagblader og på internettssidene til seksjonen.

Det er flere overvåkere av behandlingstilbudet som gis i tilskuddsordningen. Helsedirektoratet utfører evalueringer, seksjonen utfører tilsyn/oppfølging av behandlingsstedene, pasientorganisasjonene er tett på alle nivå i styringskjeden og leger og sykehus er faglig involvert i å vurdere behandling og brukereffekter.

Pasientene utøver brukerkontroll gjennom direkte deltakelse i behandlingsprogrammene. Det gjennomføres brukerevaluering etter gjennomførte gruppereiser.

1.7 Tilskuddsmottakere

Tilskuddsmidlene tilflyter brukerne i form av reise- og opphold ved behandlingssteder, samt behandlingsstedene i form av kontraktsfestede godtgjørelser. Pasientene opplever en bedre hverdag og friskere helse, mens behandlingsstedene mottar økonomisk støtte for å sikre sin virksomhetsdrift og leveranser. Brukerne er privatpersoner med rett diagnose som faller inn under tilskuddsordningen. Behandlingsstedene er profittmaksimerende foretak registrert både i Norge og utlandet.

Følgende programmer er gjennomført i 2010:

- Revmaprogram
 - Balcova termal Hotel Izmir (Tyrkia) – barn og voksne
 - Institute Igalo (Montenegro) – kun voksne
 - Reuma-Sol (Spania) – barn og voksne
 - Casa Heddy (Lanzarote) – kun barn
- Psoriasisprogram
 - Valle Marina (Gran Canaria)
- Postpolioprogram
 - Scandinavian Rehab Center (Tyrkia)
 - Vintersol (Tenerife)
- Barn med astma og kroniske lungesykdommer
 - Los Teques (Gran Canaria)

Samlet sett anses det å være en moderat iboende risiko knyttet til ordningen. Det er en relativt enkel og oversiktlig ordning med tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Forvaltning fungerer som standard tjenesteproduksjon gjennom fire års kontrakter med klare vilkår for behandlingstilbudet.

Det er god brukerkontroll gjennom direkte deltakelse i behandlingene og flere interessenter som følger opp ordningen. På den annen side bevilges det store årlige beløp og det er ikke identifisert regelverk eller styringsdokumenter med krav og føringer for tilskuddsordningen. Det ble utarbeidet en NOU i 2000 om behandlingsreiser (ikke stortingsbehandlet). Dokumentet er ansett som delvis utdatert av intervjuet fagpersonell. Dokumentet omhandler blant annet faglige, økonomiske og organisatoriske aspekter ved ordningen og kom med flere vurderinger og anbefalinger. Utover dette foreligger det forskningsprosjekter i regi av tilskuddsforvalter i forhold til effekter ved klimabehandling. Dette representerer risiko for at bruken av tilskuddsmidler ikke nødvendigvis er i tråd med departementets intensjoner. Jfr. kapitlet om støtteprosesser og økonomi for nærmere redegjørelse for bruken av tilskuddsmidlene.

Avhengig av tilskuddsordningen er det behov for ulike typer av styrings- og kontrollvirkemidler innenfor tilskuddsforvaltningen. Dette bør være konkretisert i tilskuddsordningens regelverk i henhold til Bestemmelser om økonomistyring i staten kapittel 6.

I tabellen under er det tatt utgangspunkt i fire forskjellige kontrolltyper som er relevante når det gjelder tilskuddsforvaltning. Det er også gitt en kort beskrivelse av hvilke kontrollvirkemidler seksjonen for behandlingsreiser har iverksatt for å kunne følge opp tilskuddsmottakere og samtidig gi relevant informasjon til tilskuddseier.

| Type kontroll | Kontrollfokus | Kontrollvirkemidler |
|--------------------------------------|---|--|
| Formålskontroll | Søkelys på at formålet med tilskuddsordningen oppnås – følge opp leveranser og kvalitet | <ul style="list-style-type: none"> • Årsrapport med statistikk og nøkkeltall • Rapporter fra behandlingssteder • Rapporter fra ansatt personell ved behandlingsstedene og gruppeledere • Rapporter fra tilsyn/oppfølging ved behandlingsstedene • Evaluering i regi av Helsedirektoratet (2011) |
| Utgiftskontroll | Søkelys på forhold som er viktige for å beregne bevilgningsbehov | <ul style="list-style-type: none"> • Nøkkeltall for statistikk fra behandlingsreiser |
| Forvaltningskontroll | Søkelys på at forvaltningen utføres tilfredsstillende og i tråd med retningslinjer | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikring av saksbehandling av vurdering av søkere i et helhetsperspektiv • Ledelsesoppfølging • Intern revisjon (2011) • Evaluering i regi av Helsedirektoratet (2011) |
| Kontroll av tilskuddsmottaker | Søkelys på at tilskuddet benyttes som forutsatt og i tråd med tildeling | <ul style="list-style-type: none"> • Rapporter fra tilsyn/oppfølging av utstedene • Rapporter fra behandlingsstedene • Rapporter fra ansatt personell på behandlingsstedene og gruppeledere |

Figur 4: Kontrollvirkemidler i seksjonen for behandlingsreiser

På grunn av manglende regelverk og styringsdokumenter for tilskuddsordningen er det vanskelig å konkludere om tilskuddsmidlene benyttes som forutsatt (riktig anvendelse), at de riktige brukergruppene nås (riktig målgruppe) og om tildelte midler er i tråd med ordningens intensjoner (riktig beløp). Basert på intervjuer og mottatt dokumentasjon gis behandlingstilbud til brukergrupper som er omtalt i NOU:2000 og som anses som målgruppe.

Gjennom revisjonen er det ikke kommet opp forhold som indikerer at tilskuddsmidlene brukes feil eller at behandlingsstedene ikke er riktige mottakere av midler. (Bruken av tilskuddsmidlene i forhold til medisinsk faglig behandling og kvalitet i leveranser har som vist til innledningsvis ikke vært omfattet av gjennomgangen.) Konsernrevisjonen har samtidig stilt spørsmål ved bruken av tilskuddsmidler knyttet til forskning, kompetanseheving hos ansatte, dekning av tidligere års underskudd, kostnadsføring av 50 % stilling i seksjonen som vedrører person som ikke utfører oppgaver tilknyttet tilskuddsordningen (brakt i orden av foretaket fra 1.6.2011) og dekning av overlegepermisjon. Dette er nærmere omtalt i kapitlet støtteprosesser og økonomi.

Grunnet manglende styringsdokumenter og føringer har konsernrevisjonen ikke funnet det hensiktsmessig å gå nærmere inn på vurderinger av bruken av tilskuddsmidlene.

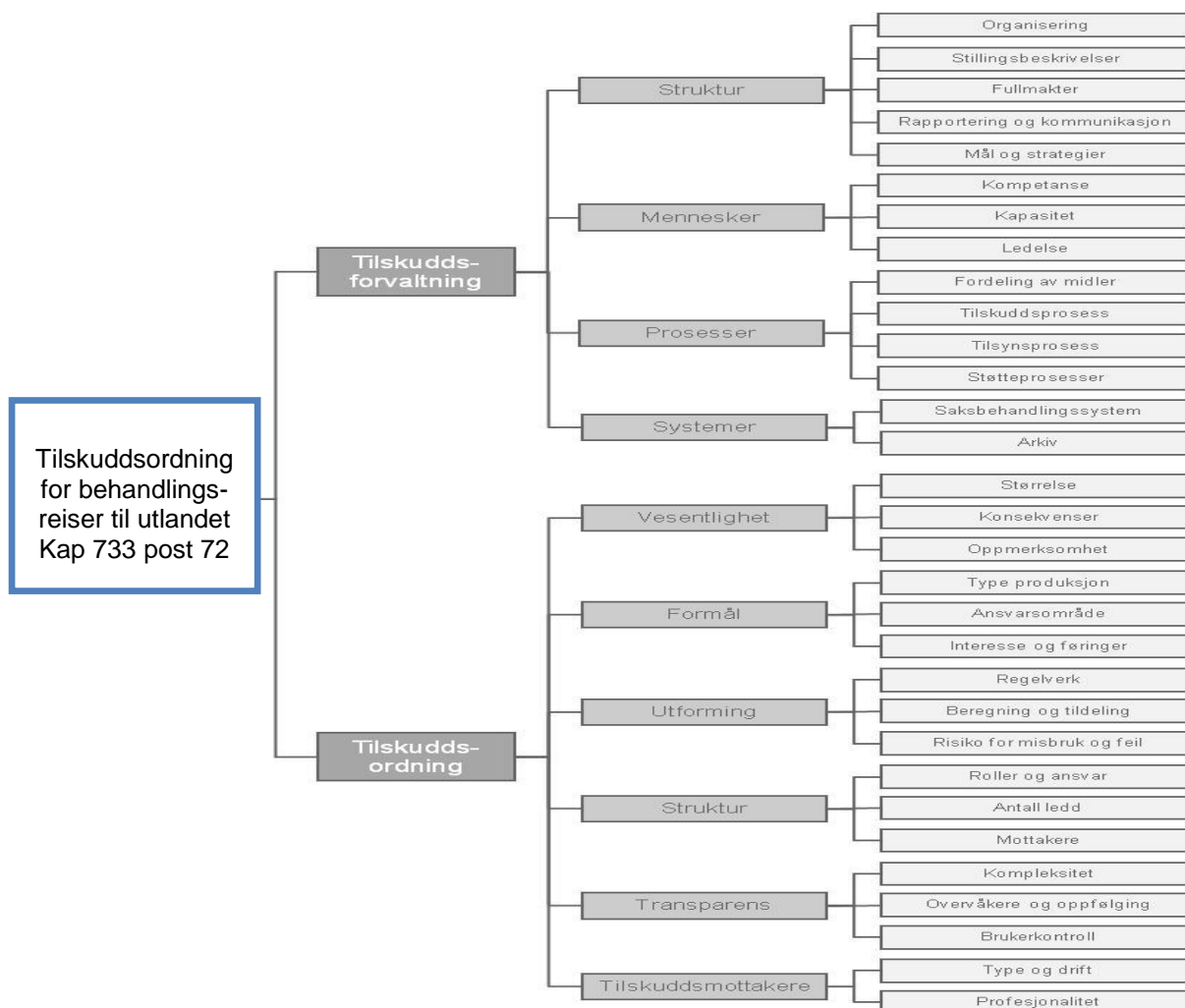
2 Tilskuddsforvaltningen

2.1 Beskrivelse av tilskuddsforvaltningen

Ved gjennomgangen av tilskuddsforvaltningen er det foretatt kartlegginger og vurderinger av elementer som struktur, mennesker, prosesser og systemer jf. figuren under.

De skriftlige rutinebeskrivelsene innenfor revisjonsområdet er ikke uttømmende og gjennomgangen er derfor i hovedsak basert på muntlig og skriftlig redegjørelse for prosessene. Av den grunn er det valgt å beskrive de viktigste prosessene. I tillegg er det gjennomført et begrenset antall stikkprøver for å teste etterlevelsen i praksis.

Revisjonsteamet har gjennomgått og vurdert intern styring og kontroll i seksjonen for behandlingsreiser og etablerte systemer. Hypotesene som ble etablert i planleggingsfasen er kartlagt og testet. Det er gjennomført dybdeintervjuer med utvalgte nøkkelpersoner og datainnsamling med stor vekt på dokumentgjennomgangen. I analysefasen er hypotesene bekreftet eller avkreftet, og en vurdering av den praktiserte interne styring og kontroll hos tilskuddforvalter utført.



Figur 5: Angrepsvinkel og vurderingsområder

2.2 Struktur

2.2.1 Vurderingskriterier

I vurderingen av struktur har er det lag til grunn følgende vurderingskriterier:

- Organisering
 - Det er etablert en hensiktsmessig rolle- og ansvarsfordeling
- Stillingsbeskrivelser
 - Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser for alle ansatte
- Fullmakter
 - Det er etablert en hensiktsmessig fullmaktsstruktur
 - Fullmaktsstrukturen etterlevs i praksis
- Rapportering og kommunikasjon
 - Det er etablert hensiktsmessige rapporteringslinjer
 - Det rapporteres pålitelig og tidsriktig styringsinformasjon til faste tidspunkt
 - Det er stilt krav til rapporteringens utforming og innhold
 - Det er etablert hensiktsmessig og regelmessig møtestruktur
- Mål og strategier
 - Det er etablert et hensiktsmessig mål- og styringshierarki
 - Det er etablert måle- og styringsparametere

2.2.2 Observasjoner

Organisering

OUS er organisert på fire nivåer; Foretaksledelsen (nivå 1), klinikker (nivå 2), avdelinger (nivå 3) og seksjoner (nivå 4). Seksjon for behandlingsreiser ligger på nivå fire. Seksjonen er en av 5 seksjoner i avdelingen for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer. Avdelingen er videre en av 5 avdelinger i klinikken for spesialisert medisin og kirurgi. Økonomifunksjonen ligger på klinikknivå.

Seksjonen består av seksjonsleder som har det overordnede ansvaret for økonomi og personell. Under seg har seksjonslederen en faglig ansvarlig lege med tilhørende legeteam, kontorsjef med merkantilt team og fagspesialiserte sykepleiere og fysioterapeut. I tillegg har seksjonsleder ansvar for personalgrupper som er ansatt i engasjementer ved de ulike behandlingsstedene.

Fagspesialistene har ansvar for sine respektive pasientgrupper/behandlingssteder og utfører saksbehandlingen sammen med legene.

De merkantile ansatte har ansvar med å bistå de enkelte pasientgrupper/behandlingssteder med administrative arbeidsoppgaver og service. Seksjonsleder og stedfortredende har ansvar for å kvalitetssikre saksbehandling og sikre at øvrige krav utover det medisinskfaglige ivaretas.

Det er utnevnt ansvarlige personer for vedlikehold og oppdatering av rutinebeskrivelser for saksbehandlingen/tilskuddsforvaltningen, behandlingsstedene og internettsidene samt informasjonsmateriell til søkerne. Det er også faste personer som utfører ansettelse av engasjementskontrakter ved behandlingsstedene. Seksjonsleder godkjenner ansettelsene og signerer kontrakter.

Årsverk på hovedkontoret i Oslo var ved utgangen av 2010:

- 1 seksjonsleder
- 2,15 legestillinger
- 1,25 sykepleierstillinger

- 1 fysioterapeut
- 1 kontorsjef
- 4,6 konsulenter/merkantilt personale
- 0,5 rådgiverstilling (lønnes av seksjonen, men arbeider ikke med behandlingsreiser)

Totalt utgjør dette 11,2 årsverk, hvorav 10,7 hadde arbeidsoppgaver knyttet til forvaltningen av tilskuddsordningen. I tillegg har seksjonen ansvar for 2,55 sykepleierstillinger og engasjementskontrakter ute ved behandlingsstedene.

Seksjonen har som oppgave å organisere og kvalitetssikre behandlingstilbud til personer med definerte kroniske sykdommer i et varmt og solrikt klima. Innenfor dette ligger følgende ansvarsområder:

- Planlegging og gjennomføring av virksomheten
- Anskaffelse av behandlingstjenester og transport
- Ansettelse av behandlingspersonell i engasjementskontrakter
- Tilskuddsforvaltning
 - Kunngjøring av tjenester
 - Søknadsbehandling
 - Uttak av brukere til behandling
 - Rapportering
- Gjennomføring og logistikk av behandlingsreisene
- Tilsyns-/oppfølgingsarbeid av kontrakter og utsendt personell for å påse at tilbudet tilfredsstiller faglige krav og personaloppfølging
- Gjennomføre prosjekt for å evaluere og dokumentere effekten av behandling i utlandet for gruppene som er inkludert i ordningen og for nye diagnosegrupper

Seksjonen for behandlingsreiser skiller seg fra den øvrige driften ved foretaket ved følgende:

- Seksjonen finansieres gjennom øremerkede tilskuddsmidler over statsbudsjettet
- Seksjonen utarbeider egen årsrapport og inngår ikke i klinikkens regnskap/avrapping
- Tilskuddsmidler og behandling gis til definerte diagnosegrupper som kommer inn under tilskuddsordningen
- Seksjonen har eget arkivsystem og fører egne pasientjournaler som er adskilt fra foretakets øvrige pasientadministrative system
- Seksjonen har eget saksbehandlingssystem for tilskuddsforvaltningen

Stillingsbeskrivelser

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser og/eller kontrakter for alle ansatte i seksjonen. Dette bidrar til å sikre effektivt samarbeid og klargjøre roller og ansvar i seksjonen. Legene har egne kontrakter med definerte stillingsprosjenter og ansvarsområder. De merkantile ansatte har alle samme stillingsbeskrivelser da de utfører de samme typer oppgaver. Stillingsbeskrivelsene er tilpasset nivå og de arbeidsoppgavene den ansatte innehar.

Det er utarbeidet egne skjema med utpekte ansvarlige for de forskjellige behandlingsstedene med tilhørende back-up ressurser. I tillegg er utarbeidet et dokument som omhandler arbeidsoppgaver og arbeidsfordeling for de ulike ansvarsområdene i seksjonen. Her er det også utpekt ansvarlige personer med back-up ressurser. Seksjonsleder har mottatt utkast til oppdatert lederavtale, men denne var ikke underskrevet på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen.

Arbeidsdeling i de enkelte prosesser og hovedområder er nærmere beskrevet i de påfølgende kapitlene.

Fullmakter

OUS har etablert et fullmaktssystem som bygger på retningslinjer for fullmakter fastsatt av eier. Fullmaktssystemet er knyttet til de ulike ledelsesnivåene i foretaket. Seksjonsleder på nivå fire har ut fra gjeldende fullmakter anvisningsmyndighet på inntil kr 250 000 pr transaksjon. Seksjonen har ikke en egen fullmaktsmatrise utover den fastsatte for OUS. Tildelte fullmakter innebærer at beslutninger om utlysning av anbudskonkurranser for kontraktinngåelse med behandlingssteder og transportører, signering av kontrakter og godkjenning av fakturaer over beløpsgrensen, skal løftes til et høyere ledelsesnivå.

Gjennomgangen viste at seksjonsleder i praksis godkjenner og signerer alle kontrakter ved behandlingsstedene, samt gjennomfører årlige forhandlinger. Fullmaktssystemet var på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen ikke etterlevd. Forholdet ble påpekt av konsernrevisjonen ved presentasjon av foreløpige funn fra gjennomgangen i april i år, og foretaksledelsen iverksatte umiddelbare tiltak for å bringe fullmaktsbruken i samsvar med interne fullmakter.

Rapportering og kommunikasjon

Seksjonen utarbeider årsrapport som blant annet inneholder en generell beskrivelse av behandlingsreiser, behandlingsprogrammene, kort beskrivelse av hvert behandlingssted, pågående kvalitetsarbeid, kompetanseutvikling og regnskap og nøkkeltall. I tillegg finnes det vedlagt statistikk per behandlingsprogram. Gjennomgangen har vist at verken OUS, HSØ eller HOD har stilt krav til utforming og innhold i rapporten. Rapporten er hensiktsmessig, men det savnes imidlertid beskrivelser av måloppnåelsen i forhold til seksjonens strategidokument, samt et fullstendig regnskap som viser bruken av tilskuddsmidlene.

Det er ikke identifisert eller blitt presentert en etablert styringsdialog mot HSØ eller HOD hvor tilskuddsforvaltningen er tema. Seksjonen har imidlertid blitt gjenstand for mer oppfølging internt enn tidligere som følge av underskudd i 2009. Det er heller ikke regelmessig rapportering fra seksjonen til avdeling eller klinikk, og det er heller ikke stilt krav til slikt. Rapportering av måloppnåelse fremkommer kun av årsrapporten.

Seksjonen mottar regnskapstall månedlig fra økonomi på klinikknivå. Disse blir bearbeidet av kontorsjefen og gjennomgått av seksjonsleder sammen med kontorsjef og avdelingsleder. Seksjonen internt gjennomfører tirsdagsmøter, månedlige personalmøter og ledermøter etter behov. Det føres referat fra møtene.

Det avholdes månedlige avdelingsmøter hvor alle respektive seksjoner deltar. På klinikknivå skal det i utgangspunktet også gjennomføres månedlige møter, men på grunn av kapasitetsutfordringer har disse møtene endret frekvens til annenhver måned. Klinikkmøtene har ikke behandling av seksjonen og behandlingsreiser som fast punkt på agendaen, slik som øvrige avdelinger og seksjoner i klinikken.

Seksjonen gjennomfører årlige møter med de forskjellige pasientorganisasjonene. For øvrig er vi informert om at pasientorganisasjonen stadig kontakter og fører lobbyvirksomhet mot både OUS, HSØ og HOD.

Mål og strategier

Seksjonens hovedmål er å tilrettelegge for behandling som er helhetlig, helsefremmende og som gir grunnlag for økt livskvalitet, slik at brukerne bedre kan mestre sin sykdom og livssituasjon.

På klinikknivå er det utarbeidet et overordnet strategidokument, men dette inkluderer ikke seksjonen. Seksjonen har på eget initiativ utarbeidet et strategidokument på tross av manglende overordnede føringer fra OUS, HSØ og HOD. Strategidokumentet tar utgangspunkt i NOU:2000. Avdelingsleder og klinikk-sjef var ikke kjent med seksjonenes mål- og strategidokument.

Seksjonens mål- og strategidokument inneholder blant annet visjon, verdier, beskrivelse av overordnede mål og delmål for behandling, personale, økonomi, informasjon og kommunikasjon, undervisning og forskning. Det savnes imidlertid beskrivelse av måle- og styringsparametere som verktøy for å kunne sikre måloppnåelse. For eksempel er det ikke utarbeidet måleparametere for saksbehandlingen, herunder mål på saksbehandlingstid, likebehandling, kvalitet etc. Uten gode mål- og styringsparametere er det vanskelig å gjennomføre og etablere en hensiktsmessig risikostyring og intern styring og kontroll.

Det er etablert rutine for å evaluere pasienter før og etter behandling med hensyn til blant annet behandlingstilbudet, effekter, oppholdet etc.

Ved revisjonen ble det ikke fremlagt risikovurdering av seksjonen som helhet eller hovedprosessene som tilskuddsforvaltningen.

2.2.3 Vurderinger og anbefalinger

Organisering

Organiseringen av seksjonen anses som hensiktsmessig sett ut i fra et internt styrings- og kontrollperspektiv. Det kan imidlertid reises spørsmål ved seksjonens organisatoriske tilknytning til klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, og det anbefales at foretaket går nærmere inn i dette. Konsernrevisjonen er kjent med at det planlegges en nærmere vurdering av organisatorisk plassering som ledd i prosjekt *Redesign*.

Fullmakter

På tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen etterlevde ikke seksjonen OUS sitt fullmaktssystem ved signering av kontrakter med behandlingssteder og reisebyrå. Tilsvarende gjaldt for anvisning av fakturaer fra avtalepartene. Konsernrevisjonen anbefaler at kontraktssignering og godkjenning av forhandlinger legges til klinikknivå, mens attestasjon og anvisning av fakturaer med beløpsstørrelse over kr 250 000, utføres av henholdsvis seksjonsleder og avdelingsleder. Dette vil sikre etterlevelse av etablert beslutningsstruktur og definerte fullmaktsrammer hos OUS.

Rapportering og kommunikasjon

Årsrapporten gir etter konsernrevisjonens oppfatning et relativt godt bilde av tilskuddsforvaltningen gjennom året. Det anbefales likevel at årsrapporten i større grad gir omtale av måloppnåelsen i forhold til utarbeidet strategidokument for seksjonen. På den måten blir det ikke bare en beskrivelse av hva som er gjort, men også hva som er oppnådd. I tillegg bør årsrapporten inneholde et fullstendig regnskap som viser bruken av tildelte tilskuddsmidler. HSØ og HOD vil da kunne vurdere formålstjenlig bruk av øremerkede midler og eventuelt komme med tilbakemeldinger. Til slutt anbefales det at årsrapporten inntas i eller følger som et vedlegg til årlig melding fra foretaket.

Mål og strategier

Konsernrevisjonen ser det som positivt at seksjonen har utarbeidet sitt eget strategidokument. Dette bør imidlertid integreres i og være i overensstemmelse med avdelingens og klinikkens strategier og mål. Dette er ikke tilfelle i dag. Konsernrevisjonen anbefaler også at seksjonen i større grad gjennomfører regelmessig rapportering og måling av etablerte mål og strategier. Dette kan gjøres gjennom å etablere konkrete måle- og styringsparametere for løpende å følge opp effektivitet og kvalitet i seksjonens arbeid. Rapportering av måloppnåelse fremkommer i dag kun av årsrapporten. Etter konsernrevisjonens syn bør rapportering av måloppnåelse skje månedlig eller kvartalsvis.

Det anbefales at seksjonen systematisk gjennomfører dokumenterte risikovurderinger av seksjonen som helhet og tilskuddsforvaltningen særskilt. En formalisert prosess for risikostyring og intern styring og kontroll vil bidra til å sikre hensiktsmessig håndtering av virksomhetens risikobilde og derav

måloppnåelse. Prosessen kan gjennomføres med en årlig risikokartlegging som leder til et omforent risikobilde av seksjonen og handlingsplaner som sikrer eierskap og tiltak for å adressere risikoene. Prosessen bidrar også til å identifisere nødvendige og hensiktsmessige kontrollaktiviteter.

Kontrolltiltak bør være basert på risikovurderinger for å sikre effektiv drift og samtidig være skriftlig nedfelt og kommunisert i seksjonen. Seksjonen har etablert flere gode rutiner og kontrolltiltak, men det er likevel behov for økt formalisering av internkontrollsystemet gjennom felles rutiner og system.

2.3 Mennesker

2.3.1 Vurderingskriterier

I vurderingen av mennesker der det lagt til grunn følgende vurderingskriterier:

- Seksjonen har tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre saksbehandlingen
- Det tilbys kurs og opplæringsaktiviteter ved behov
- Behandlingsstedene og personalgruppene har tilstrekkelig kompetanse
- Ledelsen har kompetanse, integritet og fokus på kultur og holdninger
- Det er etablert etiske retningslinjer for virksomheten

2.3.2 Observasjoner

Saksbehandlerne, leger og spesialfaglige sykepleiere og fysioterapeut, besitter god kompetanse innenfor sine ansvarsområder. De har lang erfaring med saksbehandling og god kunnskap om seksjonene og behandlingsreiser. Alle ansatte i seksjonen har vært på reise til ulike behandlingssteder for å få forståelse av driften og tilbudet. Det er relativt lavt gjennomtrekk av ressurser i seksjonen og en stabil arbeidsstokk over tid.

Gjennomgangen har vist at de ansatte har gode muligheter for å delta på kurs og opplæring. Det utarbeides imidlertid ikke definerte kompetanseutviklingsplaner. Kompetanse- og utviklingsbehov blir heller løpende diskutert i medarbeidersamtaler og når eventuelle behov melder seg. Flere ansatte har tatt videre- og etterutdanning og enkelte leger har tidligere fått midler til å drive forskning og fullføre sine doktoravhandlinger. I 2010 er det gjennomført en rekke opplærings- og kompetanseutviklings-tiltak, både nasjonalt og internasjonalt. Det er blant annet gjennomført masterstudier, videreutdanning, kongresser, seminarer og internundervisning.

Når det gjelder kompetanse knyttet til tilskuddsforvaltning oppfatter vi den som relativt svak. Det er svak kompetanse knyttet til tilskuddsregelverk og retningslinjer som er utarbeidet for tilskuddsforvaltning, herunder statens økonomireglement. Senter for statlig økonomistyring sin veileder for tilskuddsforvaltning var heller ikke kjent blant ledelsen i OUS. Gjennomgangen har vist at seksjonen i liten grad har blitt fulgt opp av foretaksledelsen inntil underskuddet inntraff i 2009.

I anskaffelsesprosessen stilles det krav til behandlingsstedenes kompetanse. Ansatte leger ved behandlingsstedene må legge ved CV-er til tilbudet som vurderes av seksjonen. I tillegg har seksjonen stort sett benyttet de samme behandlingsstedene over tid og opparbeidet seg god kjennskap til deres kompetanse. Det gjennomføres også oppfølgingsamtaler med behandlingsstedene.

Det gjennomføres intervjuer ved ansettelse av personalgrupper som sendes til behandlingsstedene på engasjement. Fokus er rettet mot teamsammensetning med hensyn til erfaring og kunnskap om behandlingstilbudet. Det benyttes ofte samme personer på ny for å sikre kontinuitet og at man ikke kun sender nye og uerfarne fagfolk.

Ledelsen i seksjonen oppfattes å være kompetent og å ha fokus på bedriftskultur og holdninger. Det er sterk lederoppfølging av seksjonen knyttet til saksbehandling, oppfølging av behandlingsstedene og daglige aktiviteter. Det er i mindre grad rettet søkelys på formalisert og systematisert risikostyring og intern styring og kontroll.

Seksjonen har ikke etablert egne etiske retningslinjer for sin virksomhet, men har vist til foretaksgruppens etiske retningslinjer for innkjøp.

2.3.3 Vurderinger og anbefalinger

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at seksjonen har tilstrekkelig kompetanse til å utføre saksbehandlingen og de daglige gjøremål, samt at de ansatte har gode muligheter for kurs og opplæring. Det er hensiktsmessig at det stilles krav til kompetanse på behandlingsstedene og til personalgruppene. Det anbefales imidlertid at det gjøres nærmere vurderinger av seksjonens samlede kompetansebehov, og at det utarbeides kompetanseutviklingsplaner i tråd med dette.

Videre anbefales konsernrevisjonen at seksjonen og involverte parter i OUS styrker kompetansen knyttet til tilskuddsforvaltning. Det er viktig at ledere og ansatte har god kjennskap til statens økonomiregelverk. Seksjonsledelsen bør videre i større grad rette søkelyset på risikostyring og intern styring og kontroll, herunder oppfølging av virksomheten. Det er også behov for å avklare hvordan seksjonen skal forvalte tildelte tilskuddsmidler. Dette for å sikre at seksjonen går i riktig retning og etterlever de krav og føringer som ligger til grunn for tilskuddsforvaltningen.

Tatt i betraktning at seksjonen har jevnlig kontakt med pasientorganisasjoner, har egne ansatte på utenlandske behandlingssteder og er i jevnlig kontakt med kontraktsfestede og potensielle behandlingssteder, bør seksjonen vurdere om det er behov for å utarbeide egne særskilte etiske retningslinjer i tillegg til HSØ sine. Dette for å dekke eventuelle uheldige scenarier som kan inntreffe. Det er også god praksis å gjennomføre dilemmatrening regelmessig for å sikre felles forståelse og sikre at etikk står på de ansattes agenda.

2.4 Prosesser

2.4.1 Vurderingskriterier

I vurderingen av prosess er det lagt til grunn følgende vurderingskriterier:

- Fordeling av midler
- Det er etablert hensiktsmessige fordelingskriterier av tilskuddsmidler mellom diagnosegruppene
- Tilskudds- og tilsynsprosess
- Det er hensiktsmessig arbeidsdeling
- Det er fokus på habilitet i tilskuddsforvaltningen
- Det er utarbeidet rutinebeskrivelser, sjekklister og malverk for tilskuddsforvaltningen
- Tilskuddsforvaltningen blir hensiktsmessig dokumentert
- Det er utarbeidet hensiktsmessige tildelingskriterier for søkerne
- Støtteprosess - Økonomi
 - Det utarbeides rapporter med hensiktsmessig styringsinformasjon til rett tid
 - Det er hensiktsmessig bruk av tilskuddmidler
- Støtteprosess - Anskaffelser
 - Det er hensiktsmessig arbeidsdeling i anskaffelsesprosessen
 - Det er utarbeidet rutinebeskrivelser, sjekklister og malverk for anskaffelsesprosessen
 - Anskaffelsesprosessen blir hensiktsmessig dokumentert
 - Anskaffelsesprosessen etterlever lov og forskrift om offentlige anskaffelser:

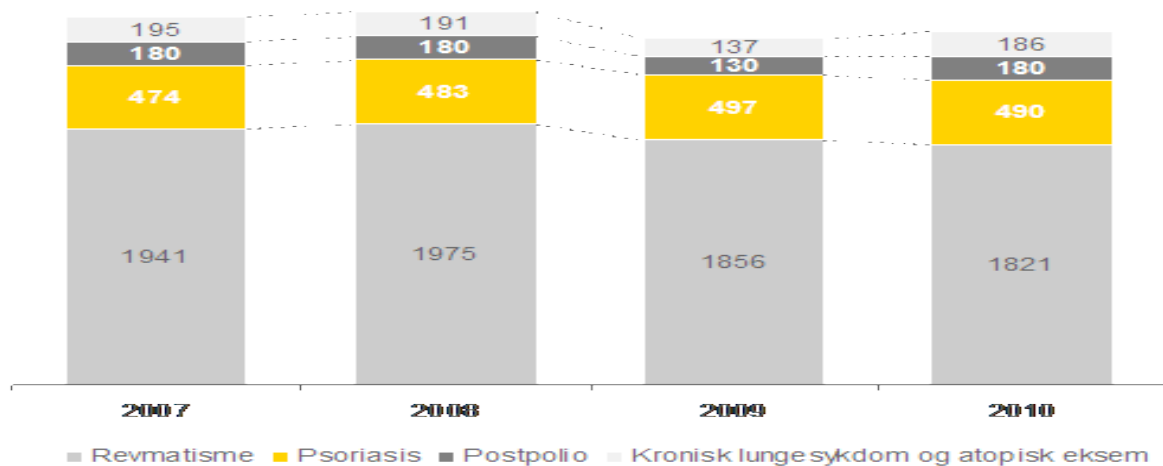
2.4.2 Observasjoner

Fordeling av midler

Fordelingen av tilskuddsmidler er basert på historikk. Over tid er det etablert en praksis og rutine med at ulike diagnosegrupper blir tildelt omtrent samme antall plasser som foregående år. Seksjonen tilstreber at den enkelte diagnosegruppe har en noenlunde lik anslagsprosent. Gjennomgangen har vist at fordelingen av plasser også i en viss grad vurderes ut fra søkermasse og er forsøkt gjort så objektivt som mulig. Revmaprogrammet er størst og tildeles flest behandlingsplasser. Det er derfor ikke utarbeidet faste fordelingsnøkler for fordeling av tilskuddsmidler mellom de forskjellige diagnosegruppene. Det er heller ikke gitt føringer eller stilt krav til dette fra OUS, HSØ eller HOD. I NOU:2000 fremkommer det hvilke diagnosegrupper som skal omfattes av tilskuddsordningen, men det er ikke nedfelt en eventuell prioritering mellom diagnosegruppene.

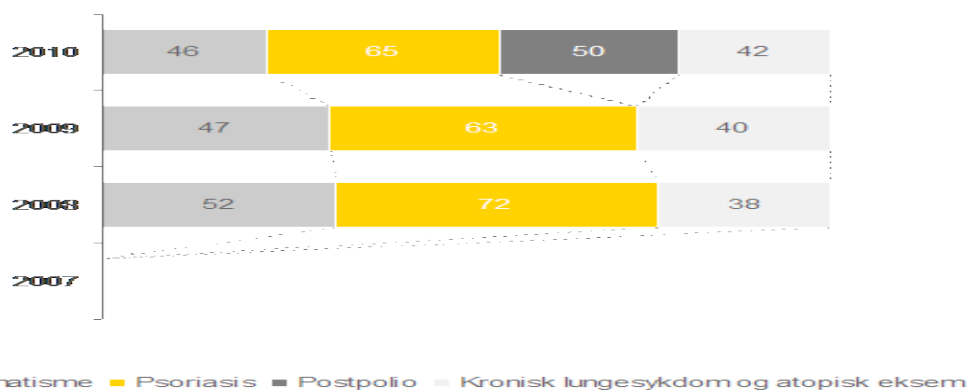
Det er kun anledning å søke om én behandlingsreise i året, uavhengig om søker har flere diagnoser og potensielt kunne reist flere ganger til forskjellige behandlingssteder.

For 2010 ble det, i henhold til årsrapporten og statistikk fra Orkide, foretatt følgende fordeling og anslagsprosent mellom de forskjellige behandlingsprogrammene:



Figur 6: Antall behandlede pasienter per diagnosegruppe i perioden 2007 - 2010

Som figuren viser er fordelingen av midlene relativt jevnt over de siste fire årene. Antall behandlede revmatikere har gått ned de siste to årene, mens behandlingen av psoriasis og kronisk lungesykdom og atopisk eksem hadde en lavere aktivitet i 2009. Aktivitet for sistnevnte normaliserte seg i 2010 igjen. Figuren viser at revmatikere er den største gruppen av antall behandlede pasienter.



Figur 7: Innvilgede søknader i % per diagnosegruppe i perioden 2007 - 2010

Figuren viser at det har vært relativt stabil anslagsprosent for de forskjellige diagnosegruppene de tre siste år. Det er ikke fremlagt tallgrunnlag for 2007 og for postpolio for årene 2007-2009. Anslagsprosenten for psoriasis og revmatikere har gått noe ned siden 2008. Figuren viser at psoriasis er den pasientgruppen hvor flest søkere får tildelt behandlingsplasser.

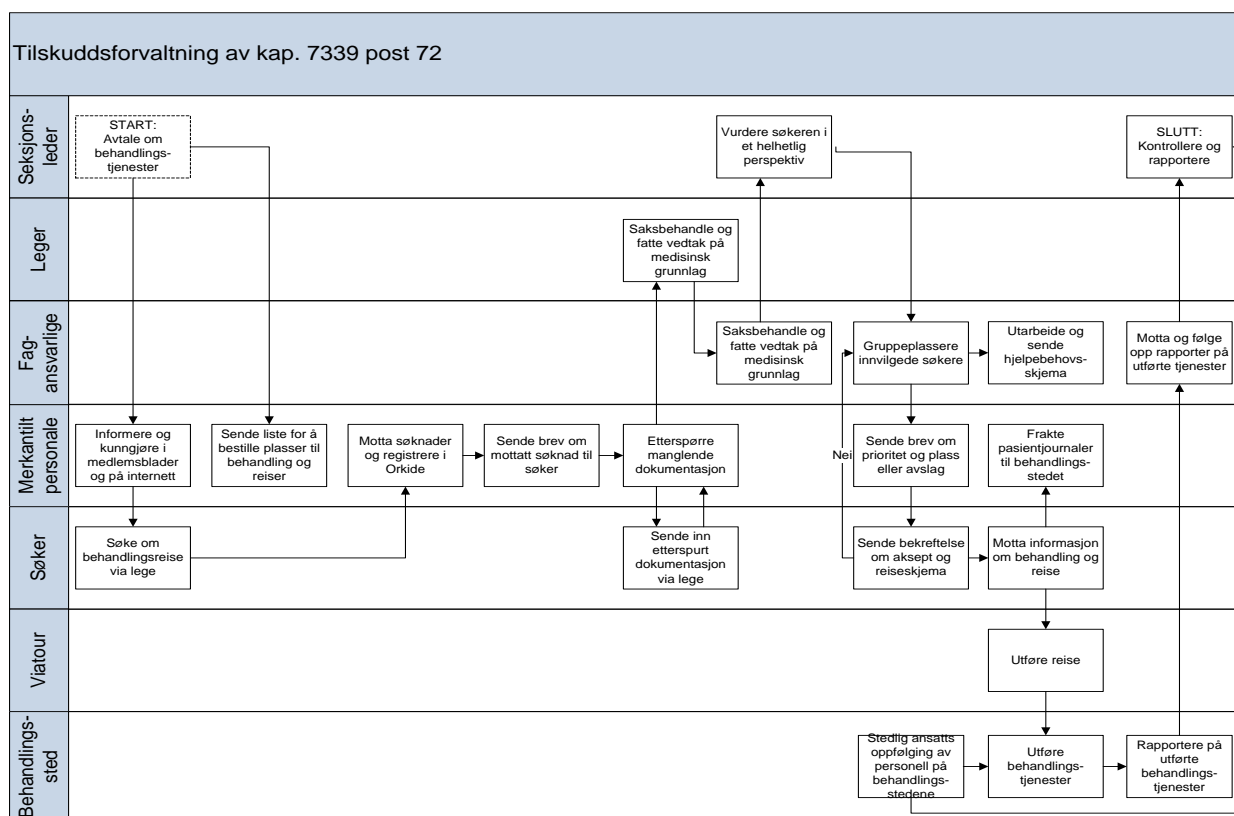
Tilskuddsprosess

Seksjonen har utarbeidet rutinebeskrivelser for tilskuddsforvaltningen og arbeidet med behandlingsreiser. Dette gjelder både for seksjonens saksbehandling og forvaltning, samt egne rutinebeskrivelser og prosedyrer for behandlingsstedene. Disse er omfattende og detaljerte med hensyn til krav og arbeidsoppgaver, og vurderes som hensiktsmessige. Det er også utarbeidet regelverk og retningslinjer for oppholdet med hensyn til oppførsel og alkoholforbruk. I tillegg har seksjonen standardiserte brev og maler for bruk i saksbehandlingen. Utsendte brev signeres ikke med unntak av svar på klagehenvendelser. Seksjonen har imidlertid ikke retningslinjer for habilitet i saksbehandlingen. Helse Sør-Øst har etablert etiske retningslinjer som gjelder for alle helseforetak.

Seksjonen har uformelle og ad-hoc møter/diskusjoner angående utfordringer og problemstillinger som har dukket opp i saksbehandlingen. Formålet med slike møter er i størst mulig grad å sikre likebehandling, felles skjønnsutøvelse og at seksjonen fremstår enhetlig utad.

Før annonsering av behandlingsreiser har seksjonen allerede avtalt behandlingsplasser og transport. Dette er basert på inngåtte kontrakter, budsjett og historiske tall. Seksjonen sender derfor en bestilling til både behandlingsstedene og reisebyrået Viatour for å sikre at behandlingsreisene kan bli gjennomført som planlagt og annonsert.

Figuren under illustrerer prosessen for tilskuddsforvaltning. Prosessen tar utgangspunkt i at det allerede er etablert et behandlingstilbud og annonsering av behandlingsreiser, og avsluttes når behandlingsreisene er gjennomført og årsrapporten utarbeidet.



Figur 8: Prosesskart for tilskuddsforvaltning

Tilskuddsordningen annonseres i pasientorganisasjonenes fag-/medlemsblader. Tidligere ble det også utarbeidet flyers til å ha på legekontorer, men dette gjøres ikke i dag. I tillegg finnes det informasjon om behandlingsreiser på internettssidene. I kildene finner søkerne informasjon om reisetidspunkter, dokumentasjonskrav og søknadsskjemaer.

Søkerne må søke via en lege, enten primærlege eller spesialist. Seksjonen mottar derfor to skriftlige søknader, en fra søkeren og en fra legen. Søknaden må inneholde epikrise og dokumentasjon på diagnose som ikke er for gammel, i tillegg til informasjon om helsetilstand, personlig informasjon og reiseønsker. Det etterspørres ny dokumentasjon ved behov eller det kan gis avslag på søknad ved mangelfull dokumentasjon. Mottatte søknader registreres i saksbehandlingssystemet Orkide og det opprettes en papirbasert pasientjournal med all dokumentasjon. Seksjonen sender deretter brev om mottatt søknad til søkerne. Dersom det viser seg at søkeren ikke har betalt eventuelle utestående beløp fra tidligere reiser, kontaktes vedkommende. Hvis betaling ikke finner sted, vil søkeren automatisk få avslag.

Selve vurderingen av søkeren utføres av leger og/eller fagspesialiserte sykepleiere/fysioterapeuter innenfor sine respektive pasientgrupper/behandlingssteder. De som skal vurdere søknadene mottar en papirbasert pasientjournal med relevant informasjon og dokumentasjon. Det fylles ut et fast vurderingsskjema hvor søkeren gis en kategorisering som avgjør om de får tildelt plass, havner på venteliste eller får avslag. Seksjonen har igangsatt et arbeid med å skriftliggjøre hvilke vurderingskriterier/uttakskriterier som skal legges til grunn for hele seksjonen. De nye kriteriene skal basere seg på internasjonale diagnostiske kriterier, samt evidensbaserte anbefalinger for tilleggssykdommer.

Basert på gjennomførte intervjuer er vår oppfattelse at følgende forhold har vært lagt til grunn for uttak av søkere:

- Epikrise og uttalelse fra spesialist (diagnose)
- Alvorlighet på sykdomstilfelle og nødvendighet av behandling
- Mulighet til og tilgang på behandling i Norge
- Generell helsetilstand
- Behandlingsstedenes krav til pasientenes helsetilstand
- Tidligere erfaring med søkeren i forhold til oppførsel og betaling

Konsernrevisjonen er ikke kjent med at benyttede vurderingskriterier/uttakskriterier er drøftet eller godkjent av HSØ eller HOD.

I etterkant av den medisinskfaglige vurderingen gjøres det en helhetlig vurdering av søkeren med hensyn til oppførsel og erfaring fra tidligere reiser, eventuelle tilleggssykdommer som kan forhindre vedkommende å reise, hvilket behandlingssted som er best egnet etc. Pasientjournalen gis deretter tilbake til merkantilt personale som registrerer søknadens utfall i Orkide. Neste steg i saksbehandlingen er å gruppeplassere søkerne på de forskjellige behandlingsstedene og reisetidspunktene. Helhetsvurderingen og gruppeplasseringen gjøres av de fagspesialiserte sykepleierne og seksjonsleder og fungerer som en kvalitetssikring av saksbehandlingen.

Etter endt saksbehandling mottar søkerne meddelelsesbrev med informasjon om tildelt plass og reisetidspunkt eller aksept og venteliste eller avslag. De som får tildelt plass mottar også et reiseskjema som skal returneres til Viatour. Reiseskjemaet skal sikre at søkerne får den nødvendige hjelp i forbindelse med reisen. Bekreftelse på tilbudt plass skal returneres innen en måned. Viatour sender ut billetter ca. 1 uke før avreise finner sted. Dersom søkerne skulle ønske et annet reisetidspunkt, må de takke nei til tildelt plass og settes på venteliste. Ventelistene har ikke en rangert eller prioritert rekkefølge på søkerne i voksegruppene. Det gjøres en særskilt vurdering om hvem som skal få tildelt

plass løpende fra ventelistene. I vurdering av ventelistene er det ikke fastsatt vurderingskriterier, men gjøres basert på skjønn.

Det er opplyst om at demografi blant annet vurderes for å sikre at personer passer inn i allerede etablerte reisegruppen. Behandlingsstedene mottar hjelpebehovsskjemaer som sendes i god tid før faktisk avreise. Skjemaet gir informasjon om den enkelte pasient og eventuelle ekstraordinære behov under oppholdet. I tillegg mottar behandlingsstedene pasientjournaler for de reisende som fraktes av de merkantilt ansatte som er med på samme fly som pasientene.

I saksbehandlingen fattes det ikke enkeltvedtak slik at søkerne ikke har klageadgang. Seksjonen behandler likevel innkomne klager fra søkerne. Klagen registreres i Orkide og sendes til legene eller fagspesialiserte sykepleiere for behandling, avhengig av ansvarsområde og diagnosegruppe. Seksjonen besvarer alle klagehenvendelser i brevform signert av klagebehandleren med unntak av manglende betaling hvor søkerne ringes opp. Det er opplyst at mange av klagenes hensyntas på grunn av innsendelse av ny dokumentasjon.

Når det gjelder rapportering på behandlingsreisene skjer dette gjennom flere fora, herunder:

- Evalueringsskjema som pasientene fyller ut etter hver reise
- Oppdaterte epikriser for pasientene
- Rapport fra hver gjennomførte gruppereise på de store behandlingsreisene. Dette er faste rapportmaler som inneholder informasjon om blant annet demografi, oppholdet generelt, hendelser etc.
- Rapport om det enkelte barn som har deltatt i behandlingsprogrammer
- Årsrapporter fra de store behandlingsstedene
- Pasientrapportering som går direkte til legene som har søkt på vegne av pasientene
- Rapporter om oppførsel blant de reisende

Det er Viatour som foretar alt reiseteknisk arbeid, og ved behov stiller de også med personell på flyplasser og på reisene. Viatour har en egen intern avdeling som følger opp behandlingsreiser.

Saksbehandlingen er sesongbetont i forhold til søknadsfrister for behandlingsreisene. Det er særlig hektisk rundt disse tider på grunn av masseinnsendelse av søknader som skal registreres og håndteres av det merkantile personale. Det er opplyst om at det på revisjonstidspunktet forelå store søkermasser som må saksbehandles innen rimelig tid.

Tilsynsprosess

Seksjonen gjennomfører tilsyn/oppfølging av de behandlingssteder hvor det er ansatt fagpersonell fra seksjonen til å utføre arbeid. Dette skal gjennomføres årlig, men det forekommer at ikke alle behandlingssteder besøkes hvert år på grunn av kapasitet og tilgjengelighet. Fokus på tilsynsreisene er fagutvikling og kommunikasjon med stedlig ansatt personale fra seksjonen. I tillegg gjennomfører legene i seksjonen møter med de fast ansatte legene på behandlingsstedene for å diskutere behandlingsopplegget. Det er ikke stilt krav til at seksjonen skal gjennomføre tilsyn og heller ikke gitt føringer for hvordan tilsyn skal utføres.

Det er utarbeidet detaljerte rutinebeskrivelser og prosedyrer for behandlingsstedene i utlandet. Disse omfatter for eksempel innhold og tilbud i behandlingsopplegget, tilgang på mat og drikke for pasientene, medisinbruk, sykehusinnleggelse, pasientdokumentasjon, reisevirksomhet, oppfølging etc. Konsernrevisjonen har imidlertid kun blitt forelagt rutinebeskrivelser for revmaprogrammene og ikke for postpolio, psoriasis eller kronisk lungesykdom og atopisk eksem.

Seksjonen utarbeider ikke årsplaner for gjennomføring av tilsyn med faste tidspunkter og ansvarlige for gjennomføring. Seksjonen har heller ikke metodikk for tilsynsvirksomheten utover en overordnet prosedyre som inneholder hvilke tema som skal gjennomgås. Dette er blant annet samtale med oversykepleier vedrørende behandlingsstedet, samarbeid, hotelldel/opphold, undervisning etc., gjennomføre personalmøte og snakke med pasienter. I hovedsak gjennomføres det en oppfølging av kontrakten som er inngått med behandlingsstedet, i tillegg til å gjennomføre samtaler med ansatte fagpersoner med hensyn til personaloppfølging og eventuelle hendelser som har inntruffet. Legene diskuterer behandlingsopplegg, men prioriterer å vurdere sikkerhet og forsvarlig drift på utestedene. Dette henger sammen med at seksjonen ikke ønsker å instruere behandlingsopplegget fastsatt av legene ved behandlingsstedet.

Seksjonen skal utarbeide tilsynsrapporter etter hvert besøk i henhold til en fast mal. Det er opplyst at det i enkelte tilfeller kun gjennomføres muntlig og at det ikke utarbeides en formell rapport. Det er ikke etablert et system for bruk av handlingsplaner og oppfølging av eventuelle avvik. Rapportene som utarbeides brukes kun internt i seksjonen og distribueres ikke videre til for eksempel ledelsen ved OUS, HSØ eller HOD.

Støtteprosess - Økonomi

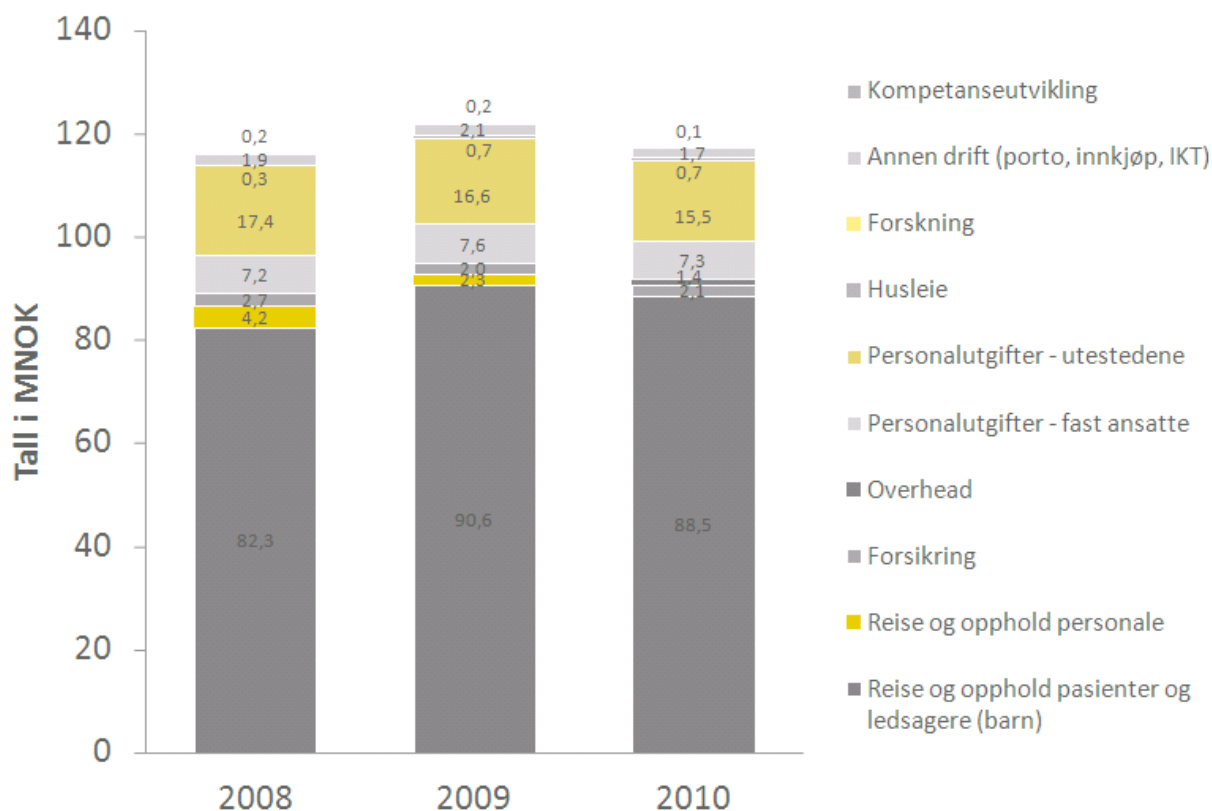
Som vist til innledningsvis i rapporten er tilskuddsordningen for behandlingsreiser til utlandet finansiert over statsbudsjettets kapittel 733 post 72. Seksjonen er selvfinansiert gjennom tilskuddsmidlene fra departementet. Seksjonen får overført midler fra forrige år, men må også dekke eventuelle merkostnader.

OUS bevilger ikke midler til seksjonen, men har måttet dekke underskudd i 2009 og 2010. Tilskuddsmidlene brukes til å dekke driften av seksjonen, herunder, lønns- og personalkostnader, husleie, overheadkostnader, kompetanse- og opplæringsmidler, forskning etc. Bevilgning i 2010 var 103 444 000 NOK.

Bruken av tilskuddet i årene 2008 - 2010 for utvalgte hovedposter er vist i tabellen.

| Post | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | NOK | % | NOK | % | NOK | % |
| Reise og opphold pasienter og ledsagere (barn) + pers | 82 293 032 | 70,9 | 90 559 336 | 74,2 | 88 450 073 | 75,4 |
| Reise og opphold personale, ikke splittet i regnskapet | 4 193 872 | 3,6 | 2 287 048 | 1,9 | 0 | 0,0 |
| Forsikring | 2 652 983 | 2,3 | 2 005 100 | 1,6 | 2 111 525 | 1,8 |
| Overhead | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 377 620 | 1,2 |
| Personalutgifter - fast ansatte (ksted 441912) | 7 227 291 | 6,2 | 7 568 219 | 6,2 | 7 283 587 | 6,2 |
| Personalutgifter - utestedene | 17 408 338 | 15,0 | 16 567 358 | 13,6 | 15 534 281 | 13,3 |
| Husleie | 276 838 | 0,2 | 732 986 | 0,6 | 740 179 | 0,6 |
| Forskning | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Annen drift (porto, innkjøp, IKT) | 1 938 351 | 1,7 | 2 144 051 | 1,8 | 1 667 165 | 1,4 |
| Kompetanseutvikling | 152 691 | 0,1 | 201 261 | 0,2 | 66 275 | 0,1 |
| Total | 116 143 396 | 100 | 122 065 359 | 100 | 117 230 705 | 100 |

Figur 9: Bruken av tilskuddsmidler årene 2008 - 2010 (kilde: seksjon for behandlingsreiser)



Figur 10: Fordeling av tilskuddsmidler årene 2008 - 2010 (kilde: seksjon for behandlingsreiser)

Konsernrevisjonen er kjent med at det har vært benyttet midler til forskning og kompetansebygging for ansatte tidligere år. I 2010 ble det avsluttet og igangsatt flere forskningsprosjekter, jfr. årsrapport 2010. Basert på intervjuer som er gjennomført har seksjonen på egenhånd styrt midler til forskning uten særlige føringer fra OUS, HSØ eller HOD. HOD har i enkelte tilfeller bedt seksjonen om å gjennomføre prosjekter for å undersøke om andre diagnose- og pasientgrupper kan ha effekt av samme behandling, herunder for eksempel MS pasienter og fibromyalgi. Det er igangsatt et arbeid med å utvikle forskningsstrategi for seksjonen.

For 2010 er det opplyst om det ikke ble brukt midler til utdanning og kompetanseheving, mens det i årsrapporten fremkommer en rekke opplærings tiltak. I følge årsrapporten fremkommer blant annet følgende som anses som større og kostbare tiltak:

- Masterstudie for kontorsjef og sykepleier
- Diverse nasjonale og internasjonale kongresser
- EULAR i Roma
- Videreutdanning i merkantil ledelse ved sykehus

Klinikken har vedtatt en innsparingsplan for å håndtere underskudd som er pådratt. Flere pasientgrupper vil ikke få mulighet til å reise høsten 2011. Dette gjelder ikke de grupper hvor antall pasienter allerede er avtalt. Dette er også annonsert på internettsidene og angår postpolio- og revmaprogrammet. Det er planlagt avsatt ca. 9,7 mill kroner i 2011 til å dekke underskuddene fra 2009 og 2010, mens det i 2010 ble avsatt ca. 3,3 mill kroner til tross for et underskudd i 2010 på ca. 5,2 mill kroner.

Det er flere forhold som har forårsaket underskuddene, herunder:

- Økte priser på flyreiser til Viatour (ca. 29 % fra 2009 - 2011)
- Kansellering av flyreiser på grunn av askeskyen vår 2010
- Delvis gjennomført spareplan i 2010
- Ikke budsjettert tomme seter ved første og siste flyreise
- Ikke budsjettert aktivitet på behandlingsstedene
- Innføring av husleie og overheadkostnader i 2009
- Endrede forutsetninger for budsjettering av pensjonsberegninger og overhead

Gjennomgangen viste at seksjonen på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen, dekket lønn for en stilling på 50 %, men hvor stillingsinnehaveren i dag ikke har oppgaver knyttet til behandlingsreiser. Foretaket har brakt forholdet i orden med virkning fra 1.6.2011.

Gjennomgangen har også vist at det planlegges tatt ut overlegepermisjon som seksjonen skal dekke 50 % av kostnadene til. Det er opplyst at permisjonskostnadene er vurdert av jurist og funnet i orden.

Det utarbeides årlig periodisert budsjett for seksjonen i samsvar med foretakets rutiner og maler. Budsjettet blir stort sett forpliktet ved årets start fordi seksjonen forplikter seg til å benytte et fast antall plasser ved de fleste behandlingsstedene til gitte tidsperioder. Dette gjelder da også bestilling av fly (charter). Som en følge av dette er det vanskelig for seksjonen løpende å justere og omfordele forbruk og kostnader. I tilfeller hvor pasientene kansellerer reisene, må seksjonen likevel betale for oppholdet og reisen siden bestillingen er gjort.

Seksjonen har imidlertid et samarbeid med svensk og finsk psoriasisforbund og Forsikringskassen på Island om behandlingstilbud til psoriasispatienter i norsk regi. Derfor kan ledige plasser selges til disse skandinaviske landene. At reisene betales lenge i forveien av faktisk utførelse skaper periodiseringsutfordringer i regnskapet.

Økonomi- og regnskapsfunksjonen ligger på klinikknivå. Seksjonen mottar regnskapstall månedlig fra økonomi på klinikknivå. Disse blir bearbeidet av kontorsjefen og gjennomgått av seksjonsleder sammen med kontorsjef og avdelingsleder. Det er ikke etablert praksis for beregning og rapportering på prognoser og estimater fremover i tid.

Seksjonen har ikke selv tilgang til regnskapsdata og er derfor avhengig av rettidig rapportering fra økonomi på klinikknivå.

Seksjonens inntekter består av egenandeler som søkerne og barns ledsagere må betale i etterkant av gjennomført behandlingsreise. I tillegg kreves det gebyrer dersom reisen blir kansellert etter fastsatte datoer uten legeerklæring. Dersom pasienter blir sendt hjem på grunn av uønsket oppførsel er det etablert sanksjoner som krever at pasienten må betale reisen på egenhånd. Inntekter blir regnskapsført ved utsendelse av faktura og det føres reskontro for oppfølging av utestående fordringer og restanser. Seksjonen kjører selv ut restanselister som følges opp, mens purringer på ubetalte krav utføres sentralt i OUS. Kreditor benyttes ved inkassotjenester. Det er opplyst om søkere ikke får innvilget behandlingsreise dersom de har utestående. Søkerne blir da kontaktet og opplyst om dette.

Når det gjelder fakturering betaler seksjonen både forskuddsvis og etterskuddsvis av gruppereisene. Faktureringsvilkår er kontraktsfestet. Enkelte fakturaer må kontrolleres opp mot antall reisende per gruppe, mens for andre fakturaer er det forhåndbestemt antall reisende som det må betales for uansett. Det sendes også fakturaer på for eksempel kjøp av nødvendig utstyr til behandlingen. Disse fakturaene kontrolleres og aksepteres først av utsendt personell på behandlingsstedene før seksjonen får disse til kontroll og godkjenning.

For øvrig får enkelte behandlingsgrupper med seg håndkasser i størrelsesorden 2.500 – 15.000. Det er etablert en rutine for at man skal kontakte ansvarlig for pasientgruppen eller seksjonsleder for aksept av bruk samt at alle kjøp skal dokumenteres med kvitteringer. Det er utarbeidet en rutinebeskrivelse for håndkasser. Til slutt blir også seksjonen fakturert for oppholdskostnader for utsendt personell til behandlingsstedene. De forskjellige behandlingsstedene har ansvar for å finne egnede boliger til personale og sender faktura til seksjonen. Seksjonen dekker ikke kost knyttet til oppholdet for ansatte. Det er utarbeidet en brukerhåndbok for fakturering i Oracle og egne rutinebeskrivelser for fakturering av pasienter, i tillegg til retningslinjer for kontering.

Fakturaer blir sendt per post fra behandlingsstedene som skannes av Fakturaservice. Seksjonen bruker BasWare som elektronisk fakturasystem hvor fakturaene kanaliseres til personer med riktig fullmakt for attesting og anvisning. Fakturaene kontrolleres opp mot avtalte kontraktsvilkår. På tidspunktet for gjennomføring av revisjonen var det 4 personer som hadde attesteringsfullmakt og 2 som hadde anvisningsfullmakt.

Alle reiseregninger skal godkjennes av seksjonsleder eller kontorsjef som back-up ressurs. Det er en merkantilt ansatt som registrerer alle reiseregninger og sender disse til Sykehuspartner. Merkantilt registrerer også alt av lønn for fast ansatte og engasjementer.

Det er de lokale helseforetakene som må betale søkeres reisekostnader for å komme seg til Gardermoen. Pasientreiser gir refusjon for transport basert på rimeligste transportalternativ.

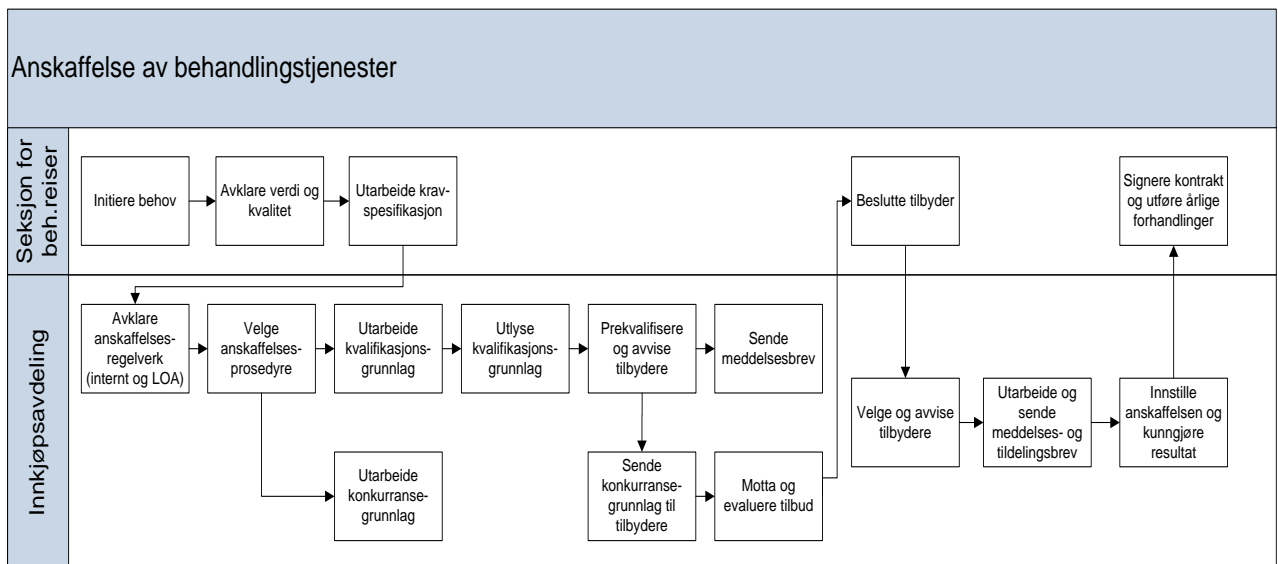
Støtteprosess - Anskaffelser

Seksjonen inngår kontrakter med ulike behandlingssteder til en verdi av ca. 58 mill kroner årlig. Det inngås fireårige kontrakter som er gjenstand for årlig forhandling med hensyn til blant annet pris. Det er seksjonsleder som gjennomfører forhandlingene og godkjenner utfallet. Forhandlingene skjer på høsten og omfatter i stor grad prisdiskusjoner og små detaljer i kontrakten. Det føres ikke referat fra forhandlingene.

I tillegg er det inngått en årlig løpende kontrakt i perioden 2010-2017 med reisebyrået Viatour som årlig beløper seg til ca 21,3 mill kroner. Store kontrakter for pasientbehandling inngås om høsten, mens de mindre avtalene inngås etter nyåret når budsjettet er kjent. Det er opplyst om at det har vært gjennomført anbudskonkurranse for reisevirksomheten, men at konkurrerende selskaper ikke nådde opp på grunn av for høy pris. Utlysningen er imidlertid gjort før siste kontraktsperiode som er 2010-2017.

I tillegg er det opplyst at behandlingstjenester til barnegruppen for revmatologi ikke er blitt utlyst som de øvrige behandlingstjenestene. Dette er koststed 441517 som utgjør ca. 6,9 mill kroner (varer og tjenester og andre driftskostnader).

Gjennomføringen av anskaffelsene for behandlingssteder utføres hvert fjerde år i samarbeid med sentralisert innkjøpavdeling i OUS. Her er det en fast person som samarbeider med seksjonen i utførelsen, i tillegg til jurister for å sikre etterlevelse av anskaffelsesregelverket. Figuren viser anskaffelsesprosessen og ansvarsdelingen mellom sentralisert innkjøpavdeling og seksjonen.



Figur 11: Prosesskart for anskaffelsesprosessen

Utlysning av konkurranser gjøres via TED databasen. Anskaffelsesmetoden er åpen konkurranse med forhandling. Det gjennomføres prekvalifisering med definerte krav til tilbydere. Vurderingen av tilbydere som går videre gjøres i samarbeid mellom seksjonen og innkjøpsavdelingen.

Det er seksjonen som utarbeider og oppdaterer kravspesifikasjonen i forhold til behov og krav til kvalitet, mens innkjøpsavdelingen kunnngjør etter aksept fra seksjonen. Kravspesifikasjonen utarbeides av seksjonsleder med bistand fra legene og sykepleierne i seksjonen. Innkjøpsavdelingen håndterer all brevutsendelse og korrespondanse med tilbyderne. Dette gjelder avvísninger, meddelelsesbrev, spørsmål og svar etc. Åpning av tilbudene gjøres hos innkjøpsavdelingen med seksjonsleder til stede hvor det føres åpningsprotokoll. Det benyttes evalueringsmatriser og scoringskort som grunnlag for valg av tilbydere. Dette er enkle modeller med få kriterier som gir rom for skjønnsutøvelse. Innkjøpsavdelingen utarbeider en innstilling som beskriver hele anskaffelsesprosessen. Innstillingen godkjennes av seksjonsleder før offentliggjøring og arkivering. Til slutt utarbeides det anskaffelsesprotokoll, kontrakten signeres og resultatet av konkurransen kunnngjøres.

Det benyttes standard kontraktmaler som jurister i innkjøpsavdelingen har gått igjennom og kvalitetssikret. Konsernrevisjonen er ikke kjent med kvalitetssikringsarbeidet eller den juridiske kompetansen. Det inngås avtaler med de samme behandlingsstedene etter fire års perioder. Dette grunnet at det stilles relativt strenge og klare krav til behandlingsstedene, herunder:

- Reisetid
- Værforhold
- Forsvarlig drift og behandling
- Kvalitet og kompetanse
- Universell utforming
- Kapasitet til store pasientgruppe

Det ble inngått ny avtale for en fire års periode (2011 – 2014) for programmene innen revmatologi, psoriasis og astma/kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. Det skal inngås ny fire års periode for programmet postpolio i 2012.

Vurdering av tilbudene og tilbyder gjøres av seksjonsleder og leger, sammen med innkjøpsavdelingen. Det gjennomføres vurderinger i prekvalifiseringsfasen og selve tilbudsfasen. Det er seksjonen selv som står ansvarlig for å velge rett tilbyder, mens innkjøpsavdelingen skal sikre at anskaffelsesprosessen går

riktig for seg og etterlever kravene i anskaffelsesregelverket. Seksjonen har ansvaret for å følge opp kontraktene etter inngåelse.

Innkjøpsavdelingen bruker for øvrig standard maler for brev, protokoller, utlysingsdokumenter etc. Når anskaffelsene er ferdigstilt og kontrakt signert av seksjonsleder blir alt av dokumentasjon, inkludert kontrakten, arkivert i e-Phorte, i tillegg til papirarkiv. Det er innkjøperen som er ansvarlig for å sikre riktig dokumentasjon og etterprøvbarehet.

Det er opplyst om det tidligere var praksis å sende prøvegrupper til nye behandlingssteder. Dette er imidlertid ikke praktisert de senere år på grunn av stram økonomi og underskudd i 2009. Seksjonen har likevel planer om at et nytt sted i Slovenia skal prøves ut i fremtiden.

Gjennom intervjuene har det kommet frem at det er forskjeller mellom behandlingsstedene med hensyn til økonomisk soliditet, kvalitet på behandlingstjenester, oppfølging av pasienter og behandling, samt kvalitet på dokumentasjon og statistikk fra behandlingene. Konsernrevisjonen har ikke undersøkt dette nærmere på grunn av begrensninger i mandatet.

Det er gjennomført enkelte tester av anskaffelsesprosessen. Dette gjelder for tre utvalgte kontrakter: (1) Balcova Termal Turizm, Tyrkia, (2) Institute Igalo, Montenegro og (3) Scandinavian Rehab Center AS, Tyrkia. Resultatet fra disse testene viste at kontraktene er inngått etter forutgående konkurranse etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Konsernrevisjonen har gått igjennom og vurdert kontrakten mellom OUS og Viatour på et overordnet nivå. Avtalens innhold handler i stor grad om reisebyrå tjenester, i tillegg til reiseforsikring. Avtalen er datert og signert av begge parter og inneholder beskrivelse av hvilke reisebyrå tjenester som skal leveres, innholdet i tjenestene, økonomiske forhold, avbestillinger og force majeure. Som tidligere nevnt løper avtalen årlig fra 2010 til 2017 som er i strid med anskaffelsesregelverket. I tillegg har avtalen etter konsernrevisjonens enkelte svakheter:

- Mangler punkt for prisreguleringer/-endringer for tilbudte tjenester med unntak av flysetepreisen
- Mangler punkt om kontaktpersoner og kontaktinformasjon hos begge parter
- Mangler punkt for forhandlinger
- Mangler punkt om møtevirksomhet og evaluering av avtalen og tjenestene
- Mangler punkt for problemløsning og håndtering av feil og avvik
- Mangler punkt for sanksjoner og erstatningsansvar utover force majeure
- Utydelig hvordan eventuelle underskudd skal dekkes mellom partene som følge av færre/mindre pasientgrupper

I kontrakten fremkommer det at Viatour bruker sin samarbeidspartner Europeiske Reiseforsikring. Avtalen sier også at reiseforsikringen ikke gjelder i helgene under pasientoppholdet. Grovt anslag for forsikringssum i 2010 er ca 1,9 mill kroner (2.700 pasienter x 28 døgn x 25,5 NOK).

Konsernrevisjonen har også gjennomgått kontrakter inngått mellom OUS og behandlingsstedene. Kontraktene varierer innholdsmessig og i graden av detaljer. Alle kontraktene er basert på forskuddsfakturering med unntak av to kontrakter med Det Norske Helsesenter (Gran Canaria) og Clinica Vintersol-Humlegården (Tenerife). Økonomi og betalingsvilkår er definert i alle kontakter, men det savnes en tydeligere definering av fakturering av eventuelle tilleggskostnader og om prisene er inkludert eller ekskludert mva. Enkelte kontrakter stiller krav til rapporter, mens andre ikke. Krav til rapportinnhold er ikke definert i noen av de mottatte kontraktene.

OUS har også inngått kontrakter med psoriasisforbundet i Sverige og Finland vedrørende salg av behandlingsplasser i Gran Canaria. Disse anses som hensiktsmessig utformet.

2.4.3 Vurderinger og anbefalinger

Fordeling av midler

Konsernrevisjonen anbefaler det utarbeides faste fordelingsnøkler av tilskuddsmidlene. Dette bør avklares med ledelsen i OUS, HSØ og HOD for å sikre korrekt bruk av tildelte midler. Det vurderes som viktig at det er dokumenterte rutiner og kriterier for fordeling av midlene. På den måten kan seksjonen også forsvare tilskuddsbruken ovenfor pasientorganisasjonene.

Det gjennomføres årlige forhandlinger med behandlingsstedene hvor hovedtemaet er pris. Det anbefales at det føres referater fra forhandlingene for å dokumentere diskusjoner og utfall. I disse samtaler kan det også være god praksis å ta opp eventuelle utfordringer og problemstillinger som er identifisert gjennom året, i form av tilsyn/oppfølging og tilbakemeldinger fra personell og pasienter. På den måten sikres det at behandlingsstedene blir ansvarliggjort for sitt arbeid, samtidig som seksjonen vil stille med sterkere forhandlingskort.

Tilskuddsprosess

Seksjonen har ikke utarbeidet retningslinjer for habilitet i saksbehandlingen. Ved gjennomgangen er det ikke funnet indikasjoner på spesielle habilitets- eller interessekonflikter eksisterer. I tillegg er det slik at søkerne ikke nødvendigvis har et forhold til verken OUS eller saksbehandlerne. Seksjonen møter ikke søkerne/pasientene, men videreformidler et behandlingsopplegg. Etter konsernrevisjonens syn bør likevel spørsmål om habilitet og eventuelle interessekonflikter inntas i egne etiske retningslinjer for seksjonens virksomhet eller i rutinebeskrivelsene som brukes i tilskuddsforvaltningen. Dette gjelder ikke bare mot søkere, men også i forhold til pasientorganisasjoner og diagnosegrupper.

Det er startet et arbeid med å skriftliggjøre vurderingskriterier/uttakskriterier. Vurderingene er likevel basert på enkelte kriterier sammen med skjønn. Konsernrevisjonen ser det som positivt at det er igangsatt et slikt arbeid. Dette vil bidra til å sikre likebehandling og at seksjonen fremstår mer enhetlig utad. Konsernrevisjonen vil likevel påpeke at vurderings-/uttakskriteriene bør fremlegges for HSØ og HOD for uttalelse, eventuelt også godkjennelse.

Konsernrevisjonen er kjent med at det finnes ventelister i flere kategorier, men at ventelister for voksne ikke inneholder en prioritet mellom søkerne. Vurdering av ventelistene er derfor skjønnbasert og ikke basert på faste vurderingskriterier. Det anbefales at det i større grad i saksbehandlingen differensieres mellom søkerne slik at det blir en tydelig prioritering i ventelistene. På den måten kan seksjonen dokumentere de valg som er foretatt og det blir lettere å forsvare eventuelle klager fra søkerne.

Konsernrevisjonen ser positivt på at saksbehandlerne diskuterer aktuelle problemstillinger og utfordringer knyttet til behandlingsreiser. Det anbefales samtidig at slike møter i større grad formaliseres og dokumenteres ved referater. På den måten dokumenteres det at likebehandling og kvalitet i saksbehandlingen står i fokus.

Gjennomgangen har vist at vedtak som fattes for søknad om behandlingsreise, ikke anses som enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven. Det betyr at søkere ikke har klageadgang. Konsernrevisjonen finner det positivt at seksjonen likevel har lagt opp til en saksbehandling, herunder klageadgang som i hovedsak er lagt opp rundt forvaltningslovens bestemmelser.

Gjennomgangen har vist at det mottas en rekke rapporter fra behandlingsreisene. Konsernrevisjonen finner dette positivt, men det savnes imidlertid en mer formell og ensartet prosess for oppfølging av rapporteringen. Dette bør sees i sammenheng med tilsyns-/oppfølgingsoppgavene og tas opp med behandlingsstedene ved besøk eller i de årlige forhandlingene. Handlingsplaner med tydelig ansvar og ansvarsoppgaver bør innføres for å sikre tilstrekkelig involvering og oppfølging.

Tilsynsprosess

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at seksjonen gjennomfører oppfølging av inngåtte behandlingskontrakter og de ansatte på behandlingsstedene. Etter konsernrevisjonens vurdering er imidlertid det faglige tilsynet med behandlingsstedene ikke tilstrekkelig ivaretatt i dag. Det mangler både formell metodikk for gjennomføring av tilsyn, samt at innholdet i gjennomføringen ikke vurderes dekkende ut fra hva et faglig tilsyn bør omfatte. Gjennomføringen fremstår som uformell og lite formalistisk. Konsernrevisjonen anbefaler at seksjonen i større grad formaliserer oppfølgingsarbeidet. Det bør utarbeides en årsplan for besøk og oppfølging med tidspunkt og ansvarlige. I tillegg bør det utarbeides detaljerte sjekklister for hva som skal kontrolleres og hvordan dette skal gjennomføres, for eksempel standardiserte arbeidsprogram. Dette vil også gi god mulighet til å sammenlikne behandlingsstedene og samtidig gi et godt grunnlag for handlingsplaner.

Seksjonen bør sikre at prosedyren for tilsyn etterleves ved at det utarbeides skriftlige rapporter etter hver oppfølging. Etter konsernrevisjonens syn bør rapportene inneholde en handlingsplan for oppfølging av eventuelle avvik for å sikre ønsket forbedring.

Konsernrevisjonen stiller spørsmål ved tilsynets/oppfølgingens transparens og åpenhet. Dette både utføres og rapporteres internt i seksjonen uten at andre parter er involvert eller informeres. Det kan også oppstå interessekonflikter knyttet til vurdering av det medisinskfaglige tilbudet på behandlingsstedene. Dette grunnet at seksjonen har egne ansatte som jobber på behandlingsstedene, og at det er seksjonen som velger ut tilbydere og inngår kontrakter basert på vurdering av blant annet kvalitet, kompetanse og behandlingstilbud. Dersom det er ønskelig at det skal gjennomføres formelle tilsyn bør seksjonen og OUS gå i dialog med HSØ og HOD for å vurdere om en uavhengig part bør utføre slike oppgaver. Dette vil kunne forhindre eventuelle interessekonflikter knyttet til å vurdere behandlingsstedenes medisinskfaglige tilbud.

Rutinebeskrivelsen for behandlingsstedene innenfor revmaprogrammet er hensiktsmessige. Seksjonen bør sikre at det foreligger slike rutinebeskrivelser og prosedyrer for alle behandlingssteder og behandlingsprogrammer. På den måten sikres det enhetlig praksis samtidig som tilsyns-/oppfølgingsarbeidet forenkles og hjemles.

Støtteprosess - Økonomi

Etter konsernrevisjonens syn kan det stilles spørsmål om flere av forholdene som har forårsaket underskudd i 2009 burde vært iverksatt risikodempende tiltak mot. Det burde for eksempel vært nærmere vurdert om det må budsjetteres for tomme seter ved første og siste flyreise som vil være aktuelt for alle år og således burde være kjent. Spareplanen er alene ikke en kostnadsdriver som bidrar til økte kostnader og underskudd. Spareplanen innebærer reduksjon av behandlingsreiser og kutt i aktiviteten.

Konsernrevisjonen anbefaler at seksjonen og OUS går i dialog med HSØ og HOD for å avklare hvordan bruken av tilskuddsmidlene skal være. Gjennomgangen har vist at det ikke er gitt nærmere føringer for dette. Det er vist til NOU:2000 som det eneste styringsdokumentet for tilskuddsordningen. Slik konsernrevisjonen ser det, er NOU:2000 ikke behandlet og vedtatt i stortinget, og det har samtidig vært en utvikling både innenfor forskning og medisiner siden år 2000. Gjennom intervjuene er det kommet flere innspill hvor det pekes på et behov for å gjøre nye utredninger rundt behandlingsreiser og samtidig sikre at det utarbeides regelverk eller styringsdokumenter som setter tydelig krav til tilskuddsordningen. Dette vil være i tråd med kravene i økonomireglementets kapittel 6, og konsernrevisjonen vil derfor anbefale at seksjonen sørger for dette.

Konsernrevisjonen finner grunn til å stille spørsmål ved enkelte sider ved bruken av tilskuddsmidlene. Dette gjelder først og fremst bruk av tilskudd til å lønne personer som ikke arbeider med behandlingsreiser, men også bruk av tilskuddsmidler til dekning av overlegepermisjon, forskning og videre- og etterutdanning av personell i seksjonen. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket tar nærmere stilling

til dette og at det ved eventuell tvil om tilskuddsmidlene skal kunne nyttes til kompetanse-utviklingstiltak, forskning m.v., sørges for at spørsmålet tas opp med eier.

Konsernrevisjonen finner også grunn til å peke på at planen som er utarbeidet for å dekke underskuddet fra 2009, innebærer at det for en periode må kuttes i antall behandlingsreiser. Etter konsernrevisjonens syn bør dette tas opp med eier med hensyn til riktig bruk av tildelte midler og formål med tilskuddsordningen. Når det gjelder forskningsstrategien bør denne formelt godkjennes av HSO.

Konsernrevisjonen anbefaler ellers at det legges enda større vekt på budsjettoppfølgingen i seksjonen, og at eventuelle behov for økonomikompetanse tas opp i dialog mellom seksjons-, avdelings- og klinikkledelsen. Dette for å unngå fremtidige underskudd gjennom bedre planlegging og budsjettering av midler.

Støtteprosess - Anskaffelser

Behandlingstjenester for barnegruppen innen revmatologi er ikke konkurranseutsatt som de øvrige behandlingstjenestene. Dette er i strid med lov og forskrift om offentlige anskaffelser og bryter med prinsippet om konkurranse og likebehandling av leverandører. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket sørger for å utlyse konkurranse om kontrakt for denne tjenesten så snart som mulig.

Det er etablert kontrakter med Viatour og de forskjellige behandlingsstedene. I tillegg er det inngått kontrakter med psoriasisforbundet i Sverige og Finland om salg av behandlingsplasser. Etter konsernrevisjonens syn har kontraktene enkelte svakheter og det anbefales at seksjonen gjennomfører en kvalitetssikring av dagens kontraktsmalen. Forhold som særskilt bør ses nærmere på er betalingsvilkår, faktureringsvilkår, krav til rapportering og dokumentasjon av behandling. I kontraktene bør det fremkomme krav om etterlevelse av rutinebeskrivelser for behandlingsstedene.

Kontrakten med Viatour løper frem til 2017 med automatisk oppsigelse. Etter konsernrevisjonens vurdering er avtalen inngått i strid med anskaffelsesregelverket som sier at avtaler kan inngås for fire år av gangen. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket foretar nærmere vurderinger av dette og at det eventuelt vurderes gjennomført ny anbudskonkurranse for å sikre at anskaffelsesregelverket etterlevs, samt at en eventuell eneleverandørsituasjon blir hensiktsmessig dokumentert. I tillegg bør seksjonen også revidere kontraktens innhold og vilkår for å sikre at man ikke påtar seg unødige høy risiko, med hensyn til tidligere nevnte punkter i kontrakten. Seksjonen bør også vurdere om reiseforsikringen skal håndteres av Viatour. Det vil være en relativt enkel oppgave å sjekke ut markedet med hensyn til prisnivå. Når det gjelder reiseforsikringen påpeker vi viktigheten av at seksjonen har sikret at pasientene også er forsikret i helgene under behandlingsoppholdet.

2.5 Systemer

2.5.1 Vurderingskriterier

I vurderingen av systemer er det lagt til grunn følgende vurderingskriterier:

- Informasjon og dokumentasjon behandles og oppbevares hensiktsmessig med hensyn til informasjonssikkerhet og tilgjengelighet for databehandlere
- Systemer og informasjonsbehandling tilfredsstiller krav fastsatt av OUS
- Systemene inneholder loggfunksjon og sporbarhet av endringer
- Uvedkommende skal ikke ha tilgang til sensitiv informasjon

2.5.2 Observasjoner

Seksjonen har et egenutviklet IT-system, Orkide, som benyttes i saksbehandlingen av behandlingsreiser. Systemet er tilgangsbegrenset ved at de ansatte må logge seg på med eget brukernavn og passord. I Orkide registreres søknad, personopplysninger og utfall av saksbehandlingen. Det er merkantilt personell som foretar registreringene. Det ligger ulike type statistikker i Orkide som kan tas ut etter behov. Endringer som foretas i systemet loggføres og er sporbare. Brukertilganger skal godkjennes av seksjonsleder eller kontorsjef før skjema sendes til IT-avdelingen for utførelse. I Orkide er det muligheter for å ta ut rapporter og statistikk. Dette benyttes blant annet til årsrapporten og løpende oppfølging og informasjon etter behov.

Det er kun en IT-ressurs som kjenner systemet og dette representerer en nøkkelpersonrisiko knyttet til vedlikehold og brukerstøtte. Det er imidlertid utarbeidet brukerhåndbøker for systemet og retningslinjer for koding av registrerte søknader.

Seksjonen har egne papirbaserte pasientjournaler som ikke er knyttet til helseforetakets elektroniske pasientjournalssystem. Behandlingsstedene er avhengig av å få tilgang til brukernes pasientjournaler for å tilpasse behandlingsopplegg. Dette løses gjennom at merkantilt personale i seksjonen eller ansatt personalgruppe frakter pasientjournaler til behandlingsstedene i samme omgang som pasientgruppene reiser. Elektronisk overføring av informasjon og data fordrer bruk av mobil-access som kun gis til fast ansatt personale ved OUS. Av den grunn kan seksjonen ikke sende informasjon og dokumentasjon elektronisk til behandlingsstedene.

I forkant av behandlingsreisene sender seksjonen ut hjelpebehovslistene til det respektive behandlingssted via e-post. Dokumentet inneholder pasientinformasjon og identitet. IT ved OUS har tidligere ytret at dette ikke anses som sikkert og godkjenner ikke utsendelse av e-post med persondata.

Det er opplyst at dagens ordning med frakt, overføring og oppbevaring av informasjon og data ikke tilfredstiller kravene til OUS. Persondata skal ikke sendes via vanlig ukryptert e-post og pasientjournaler skal være elektronisk lagret og det er ikke adgang for å frakte med seg papirbaserte pasientjournaler over landegrensene. Det er utarbeidet rutinebeskrivelser som omfatter bruk av PC og mobilutstyr.

Seksjonen har også et eget papirsaksarkiv som ikke er knyttet til OUS sitt hovedarkiv. Her oppbevares pasientjournaler sammen med informasjon om søkerne, søknadsutfall og behandlingsopphold. Pasientopplysninger oppbevares i låsbare arkivskap. I tillegg har seksjonen et system for inndeling av søknader basert på status i saksbehandlingsprosessen og ventelisten, herunder: skal vurderes, skal registreres, skal gruppeplasseres etc. Disse finnes også i låsbare arkivskap. Viktige brev av beslutningskarakter blir arkivert sentralt i e-Phorte på OUS.

Et at behandlingsstedene (Valle Marina) har tilgang til Orkide for å registrere brukereffekter av behandlingstilbudet. På behandlingsstedet er det ansatt en fast personalgruppe og det er etablert infrastruktur for bruk av PC og systemer tilhørende OUS. Det er opplyst om at det er utfordringer knyttet til dataoverføringene. Konsernrevisjonen er ikke kjent med at dette er tilgjengelig for andre behandlingssteder.

2.5.3 Vurderinger og anbefalinger

Dagens rutine for oppbevaring av saksmapper i låsbare arkivskap anses som hensiktsmessig.

Konsernrevisjonen ser det som positivt at Orkide er tilgangsbegrenset og sikret mot uvedkommende gjennom bruk av brukernavn og passord. Det er også etablert en tilfredsstillende rutine for tildeling av tilganger til systemet. Imidlertid er det en svakhet at kun en IT-ressurs har kompetanse på vedlikehold og service knyttet til systemet. Dette representerer en nøkkelpersonrisiko og vi anbefaler at ytterligere

en person læres opp og fungerer som back-up. Dette vil bidra til at seksjonen kan få bedre service ved behov og at sårbarheten ved fravær og hektiske perioder reduseres.


Konsernrevisjonen legger til grunn IT-avdelingens vurdering om risiko knyttet til å sende personopplysninger via ukryptert e-post. Det anbefales at seksjonen og IT-avdelingen i samråd blir enige om hvilke løsninger som kan benyttes for å sikre etterlevelse av OUS sine krav om informasjonssikkerhet, samt bruken av mobil-access på behandlingsstedene. I tillegg bør seksjonen også sikre at behandling og oppbevaring av pasientjournaler tilfredsstiller OUS sine rutiner og krav. Ved brevsendinger skal data og dokumentasjon avpersonifiseres.

Konsernrevisjonen ser det som positivt at ett behandlingssted systematisk registrerer behandlingsstatistikk. Det anbefales at seksjonen, i samråd med IT-avdelingen, vurderer om ytterligere behandlingssteder bør innføre dette. Dette vil bidra til at man enkelt kan få tilgang til historiske data og vurdere effekten av behandlingstilbudet.



Rapport 3/2011

Revisjon av tilskuddsordningen for behandlingsreiser til utlandet



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
5.8.2011

| | |
|------------------------------|---|
| Rapport nr. | 3/2011 |
| Revisjonsperiode | Januar 2011 – mai 2011 |
| Virksomhet | Oslo universitetssykehus HF |
| Rapportmottaker | Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF |
| Kopi (av endelig rapport) | Styreleder Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF |
| Rapportavsender | Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst |
| Oppdragsgiver | Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen |
| Revisor | Christian Stensrud, Per H. Wongren og Sigve Aasebø (Ernst & Young), samt Karl-Helge Storhaug (oppdragsansvarlig) |

Innhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 3 |
| 1.1 | BAKGRUNN OG FORMÅL | 3 |
| 1.2 | REVISJONSGRUNNLAG, PROSESS OG METODE | 3 |
| 2 | TILSKUDDSORDNINGENS UTFORMING | 4 |
| 2.1 | BESKRIVELSE AV TILSKUDDSORDNINGENS UTFORMING | 4 |
| 2.2 | VESENTLIGHET | 4 |
| 2.3 | FORMÅL..... | 4 |
| 2.4 | UTFORMING | 5 |
| 2.5 | STRUKTUR | 5 |
| 2.6 | TRANSPARENS..... | 5 |
| 2.7 | TILSKUDDSMOTTAKERE | 5 |
| 3 | TILSKUDDSFORVALTNINGEN | 6 |
| 3.1 | BESKRIVELSE AV TILSKUDDSFORVALTNINGEN | 6 |
| 3.2 | STRUKTUR | 7 |
| 3.3 | MENNESKER..... | 8 |
| 3.4 | PROSESSER..... | 8 |
| 3.5 | SYSTEMER..... | 9 |
| 4 | INFORMASJONSGRUNNLAG, INTERVJUER OG SAKSGANG | 10 |
| 4.1 | INFORMASJONSGRUNNLAG | 10 |
| 4.2 | GJENNOMFØRTE INTERVJUER..... | 10 |
| 4.3 | SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING..... | 11 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Konsernrevisjonen har i tråd med revisjonsplanen for 2010-2011 foretatt en intern revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følger av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72. Revisjonen er anmodet fra Oslo universitetssykehus HF (OUS) og er gjennomført etter godkjenning fra konsernrevisjonens oppdragsgiver (revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF).

Formålet har vært å kartlegge og vurdere om tilskuddsforvaltningen har hensiktsmessig intern styring og kontroll og er ivaretatt på en god måte, samt om tilskuddordningen er tilstrekkelig og hensiktsmessig utformet. Revisjonen har vært risiko- og forbedringsdrevet. Søkelyset har vært rettet mot svakheter i intern styring og kontroll som kan true målrealiseringen. Det er sett nærmere på etablerte rutiner for å vurdere om det er etablert hensiktsmessig intern styring og kontroll med virksomheten. I dette ligger en forventning om det:

- Er etablert et hensiktsmessig system for intern styring og kontroll tilpasset risiko og vesentlighet og som er dokumentert og etterprøvbart
- Er oversikt over i hvilken grad systemet for intern styring og kontroll fungerer tilfredsstillende og bidrar til å sikre måloppnåelse
- Gjennomføres risikovurderinger og at nøkkelerisikoen er håndtert gjennom hensiktsmessige kontrolltiltak

Revisjonen har ikke omfattet vurdering av effekter for pasienter og samfunnet for øvrig, politiske prosesser og beslutninger eller utforming og innhold i regelverk og styringsdokumenter.

1.2 Revisjonsgrunnlag, prosess og metode

Krav og føringer for forvaltning av tilskuddsordninger avledes fra statens økonomiregelverk, kapittel 6 Forvaltning av tilskuddsordningen, Statens senter for økonomistyrings veileder for tilskuddsforvaltning, NOU:2000 Behandlingsreiser til utlandet og prinsipper for helhetlig virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst.

Revisjonen er gjennomført i tiden fra januar til mai 2011. Det er lagt vekt på nær dialog med OUS for å kommunisere funn på et tidligst mulig tidspunkt slik at eventuelt behov for snarlige tiltak kan settes i verk så snart som mulig. Revisjonen er basert på informasjon som er mottatt gjennom intervjuer, skriftlige redegjørelser og tilgjengelige dokumenter utarbeidet av og/eller lagt til grunn i OUS, Helse Sør-Øst RHF (HSØ) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Vurderinger og konklusjoner er trukket på grunnlag av den dokumentasjon som forelå da revisjonen ble gjennomført.

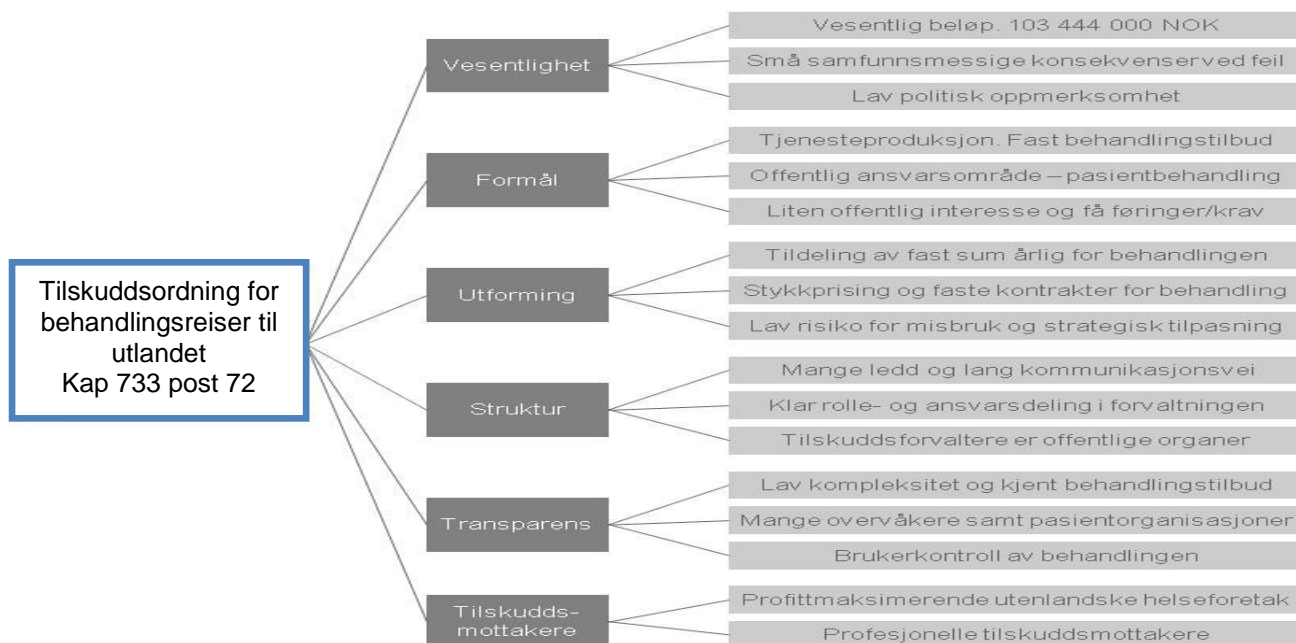
Den siste vurderingen/evalueringen på virksomheten for behandlingsreiser var NOU: 2000 "Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar?". I forslag til Statsbudsjett 2011 var det anført at "det legges opp til en samlet evaluering i 2011" og Helsedirektoratet har fått i oppgave å gjøre dette. I departementets føringer til direktoratet for gjennomføring av evalueringen, er det vist til at denne bør søke å bygge på funn fra HSØ v/konsernrevisjons revisjon av området.

Revisjonen er gjennomført av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst med bistand fra Ernst & Young. Konsernrevisjonen er prosjekteier Teamet fra Ernst & Young har bestått av Sigve Aasebø, Per H. Wongren og Christian Stensrud. Disse har vært ansvarlig for at oppdraget har blitt gjennomført og rapportert i samsvar med godkjent prosjektplan.

2 Tilskuddsordningens utforming

2.1 Beskrivelse av tilskuddsordningens utforming

Ved gjennomgangen av tilskuddsordningens utforming er det tatt utgangspunkt i figuren under og gitt beskrivelser av viktige elementer som bør hensyntas i en tilskuddsforvaltning. Dette vil bidra til å vurdere hvilket behov for styring og kontroll tilskuddsforvaltningen trenger og samtidig rette søkelyset på hvilke områder som bør forbedres.



Figur 1: Sentrale elementer for å beskrive og vurdere tilskuddsordningen

2.2 Vesentlighet

Behandlingsreiser til utlandet er en tilskuddsordning under statsbudsjettets kapittel 733 post 72. I 2010 ble det bevilget ca 103,4 mill kroner, mens det for 2011 er bevilget ca 105 mill kroner.

Fra politisk hold, bevilgende myndigheter og pasientorganisasjoner har tilskuddsordningen tidvis vært gjenstand for diskusjon i forhold til faglige/prioriteringsmessige aspekter. Det er i dag lav politisk oppmerksomhet knyttet til behandlingsreiser. Behandlingsreiser er lite omtalt i media og nyhetsbildet.

Ved eventuelle feil og avvik fra etablert regelverk vil det ikke påføre samfunnet vesentlige konsekvenser. Hvis pasienter ikke får tildelt plass eller blir forhindret fra å delta i behandlingsopplegget, vil det ikke medføre store konsekvenser verken for pasienten eller samfunnet for øvrig.

2.3 Formål

Behandlingsreiser er et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper. Behandlingsreisene er et standardisert behandlingsopplegg for pasienter som skal være et supplement til annen behandling. Behandlingsreiser er et offentlig ansvarsområde. Tilbudet omfatter profesjonell helsebehandling av flere diagnosegrupper som er underlagt statens ansvarsområde. I Norge stilles det krav til kvalitet i behandlingen av pasienter som også gjør seg gjeldende ved behandling av norske pasienter i utlandet.

Det er ikke utarbeidet styringsdokumenter utover NOU:2000 Behandlingsreiser til utlandet. Behandlingsreiser er ikke et særskilt tema i styringsdialog mot verken HSØ eller HOD. Gjennom intervjuene er det bekreftet at det ikke er gitt særskilte føringer eller krav om formålet med tilskuddsordningen eller bruken av tilskuddsmidlene.

2.4 Utforming

Behandlingsreiser tildeles en fast sum midler årlig som ut fra en behovsvurdering skal fordeles på mottakere innenfor fastsatte diagnosegrupper. Behovet for behandlingsreiser er forutsatt dekket gjennom det årlige tilskuddet. Tilskuddsforvalter selv må sikre at ordningen går i balanse hvert år. Seksjonen for behandlingsreiser inngår kontrakter for behandlingstilbud. I kontraktene avtales det en fast pris per pasient per døgn for det enkelte behandlingssted. Risikoen for misbruk av tilskuddsmidlene anses lav. Brukerne av behandlingsreisene mottar ikke midler, men ferdigbestilt opphold og reise. Behandlingsstedene sender faktura til seksjonen for betaling. Det er derfor kun seksjonen som forvalter midlene. Tatt i betraktning av at det ikke er gitt føringer for bruken av midler kan det være risiko for at seksjonen kan bruke tildelte midler på områder som ikke ligger innenfor intensjonene med ordningen. NOU:2000 gir heller ikke føringer for bruken av øremerkede tilskuddsmidler.

2.5 Struktur

Styringskjeden er relativt enkel, men samtidig er det lang vei fra utførende tilskuddsforvalter (OUS v/seksjon for behandlingsreiser) til tilskuddeier (HOD). Rolle- og ansvarsfordelingen i tilskuddsordningen fremstår som tydelig, og tilskuddsprosessen og tilhørende aktiviteter anses som konsistente. Stortinget er ansvarlig for å behandle og vedta tilskuddsordningen. HOD skal deretter etablere tilskuddsordningen og sette denne i verk gjennom blant annet å utarbeide et regelverk og gi føringer og krav til formål og forvaltningen av tilskuddsordningen. HOD tildeler årlige bevilgninger basert på behov, og er også ansvarlig for å evaluere og følge opp av tilskuddsordningen utføres som forutsatt.

HOD stiller midlene til disposisjon for HSØ gjennom det årlige bestillingsdokumentet. HSØ stiller igjen midlene til OUS sin disposisjon i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet. Forvaltningen av ordningen er lagt til Seksjon for behandlingsreiser som er organisert under klinikk for spesialisert medisin og kirurgi, avdelingen for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer.

2.6 Transparens

Tilskuddsordningen anses å ha lav kompleksitet. Behandlingstilbudet er godt kjent blant publikum, leger og pasientorganisasjoner. Det annonseres både i fagblader og på internettssidene til seksjonen. Det er flere overvåkere av behandlingstilbudet som gis i tilskuddsordningen. Helsedirektoratet utfører evalueringer, seksjonen utfører tilsyn/oppfølging av behandlingsstedene, pasientorganisasjonene er tett på alle nivå i styringskjeden og leger og sykehus er faglig involvert i å vurdere behandling og brukereffekter. Pasientene utøver brukerkontroll gjennom direkte deltakelse i behandlingsprogrammene. Det gjennomføres brukerevaluering etter gjennomførte gruppereiser.

2.7 Tilskuddsmottakere

Tilskuddsmidlene tilflyter brukerne i form av reise- og opphold ved behandlingssteder, samt behandlingsstedene i form av kontraktsfestede godtgjørelser. Brukerne er privatpersoner med rett diagnose som faller inn under tilskuddsordningen. Behandlingsstedene er profittmaksimerende foretak registrert både i Norge og utlandet.

Følgende programmer er gjennomført i 2010:

Revmaprogram

- Balcova termal Hotel Izmir (Tyrkia) – barn og voksne
- Institute Igalo (Montenegro) – kun voksne
- Reuma-Sol (Spania) – barn og voksne
- Casa Heddy (Lanzarote) – kun barn

Psoriasisprogram

- Valle Marina (Gran Canaria)

Postpolioprogram

- Scandinavian Rehab Center (Tyrkia)
- Vintersol (Tenerife)

Barn med astma og kroniske lungesykdommer

- Los Teques (Gran Canaria)

Gjennom revisjonen er det ikke kommet opp forhold som indikerer at tilskuddsmidlene brukes uriktig eller at behandlingsstedene ikke er riktige mottakere av midler. Bruken av tilskuddsmidlene i forhold til medisinsk faglig behandling og kvalitet i leveranser har ikke vært omfattet av gjennomgangen.

Konsernrevisjonen har samtidig stilt spørsmål ved bruken av tilskuddsmidler knyttet til forskning, kompetanseheving hos ansatte, dekning av tidligere års underskudd, kostnadsføring av 50 % stilling i seksjonen som vedrører person som ikke utfører oppgaver tilknyttet tilskuddsordningen (brakt i orden av foretaket fra 1.6.2011) og dekning av overlegepermisjon. Dette er nærmere omtalt i kapitlet støtteprosesser og økonomi.

Grunnet manglende styringsdokumenter og føringer har konsernrevisjonen ikke funnet det hensiktsmessig å gå nærmere inn på vurderinger av bruken av tilskuddsmidlene.

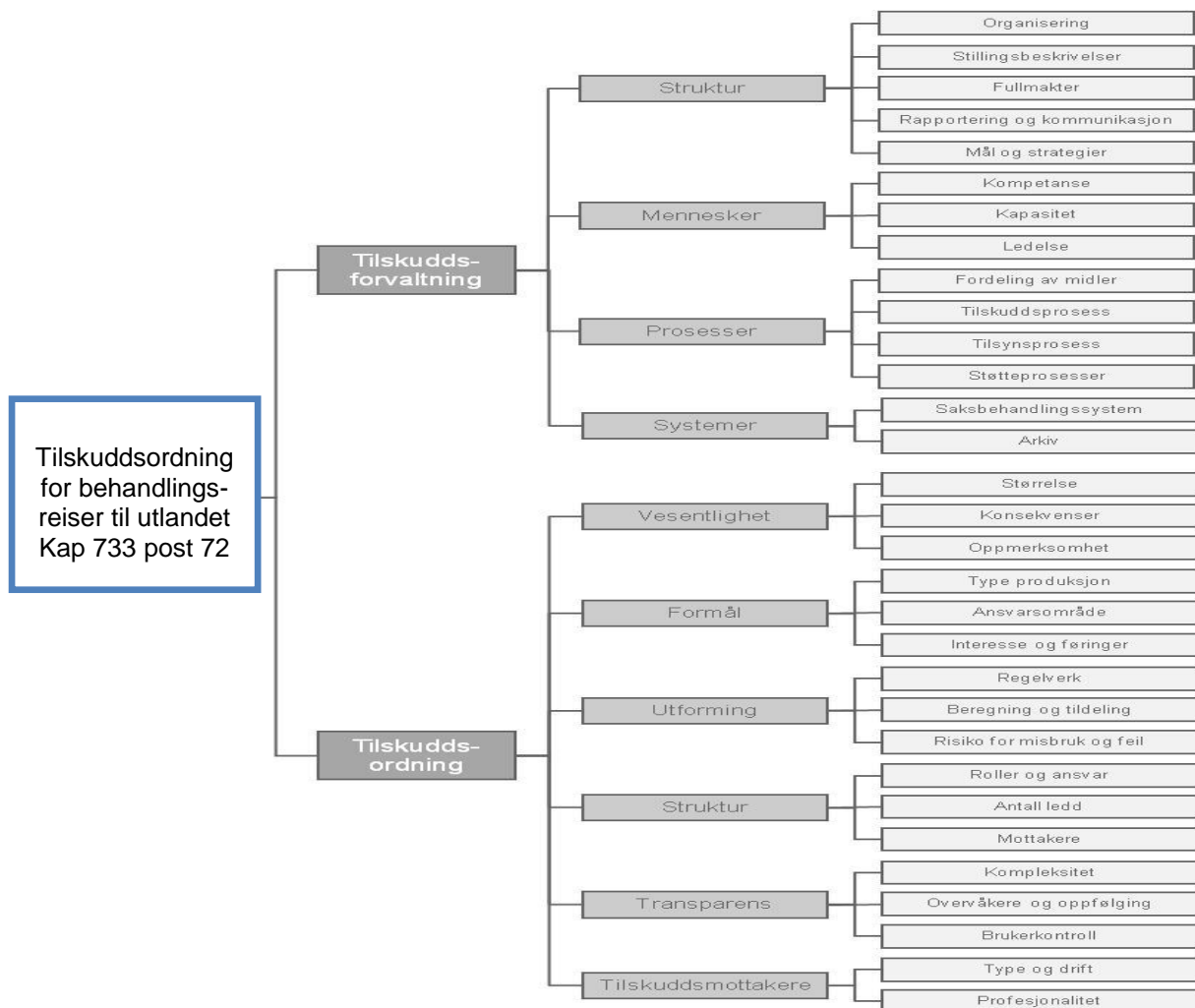
3 Tilskuddsforvaltningen

3.1 Beskrivelse av tilskuddsforvaltningen

Ved gjennomgangen av tilskuddsforvaltningen er det foretatt kartlegginger og vurderinger av elementer som struktur, mennesker, prosesser og systemer jf. figuren under.

De skriftlige rutinebeskrivelsene innenfor revisjonsområdet er ikke uttømmende og gjennomgangen er derfor i hovedsak basert på muntlig og skriftlig redegjørelse for prosessene. Av den grunn er det valgt å beskrive de viktigste prosessene.

Revisjonsteamet har gjennomgått og vurdert intern styring og kontroll i seksjonen for behandlingsreiser og etablerte systemer. Hypotesene som ble etablert i planleggingsfasen er kartlagt og testet. Det er gjennomført dybdeintervjuer med utvalgte nøkkelpersoner og datainnsamling med stor vekt på dokumentgjennomgangen. I analysefasen er hypotesene bekreftet eller avkreftet, og en vurdering av den praktiserte interne styring og kontroll hos tilskuddforvalter utført.



Figur 5: Angrepsvinkel og vurderingsområder

3.2 Struktur

3.2.1 Organisering

Organiseringen av seksjonen anses som hensiktsmessig sett ut i fra et styrings- og kontrollperspektiv. Det kan imidlertid reises spørsmål seksjonens organisatoriske tilknytning til klinikk for spesialisert medisin og kirurgi er hensiktsmessig, og det anbefales at foretaket gjør nærmere vurderinger av dette.

3.2.2 Fullmakter

På tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen etterlevde ikke seksjon for behandlingsreiser OUS sitt fullmaktssystem ved signering av kontrakter med behandlingssteder og reisebyrå. Tilsvarende gjaldt for anvisning av fakturaer fra avtalepartene. Konsernrevisjonen anbefaler at kontraktssignering og godkjenning av forhandlinger legges til klinikknivå, mens attestasjon og anvisning av fakturaer med beløpsstørrelse over kr 250 000, utføres av henholdsvis seksjonsleder og avdelingsleder.

3.2.3 Rapportering og kommunikasjon

Årsrapporten gir etter konsernrevisjonens oppfatning et relativt godt bilde av tilskuddsforvaltningen gjennom året. Det anbefales likevel at årsrapporten i større grad gir omtale av måloppnåelsen i forhold til utarbeidet strategidokument for seksjonen. I tillegg bør årsrapporten inneholde et fullstendig regnskap som viser bruken av tildelte tilskuddsmidler. HSØ og departementet vil da kunne vurdere

formålstjenlig bruk av øremerkede midler og eventuelt komme med tilbakemeldinger. Til slutt anbefales det at årsrapporten inntas i eller følger som et vedlegg til årlig melding fra foretaket.

3.2.4 Mål og strategier

Konsernrevisjonen anbefaler at seksjonens strategidokument integreres med klinikkens og foretakets strategier og mål, samt at seksjonen i større grad gjennomfører regelmessig rapportering og måling av etablerte mål og strategier. Videre anbefales at rapportering av måloppnåelse skjer månedlig eller kvartalsvis, og ikke bare årlig som i dag. Til slutt anbefales det systematiske dokumenterte risikovurderinger av seksjonen som helhet og tilskuddsforvaltningen særskilt.

3.3 Mennesker

3.3.1 Kompetanse

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at seksjonen har tilstrekkelig kompetanse til å utføre saksbehandlingen og de daglige gjøremål, samt at de ansatte har gode muligheter for kurs og opplæring. Det er hensiktsmessig at det stilles krav til kompetanse på behandlingsstedene og til personalgruppene. Det anbefales imidlertid at det gjøres nærmere vurderinger av seksjonens samlede kompetansebehov, og at det utarbeides kompetanseutviklingsplaner i tråd med dette. Videre anbefales det at seksjonen og involverte parter i OUS styrker kompetansen knyttet til tilskuddsforvaltning.

3.3.2 Ethiske retningslinjer

Tatt i betraktning at seksjonen har jevnlig kontakt med pasientorganisasjoner, har egne ansatte på utenlandske behandlingssteder og er i jevnlig kontakt med kontraktsfestede og potensielle behandlingssteder, bør seksjonen vurdere om det er behov for å utarbeide egne særskilte etiske retningslinjer.

3.4 Prosesser

3.4.1 Fordeling av midler

Konsernrevisjonen anbefaler at det utarbeides faste fordelingsnøkler av tilskuddsmidlene som søkes avklart med ledelsen i OUS, HSØ og HOD for å sikre korrekt bruk av tildelte midler. Det gjennomføres årlige forhandlinger med behandlingsstedene hvor hovedtemaet er pris. Det anbefales at det føres referater fra forhandlingene for å dokumentere diskusjoner og utfall.

3.4.2 Tilskuddsprosess

Det er ikke utarbeidet retningslinjer for habilitet i saksbehandlingen. Konsernrevisjonen anbefaler at spørsmål om habilitet og eventuelle interessekonflikter inntas i egne etiske retningslinjer for seksjonens virksomhet eller i rutinebeskrivelsene som brukes i tilskuddsforvaltningen.

Konsernrevisjonen ser det som positivt at det er igangsatt et arbeid for å skriftliggjøre vurderingskriterier/uttakskriterier. Konsernrevisjonen anbefaler at slike kriterier fremlegges for HSØ og HOD for uttalelse, eventuelt også godkjenning.

Konsernrevisjonen er kjent med at det finnes ventelister i flere kategorier, men at ventelister for voksne ikke inneholder en prioritet mellom søkerne. Vurdering av ventelistene er derfor skjønnsbasert og ikke basert på faste vurderingskriterier. Det anbefales at det i større grad i saksbehandlingen differensieres mellom søkerne slik at det blir en tydelig prioritering i ventelistene.

Gjennomgangen har vist at det mottas en rekke rapporter fra behandlingsreisene. Konsernrevisjonen finner dette positivt, men anbefaler samtidig en mer formell og ensartet prosess for oppfølging av rapporteringen. Dette bør sees i sammenheng med tilsyns-/oppfølgingsoppgavene og tas opp med

behandlingsstedene ved besøk eller i de årlige forhandlingene. Handlingsplaner med tydelig ansvar og ansvarsoppgaver bør innføres for å sikre tilstrekkelig involvering og oppfølging.

3.4.3 Tilsynsprosess

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at seksjonen gjennomfører oppfølging av inngåtte behandlingskontrakter og de ansatte på behandlingsstedene. Etter konsernrevisjonens vurdering er imidlertid det faglige tilsynet med behandlingsstedene ikke tilstrekkelig ivaretatt i dag. Det anbefales at seksjonen i større grad formaliserer oppfølgingsarbeidet.

Rutinebeskrivelsen for behandlingsstedene innenfor revmaprogrammet er hensiktsmessige. Det anbefales at seksjonen sikrer at det foreligger rutinebeskrivelser og prosedyrer for alle behandlingssteder og behandlingsprogrammer.

3.4.4 Støtteprosess – Økonomi

Konsernrevisjonen anbefaler at OUS går i dialog med HSØ og HOD for å avklare hvordan bruken av tilskuddsmidlene skal være. Gjennomgangen har vist at det ikke er gitt nærmere føringer for dette. Det er vist til NOU:2000 som det eneste styringsdokumentet for tilskuddsordningen.

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket tar opp spørsmålet om bruk av tilskuddsmidler til kompetanseutviklingstiltak, forskning og overlegepermisjoner med tilskuddsgiver.

Konsernrevisjonen finner også grunn til å peke på at planen som er utarbeidet for å dekke underskuddet fra 2009, innebærer at det for en periode må kuttes i antall behandlingsreiser. Etter konsernrevisjonens syn bør dette tas opp med eier med hensyn til riktig bruk av tildelte midler og formål med tilskuddsordningen. Når det gjelder forskningsstrategien bør denne formelt godkjennes av Helse Sør-Øst.

Videre anbefales at det legges enda større vekt på budsjettoppfølgingen i seksjonen, og at eventuelle behov for økonomikompetanse tas opp i dialog mellom seksjons-, avdelings- og klinikkledelsen. Dette for å unngå fremtidige underskudd gjennom bedre planlegging og budsjettering av midler.

3.4.5 Støtteprosess – Anskaffelser

Behandlingstjenester for barnegruppen innen revmatologi var ikke konkurranseutsatt på tidspunktet for gjennomføringen av revisjonen. Forholdet er påpekt og foretaket har bekreftet at anskaffelsesprosess vil bli gjennomført høsten 2011.

Konsernrevisjonen anbefaler at det ses nærmere på kontraktene som er inngått med de ulike behandlingsstedene når det gjelder betalingsvilkår, faktureringsvilkår, krav til rapportering og dokumentasjon av behandling.

Kontrakten med Viatour løper frem til 2017 med automatisk oppsigelse. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket foretar nærmere vurderinger av kontraktens løpetid.

3.5 Systemer

3.5.1 Sikring av informasjon

Dagens rutine for oppbevaring av saksmapper i låsbare arkivskap anses som hensiktsmessig. Konsernrevisjonen ser det som positivt at Orkide er tilgangsbegrenset og sikret mot uvedkommende gjennom bruk av brukernavn og passord. Det er også etablert en tilfredsstillende rutine for tildeling av tilganger til systemet.

Konsernrevisjonen legger til grunn IT-avdelingens vurdering om risiko knyttet til å sende personopplysninger via ukryptert e-post. Konsernrevisjonen anbefaler at seksjonen og IT-avdelingen i samråd blir enige om hvilke løsninger som kan benyttes for å sikre etterlevelse av OUS sine krav om informasjonssikkerhet, samt bruken av mobil-access på behandlingsstedene.

Konsernrevisjonen ser det som positivt at ett behandlingssted systematisk registrerer behandlingsstatistikk. Det anbefales at seksjonen, i samråd med IT-avdelingen, vurdere om ytterligere behandlingssteder bør innføre dette. Dette vil bidra til at man enkelt kan få tilgang til historiske data og vurdere effekten av behandlingstilbudet.

4 Informasjonsgrunnlag, intervjuer og saksgang

4.1 Informasjonsgrunnlag

| Beskrivelse |
|---|
| Oppdrags-/bestillingsdokumenter |
| Foretaksprotokoller |
| Mål- og strategidokumenter |
| Budsjetter |
| Fullmakter/stillingsbeskrivelser |
| Måned- og tertialrapporter |
| Årsrapporter |
| Retningslinjer og rutiner for tilskuddsforvaltningen |
| Utvalg av rutiner for behandlingsstedene |
| Kontrakter med behandlingsstedene og Viatour |
| Rapporter fra seksjonen etter tilsyn ved behandlingsstedene |
| Utvalg av møtereferater fra seksjon/avdeling/klinikk |
| Utvalg av referater fra møter med brukerorganisasjoner |
| <i>(listen er ikke uttømmende)</i> |

4.2 Gjennomførte intervjuer

| Navn | Stilling |
|----------------|--|
| Pål Dag Line | Leder, klinikk for spesialisert medisin og kirurgi |
| Bente Brandvik | Leder, avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer |
| Åse Lindrupsen | Leder, seksjon for behandlingsreiser |
| Kari Berg | Spesialsykepleier, seksjon for behandlingsreiser |
| Jan Tore Gran | Seksjonsoverlege, seksjon for behandlingsreiser |
| Catarina Noren | Spesialfysioterapeut, seksjon for behandlingsreiser |
| Heidi Lien | Kontorsjef, seksjon for behandlingsreiser |
| Gunvor Solum | Spesialrådgiver, innkjøpsavdelingen |

4.3 Saksgang og rapportbehandling

| Saksgang | Deltaker/Mottaker | Dato |
|---|---|--|
| Initialt møte med klinikk- og avdelingsledelsen ved Oslo universitetssykehus HF | Oslo universitetssykehus HF v/klinikkleder Pål Dag Line, avdelingsleder Bente Brandvig, m.fl Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst v/Liv Todnem og Karl-Helge Storhaug | 16.11.2010 |
| Oppstartsmøte for revisjonsarbeidet | Oslo universitetssykehus HF v/ansatte fra seksjon for behandlingsreiser og revisjonsteamet | 31.01.2011 |
| Presentasjon av foreløpige observasjoner fra revisjonen | Oslo universitetssykehus HF v/ansatte ved seksjon for behandlingsreiser Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst v/Karl-Helge Storhaug og Christian Stensrud (Ernst & Young) | 26.04.2011 |
| | Oslo universitetssykehus HF v/klinikkleder Pål Dag Line, avdelingsleder Bente Brandvig og leder internrevisjon Kari Årdal Bjercke Konsernrevisjonen v/Karl-Helge Storhaug | 27.04.2011 |
| Utsendelse av rapportutkast | Oslo universitetssykehus HF v/Seksjonsleder Åse Lindrupsen, fung avdelingsleder Torill Krøvel Kopi til: Klinikkleder Pål-Dag Line, direktør Fag og Pasientsikkerhet Eva Bjørstad og konst. adm direktør Jan Eirik Thoresen | 17.06.2011 |
| Svar på utkast | Oslo universitetssykehus HF v/seksjonsleder Åse Lindrupsen, konst. adm. direktør Jan Eirik Thoresen, økonomileder Elisabeth Hallsjø, fung avdelingsleder Torill Krøvel | 20.06.2011 23.04.2011 24.06.2011 27.06.2011 |
| Utsendelse av endelig rapport til besvarelse og styrebehandling | Oslo universitetssykehus HF v/konst. adm direktør Jan Eirik Thoresen og styreleder Göran Stiernstedt (kopi) Kopi til: Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen | 05.08.2011 |
| Behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF | Styret for Oslo universitetssykehus HF | September 2011 |
| Orientering i revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF | Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF | September 2011 |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2011
Saksbehandler: Direktør Oslo sykehuservice
Vedlegg: E-post fra Stiftelsen Det Norske Radiumhospital
Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 1.9.2011

SAK 103/2011: BESLUTNINGSSAK SALG AV EIENDOMMER MED MER

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret vedtar salg av følgende leiligheter i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune: Leilighet 201 i Villaveien 22, leilighet 301 i Villaveien 22 og leilighet 405 i Villaveien 26. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salgene.*
- 2. Styret anbefaler salg av følgende eiendommer i Oslo kommune som Oslo universitetssykehus HF administrerer: Montebellobakken 5, gnr. 29, bnr. 130, Abbedikollen 32, gnr. 30, bnr. 176, Ullernchausseen 72, gnr. 28 bnr. 100. Styret anbefaler videre salg av 76 andelsleiligheter helseforetaket administrerer i Husebybakken borettslag (Husebybakken 1 og Ullernchausseen 46), i Elvefaret borettslag (Møllefaret 44A-68) og i Lysejordet borettslag, (Vækerøveien 116-130).*

Styret ber administrerende direktør formidle salg anbefalingen til Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital og foreslå salg av eiendommene med plassering av salgssummen på konto som en mulig løsning frem til eierskapet til eiendommene er avklart. Administrerende direktør har fullmakt til å inngå avtale om en slik fremgangsmåte.
- 3. Styret tar redegjørelse for status til orientering og ber administrerende direktør følge opp med sikte på å få en avklaring av eiendomsretten mot Oslo kommune og Helse- og omsorgsdepartementet til de syv andelsleilighetene i Disenveien 27, Disenveien 8B, Lindebergåsen 58, Larviksgaten 4, Larviksgaten 10 samt til eiendommen Sinsenveien 54.*
- 4. Styret tar redegjørelsen om manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og manglende registrering på Oslo Universitetssykehus HF til orientering og ber administrerende direktør følge opp saken.*

Oslo, den 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Denne saken omfatter:

- Forslag til salg av tre andelsleiligheter i Villaveien borettslag på Dikemark.
- Forslag om å anbefale salg av eiendommer (til sammen 84 leiligheter og en barnehage) som Oslo universitetssykehus HF administrerer, men hvor eierforholdet ikke er avklart mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital.
- Orientering om leiligheter samt institusjonsbygg hvor Oslo kommune fortsatt er hjemmelshaver etter helsereformen (ref sak 120/2009).
- Orientering om brev til Helse- og omsorgsdepartementet om manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og registrering på Oslo Universitetssykehus HF.

2. Administrerende direktørs vurdering

Salg av eiendommer Oslo universitetssykehus HF eier

Salgene som foreslås er i overensstemmelse med regional strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendige for foretakets virksomhet og strategiske planer. Strategien er gitt Oslo universitetssykehus HF som del av oppdrag og bestilling 2011, vedtatt i foretaksmøte 3. februar 2011. Salgene vil bedre likviditeten og gi økonomisk gevinst til Oslo universitetssykehus HF.

De tre leilighetene som foreslås solgt er utleieboliger for ansatte på Dikemark. En av leilighetene står ledig og de to andre vil ikke bli solgt før leiekontraktene utløper.

Føringer gitt i oppdrag og bestilling 2011 for Oslo universitetssykehus HF vil bli fulgt. Berørte kommuner vil bli informert før salg avsluttes. Foretaket vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og vil følge styringsprinsipper for likviditet, slik at frigjorte midler benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer.

De tre andelsleilighetene som foreslås solgt på Dikemark er alle verdsatt til under ti millioner kroner slik at det ligger innenfor styrets kompetanse å vedta salgene.

Anbefale salg av eiendommer Oslo universitetssykehus HF administrerer hvor eierskapet ikke er avklart

Det Norske Radiumhospital er opprinnelig en stiftelse. I forbindelse med etableringen av Radiumhospitalet som helseforetak oppsto behovet for avklaring av eierskapet til sykehusets eiendommer. Siden 2007 har det pågått en prosess mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital for å avklare eierskapet til eiendommene som omfattes av Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med virksomheten på Radiumhospitalet. Oslo universitetssykehus HF administrerer eiendommene og har risikoen for vedlikehold og drift, men ikke avklart eierråderett. Dette utgjør blant annet 84 leiligheter og en barnehageeiendom som etter gjeldende arealstrategi ville blitt foreslått solgt.

Ulempen ved å måtte administrere eiendom som foretaket ønsker solgt er tidligere løst i forbindelse med eiendommen Husebybakken 6, se styresak 89/2010. Etter vedtak i styret 23. juni 2010 ble det inngått en avtale med Stiftelsen Det Norske Radiumhospital om salg og foreløpig plassering av salgssummen på sperret konto inntil eiendomsretten til eiendommen er endelig avklart. Eiendommen er nå solgt for 7,4 millioner kroner.

Fremgangsmåten som ble benyttet ved salg av Husebybakken 6 foreslås benyttet for de øvrige eiendommene hvor eierråderetten ikke er avklart og som ut fra gjeldende arealstrategi bør selges. Det vil ta flere år å få solgt alle enhetene slik at for helseforetaket er det poeng at prosessen iverksettes uten ugrunnet opphold.

Styreleder i Stiftelsen Det Norske Radiumhospital har i en e-post av 9. september i år opplyst at styret i stiftelsen vil kunne behandle en anbefaling om salg og fremgangsmåte på sitt styremøte 4. oktober (vedlagt).

3. Nærmere om forslag til eiendomssalg

Det foreslås salg av følgende tre andelsleiligheter på Dikemark, benyttet som utleieboliger for sykehusets ansatte:

- Seksjon nr 11 i Villaveien 22, er en andelsleilighet på 68 m² BTA i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune. Markedsverdi 1,450 millioner kroner.
- Seksjon nr.21 i Villaveien 22, er en andelsleilighet på 68 m² BTA i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune. Markedsverdi 1,475 millioner kroner.
- Seksjon nr. 35 i Villaveien 26, er en andelsleilighet på 68 m² BTA i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune. Leiligheten er uten leieboer. Markedsverdi 1,500 millioner kroner.

Det foreslås å anbefale salg av følgende eiendommer hvor eierskapet ikke er avklart mellom Helse og omsorgsdepartementet og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital:

- Montebellobakken 5, gnr.29, bnr.130 i Oslo kommune er en frittstående eiendom med 3 utleieboliger. Eiendommen har betydelig vedlikeholdsetterslep og representerer en økonomisk risiko for Oslo universitetssykehus HF som utleier. Eiendommen vil i tilfelle bli solgt med nåværende leiekontrakt. Eiendommens markedsverdi er vurdert til 7,5-8,5 millioner kroner.
- Abbedikollen 32, gnr.30, bnr.176 i Oslo kommune er en frittstående eiendom med 5 utleieboliger, hvorav 2 er ledige. Eiendommen har betydelig vedlikeholdsetterslep og representerer en økonomisk risiko for Oslo universitetssykehus HF som utleier. Eiendommen vil i tilfelle bli

solgt med nåværende leiekontrakt. Eiendommens markedsverdi er 14 millioner kroner.

- Hasselkroken barnehage, Ullernchaussen 72, gnr.28 bnr.100 i Oslo kommune er på 745m2 BRA samt 4,3 da tomt. Eiendommen har betydelig vedlikeholdsetterslep og representerer en økonomisk risiko for Oslo universitetssykehus HF som utleier.

Leietaker er stiftelsen Kanvas som har avtale med Oslo universitetssykehus HF om drift av barnehageplasser for sykehusets ansatte til 31.12.2012 med opsjon på 2 års forlengelse. Et salg vil ikke berøre sykehusets løpende avtaler med Kanvas AS. Det arbeider ingen ansatte ved Oslo universitetssykehus HF i barnehagen. Eiendommens verdi er vurdert til 7,8 millioner kroner.

I tillegg til de eiendommene som er omtalt ovenfor administrerer Oslo universitetssykehus HF 47 andelsleiligheter i Husebybakken borettslag (Husebybakken 1 og Ullernchaussen 46), 10 andelsleiligheter i Elvefaret borettslag (Møllefaret 44A-68) og 20 andelsleiligheter i Lysejordet borettslag, (Vækerøveien 116-130), hvor eierråderetten ikke er avklart mellom stiftelsen Den Norske Radiumhospital og Helse- og omsorgsdepartementet. Boligutleie er ikke en del av foretakets kjernevirksomhet, og i tråd med regional arealstrategi foreslås å anbefale en nedbygging av denne boligporteføljen. Leilighetene selges i tilfelle enkeltvis etter hvert som dagens leiekontrakter løper ut. Dette vil ta flere år.

4. Orientering om leiligheter samt institusjonsbygg hvor Oslo kommune fortsatt er hjemmelshaver (ref sak 120/2009).

Oslo universitetssykehus HF administrerer 7 andelsleiligheter og et institusjonsbygg som formelt eies av Oslo Kommune. Sinsenveien 54 er utleid til Kvinnekollektivet Arken, mens leilighetene er utleid som personalboliger. Dette er eiendommer som Oslo universitetssykehus HF mener skulle vært overført under helseforetaksreformen, men som ikke ble gjort i denne prosessen. Aker sykehus informerte Helse- og omsorgsdepartementet om dette allerede i 2004, men man har så langt ikke lykket med å få til en overføring. Eiendommene er aktuelle salgsobjekter.

Styret vedtok den 10. september 2009 i sak 120/2009:

Styret ber administrerende direktør om å ta initiativ for å få en avklaring av eiendomsretten mot Oslo kommune og Helse- og omsorgsdepartementet til de syv andelsleilighetene i Disenveien 27, Disenveien 8B, Lindebergåsen 58, Larviksgaten 4, Larviksgaten 10.

Oslo universitetssykehus HF har etter styrets vedtak tatt initiativ overfor Helse- og omsorgsdepartementet og har senest minnet departementet om saken i e-poster 6. mai 2010 og 1. september 2011. Saken står fremdeles uløst.

5. Orientering om manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og registrering på Oslo Universitetssykehus HF

Snart ti år etter helseforetaksreformen er fradeling og registrering av sykehuseiendommen til Rikshospitanlegget på Gaustad ennå ikke gjennomført i grunnboken. Der inngår sykehuseiendommen fremdeles i eiendom gnr 42 bnr 1 som forvaltes av Statsbygg. Oslo universitetssykehus HF taper som følge av dette innsyn, rettigheter og påvirkningsmuligheter i saker som kan ha stor betydning for helseforetakets drift og vår forvaltning av eiendommen.

Saken ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet. Helseforetaket har minnet departementet om saken flere ganger, senest i vedlagte brev av 1. september i år.

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

Deres ref.: 200605202/Kai Rune Furberg
Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2006/7569 AW
Dato: 1. september 2011

Manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og registrering på Oslo Universitetssykehus HF

Vi viser til tidligere kontakt i saken inkludert våre brev av 25. mai 2010 og 28. mai 2008, brev fra Helse Sør-Øst RHF av 1. desember 2008, befaring i desember 2008 og brev fra Helse Sør-Øst RHF 15. desember 2006.

Med helseforetaksreformen fra 1. januar 2002 overtar helseforetak eiendomsretten til fast eiendom i tilknytning til virksomheten. Snart ti år etter er fradeling og registrering av sykehuseiendommen til Rikshospitalet ennå ikke gjennomført i grunnboken. Der inngår sykehuseiendommen fremdeles i eiendom gnr 42 bnr 1 som forvaltes av Statsbygg. Helseforetaket har som følge av dette ulempe og risiko ved at vi taper innsyn, rettigheter og påvirkningsmuligheter i saker som kan ha stor betydning for helseforetakets drift og vår forvaltning av eiendommen.

I den forbindelse viser vi til de omstillinger som følger av hovedstadsprosessen og Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak 108-2008, stadfestet av Helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte 27. november 2008. I arbeidet med å realisere vedtaket vil både registrerte rettigheter til egen eiendom, planinnsyn og råderett over egen bygningsmasse stå sentralt. Det er derfor viktig at helseforetaket får definert sykehuseiendommen og registrert hjemmel til den. Per i dag forvalter ikke Statsbygg etter vår oppfatning eiendommen på en måte som tar hensyn til sykehusets interesser og ansvar.

Vi tillater oss på denne bakgrunn å minne om saken og ber om at nødvendige vedtak fattes for å få fradelt og registrert sykehuseiendommen til helseforetaket.

Med vennlig hilsen



Geir Teigstad
Direktør Oslo Sykehusservice

Kopi til Helse Sør-Øst RHF

Hei.

9.9.11

Jeg viser til henvendelse gjort til Stiftelsen DNR's styresekretær Øystein Solheim Lien i forbindelse med utarbeidelse av utkast til styresak i OUS om salg av eiendommer.

Saken omhandler meget sentrale elementer i stiftelsen DNR's portefølje, der stiftelsen som kjent mener å eie de omtalte eiendommer knyttet til Radiumhospitalet.

Vi er for tiden midt i en forhandlingsprosess med Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende disse spørsmål.

Et eventuelt salg av eiendommer i regi av OUS på skissert måte nå, må slik vi ser det, forelegges styret for Stiftelsen til behandling, før videre tiltak kan iverksettes. Stiftelsens neste styremøte er 4. oktober.

En foreslår derfor at OUS-styrets saksunderlag blir oversendt til Stiftelsens styre til behandling raskest mulig, slik at saken evt kan behandles på vårt neste møte.

En vil også foreslå at saken utsettes inntil videre i OUS organer, inntil evt vedtak foreligger fra Stiftelsesstyret.

Kontakt i saken kan gjøres til styresekretær Øystein Solheim Lien eller til styrets leder Ole Petter Parnemann.

Med vennlig hilsen

for styret

Ole Petter Parnemann
styreleder

Kopi : styret t. o.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Protokoll foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF
24.6.2011

**SAK 104/2011: BESLUTNINGSSAK
 PROTOKOLL FORETAKSMØTE I OSLO
 UNIVERSITETSSYKEHUS HF 24.6.2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus 24.6.2011 til etterretning.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Fredag 24. juni 2011 klokken 07:45 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

Saksliste:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2010
4. Godkjenning av honorar til foretakets revisor
5. Godkjenning av honorar til foretakets styre
6. Årlig melding 2010, jf. helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 6 og § 15
7. Endrede inntektsrammer for 2011
8. Endring av plantall innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Frode Alhaug.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Konserndirektør Atle Brynestad
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst møtte Karl-Helge Storhaug.

Fra Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Göran Stiernstedt
Styremedlemmene Bjørn Wølsted Knudsen og Aasmund Bredeli

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Konst. administrerende direktør Jan Eirik Thoresen
Morten Reymert og Jørgen Jansen

Revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven og møtte med Cathrine Hansli.

Sign:  
GS BM

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Frode Alhaug ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Göran Stiernstedt og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Frode Alhaug overlot møteledelsen til styreleder Göran Stiernstedt.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden.

Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2010

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Oslo universitetssykehus HF hadde et betydelig negativt avvik fra resultatkravet i 2010. Resultatene hittil i 2011 viser også et vesentlig negativt avvik fra budsjett. Foretaksmøtet viste til de omfattende omstillingsprosessene som pågår i hovedstadsområdet og uttrykte forståelse for den vanskelige driftssituasjonen. De ble vist til foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 1. juni 2011 (sak 4), hvor resultatkravet for 2011 bekreftes. Foretaksmøtet understreket behovet for at Oslo universitetssykehus HF iverksetter tiltak som sikrer at helseforetaket kommer i en bærekraftig økonomisk utvikling så raskt som mulig.

Foretaksmøtet viste til det særskilte oppfølgingsregimet for hovedstadsprosessen som ble reetablert i mai 2011 og som bl.a. omfatter felles oppfølgingsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Foretaksmøtet la til grunn at den særskilte oppfølgingen av situasjonen i hovedstadsområdet videreføres.

Foretaksmøtet viste også til arbeidet med økonomisk langtidsplan som ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF den 16. juni 2011 i sak 044-2011. Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategisk fokus og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser, og er et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene og det regionale helseforetaket. Økonomisk langtidsplan er et samlet grunnlag for vurdering av

Sign:  GS  BM

økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens driftsbilde for å sikre tilstrekkelig likviditet til framtidige investeringer. Økonomisk langtidsplan ble første gang utarbeidet høsten 2010 for perioden 2011-2014. Arbeidet videreføres og de endelige prioriteringer og inntektsrammer for 2012 vil bli vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2011.

Styrets forslag til årsregnskap og årsberetning for 2010 med revisors beretning for foretaket ble gjennomgått.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2010 godkjennes.

Sak 4: Godkjenning av honorar til foretakets revisor

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

I henhold til helseforetakslovens § 44, 2. ledd, dekkes revisors honorar etter regning.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Honorar til revisor godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av honorar til foretakets styre

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styregodtgjørelse for Oslo universitetssykehus HF fastsettes fra 1. januar 2011 til:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| <i>Styreleder:</i> | <i>kr 220 000 per år</i> |
| <i>Nestleder:</i> | <i>kr 154 000 per år</i> |
| <i>Styremedlemmer:</i> | <i>kr 110 000 per år</i> |

Varamedlemmer gis en godtgjørelse på kr 4 000 per møte med deltagelse som styremedlem.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Wølstad Knudsen og Bredeli:

Vi mener at en økning i styrehonoraret i øyeblikket gir en feil signaleffekt i den vanskelige økonomiske situasjonen Oslo universitetssykehus HF er i.

Sak 6: Årlig melding 2010, jf. helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 6 og § 15

I henhold til vedtektene skal det enkelte helseforetaks styre hvert år utarbeide en melding til Helse Sør-Øst RHF om foretaket og foretakets virksomhet. Årlig melding for det enkelte helseforetak skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2010.

Årlig melding forutsettes å gi en helhetlig oversikt over helseforetakets virksomhet og rapporteringsdelen skal ha en tydelig forankring i oppdrag og bestilling til helseforetaket. Dokumentet vil derfor være kunnskapsbase og referansepunkt i samhandlingen innenfor

Sign:  GS  BM

foretaksgruppen og vil benyttes som dette bla. i den løpende dialogen mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF, oppfølgingsmøter, møterunde og kontaktopplegg mellom administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakenes styrer og ledergrupper. Den vil også legges til grunn for utforming av oppdrag og bestilling 2012 til helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått den årlige meldingen fra Oslo universitetssykehus HF. Meldingen fra Oslo universitetssykehus HF er utarbeidet i henhold til felles mal. Malen legger opp til en systematisk gjennomgang av krav og oppdrag gitt i oppdrag og bestilling og i foretaksmøter i løpet av året.

Årlig melding 2010 fra Oslo universitetssykehus HF gir et godt og informativt bilde av helseforetaket. Utfordringene helseforetaket har vært stilt overfor i 2010 har vært store. Helse Sør-Øst RHF har særskilt merket seg at Oslo universitetssykehus HF har lagt ned et stort arbeid i samordningen av sykehusene som nå inngår i helseforetaket.

Overføringen av deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og de aktivitetsendringer dette har medført, har også gitt et betydelig omstillingsbehov som har krevd stor innsats fra helseforetakets styre og ledelse. Gjennom omstillingene i hovedstadsområdet, har Oslo universitetssykehus allerede blitt et mer spesialisert sykehus hvor lands- og regionfunksjonene nå utgjør en betydelig større andel av sykehusets samlede aktivitet.

Det fremstår som særlig positivt at:

- helseforetaket i 2010 særlig har lyktes med å opprettholde god aktivitet innen forskning og innovasjon og har ivarettatt navfunksjonen slik den er beskrevet i regional forskningsstrategi, i perioden med omfattende omorganiseringer
- helseforetaket har hatt stort fokus på kvalitet og patientsikkerhetsarbeid, herunder kvalitetsregistre som viktige redskap, og at det arbeides for å etablere gode IKT-verktøy for kvalitetsregistrene.
- det våren 2010 ble utarbeidet felles rutiner for registrering og koding av pasientaktivitet knyttet til virksomhetsstatistikk og finansieringsordninger
- Oslo universitetssykehus HF har startet et stort oppryddingsarbeid i faglige prosedyrer og retningslinjer og fornyet systemet som skal samordne pasientinformasjon ved helseforetaket.

Foretaksmøtet understreker betydningen av at det gjennomføres en aktiv intern prosess ved utarbeidelsen av årlig melding. Prosessen må integreres i helseforetakets oppfølging av oppdrag og bestilling og den løpende rapportering og risikovurdering som inngår i dette arbeidet.

Utarbeidelsen av årlig melding er en viktig anledning til å drøfte virksomheten i en helhetlig sammenheng og til å etablere et felles ståsted for status og fremtidig utvikling. I denne forbindelse ser en det som viktig og meget nyttig med en bred involvering av både tillitsvalgte og brukere. Det er også et krav at slik involvering skal synliggjøres i den årlige meldingen.

Med utgangspunkt i årlig melding 2010 fra Oslo universitetssykehus HF ble følgende punkter for videre oppfølging trukket frem:

- Helseforetaket må legge vekt på at system for kvalitetsforbedring, avvikshåndtering og melding av skade fortsatt har grunnlag for generell forbedring.
- Arbeidet med å utvikle områdeplaner for behandlingstilbudet i samarbeid med kommunene skal fortsette i 2011.

Sign:  GS  BM

- Det forutsettes at rapportene fra revisjonene som gjennomføres av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst blir kjent i helseforetaket og at merknader i disse følges opp i styrets arbeid.
- Oppfølging av kravene til samfunnsansvar, inkludert områdene etisk handel og miljøansvar, skal håndteres i helseforetakets strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.
- Måloppnåelse innen de fem målene for Helse Sør-Øst skal prioriteres høyt. Ny målformulering ”1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd” skal følges opp og implementeres.
- Oslo universitetssykehus HF er pålagt å delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det forventes at helseforetakets styre etterspør kvalitets- og pasientsikkerhetsresultater og legger til rette for at arbeidet blir prioritert.
- Oslo universitetssykehus HF skal innrette driften slik at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten reduseres ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.
- Oslo universitetssykehus HF skal fortsatt legge vekt på tiltak for å redusere sykefraværet, jf. IA-avtalen 2010-2013.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Årlig melding 2010 for Oslo universitetssykehus HF tas til etterretning. Foretaksmøtet forutsetter at helseforetaket følger opp presiseringer gitt i møtet.

Sak 7: Endrede inntektsrammer for 2011

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Som følge av Prop. 120 S (2010-2011) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011*, er Helse Sør-Øst tildelt økte basisrammer knyttet til økte pensjonskostnader sammenlignet med forutsetningene lagt til grunn ved tildeling av opprinnelige basisrammer for 2011 i Prop. 1 S (2010-2011). Økningen i basisramme videreføres til helseforetakene.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Oslo universitetssykehus HF tildeles 257,79 mill. kroner i økte basisrammer for 2011.

Sak 8: Endring av plantall innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Ut fra en vurdering av planlagt aktivitetstilbudet til befolkningen i opptaksområdet for Oslo universitetssykehus HF og totalt for befolkningen i Helse Sør-Øst, endres kravet til aktivitet innen psykisk helsevern for voksne og TSB for Oslo universitetssykehus HF.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet bekrefter at aktivitetskravene innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011 ved Oslo universitetssykehus HF endres slik:

Sign:  GS  BM

Psykisk helsevern for voksne:


- *Antall liggedøgn:* 89 801
- *Antall utskrivinger:* 1 385
- *Antall polikliniske konsultasjoner:* 66 210
- *Antall døgn private:* 11 000

TSB:

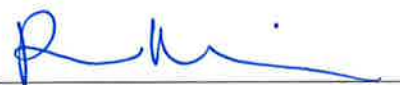
- *Antall liggedøgn:* 36 271

Møtet ble hevet klokken 08:45.

Oslo, 24. juni 2011.



Göran Stiernstedt



Bente Mikkelsen

Sign:



GS



BM

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Direksjonssekretær

**SAK 105/2010 ORIENTERINGSSAK
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SINE
EIERANDELER I SELSKAPER**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Orienteringen baserer seg på selskapenes årsrapporter for 2010.

Oslo universitetssykehus HF har fire heleide selskaper og er deleier i to. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom m.m.

Selskapene hadde i 2010 en samlet omsetning på 226 mill kroner med et årsresultat på 16,4 mill kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departement. Selskapene sysselsatte 162,5 årsverk, hvorav 156,3 av disse er ansatt i Sophies Minde AS og Inven2 AS.

2. Administrerende direktørs vurdering

Helseforetak eier virksomhet organisert i selskaper under forutsetning av at eierskapet er egnet til å fremme foretakets formål. Alle selskapene Oslo universitetssykehus HF har eierandeler i driver og har formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet. Skulle eierskap i et selskap i fremtiden ikke lenger ha en slik sammenheng med formålet og virksomheten i helseforetaket, vil saken bli tatt opp i styret for behandling av om Oslo universitetssykehus HF skal avslutte sitt eierskap.

Organisering av virksomhet i datterselskaper kan også ha flere virkninger. Det reduserer styringsspennet i foretaket og frigjør tid til fokus på kjernevirksomheten. Selskapsformen kan være en egnet organisering av samarbeid med for eksempel universitet og andre helseforetak. Det er også en erfaring at når virksomhet som har rammebetingelser til det, organiseres som et selskap med selvstendig ansvar og eierskap til egen økonomi, så er det både disiplinerende og forløsende i forhold til virksomhetens resultater.

Oslo universitetssykehus HF forholder seg formelt til selskapene og er bevisst på at samhandling mellom helseforetak og selskap ikke skal innebære uønsket kryssubsidiering eller gi suboptimale løsninger for helseforetaket.

Oslo universitetssykehus HF velger både eksterne og ansatte til å sitte i selskapenes styre. Helseforetaket har retningslinjer og en restriktiv holdning til størrelsen på styregodtgjørelse. Hovedregelen er at ansatte i Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i foretaksgruppen.

3. Beskrivelse av datterselskapene

Sophies Minde Ortopedi AS

Sophies Minde ortopeditekniske verksted har sitt utspring i en privat yrkesskole fra 1892 og ble senere overtatt av en stiftelse for så å bli en integrert del av den statlige sykehusvirksomheten ved Statens Senter for Ortopedi. Virksomheten ved dette

sykehuset ble slått sammen med Rikshospitalet i 1995. Selskapet ble stiftet 29. september 2003. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapet fremstiller, tilpasser og omsetter ortopediske hjelpemidler som er refusjonsberrettiget i henhold til Folketrygdloven. Ortopediske hjelpemidler selskapet er alene om å fremstille og/eller tilpasse skal tilbys Oslo universitetssykehus HF i den utstrekning virksomheten gir behov for dem.

Selskapet holder til i lokaler på Aker. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i 2010 hatt flere studenter utplassert i praksis fra Høgskolen i Oslo, samt egne lærlinger. Selskapet har inngått en partnerskapsavtale med Høgskolen i Oslo der det forplikter seg til å ta i mot ortopediingeniørstudenter til praksis under utdannelsen. Selskapet har også en partnerskapsavtale med Fredskorpset i forbindelse med utveksling av medarbeidere i Afrika og Asia.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Torunn Aass Taralrud, nestleder Hans Erik Lie, Trine Sand Kaastad, Lena Gjevert, Unni Fürst og Heidi Lyrstad. Trine Sand Kaastad og Lena Gjevert er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2010 en omsetning på 100,2 millioner kroner og et overskudd på 13,2 mill kroner. Selskapet sysselsatte 85,3 årsverk. Samlet sykefravær var 4,69 % fordelt med 2,37 % kortidsfravær, 1,63 % langtidsfravær og 0,69 % sykt barn.

Selskapet har skattefritak og det er ikke anledning til å ta utbytte. I selskapets vedtekter § 7 heter det at selskapets eventuelle overskudd skal benyttes til ortopedisk forskning og utvikling. Selskapets finansiering av ortopedisk forskning og andre prosjekter skjer etter innhenting av faglig baserte forslag og råd fra et eksternt fagpanel. Av 2010 resultatet satte selskapet av fem millioner til slike formål.

Barnehagebygg AS

Selskapet ble stiftet 15. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med oppsett, utvikling og drift av barnehagebygg for Rikshospitalet og annen eiendomsvirksomhet i tilknytning til dette.

For å få bedre, mer samlede og effektive lokaler for barnehagevirksomheten ved foretaket satte selskapet i 2006 opp et barnehagebygg på Oslo universitetssykehus HF sin eiendom nord for sykehusbygget på Gaustad. Bygget er nå utleid til eksterne drifter av barnehagen.

Styret har et medlem, Øystein Solheim Lien. Selskapet hadde i 2010 en omsetning på 4,9 mill kroner og et overskudd på 1,3 mill kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

I forbindelse med salg av barnehageeiendommen anbefalte styret i Oslo universitetssykehus HF i sak 16-2010 salg av Barnehagebygg AS sammen med eiendommen. Eiendomssalget er senere vedtatt i foretaksmøte 24. november 2010. Avtalen med nåværende leietaker løper ut i 2012. For å få en salgsprosess som gir riktig pris på eiendommen er det lagt opp til et salg mot slutten av kontraktperioden, noe som det antas vil åpne for større interesse fra andre enn nåværende drifter. Det forberedes derfor et salg i løpet av 2012. I mellomtiden benytter Barnehagebygg AS den lave markedsrenten til ekstra nedbetaling av gjeld. Markedsverdien på eiendom i området har steget betydelig fra 2010.

Sykehotell AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med utvidelse, utvikling og drift av sykehotellet på Rikshospitalet og annen virksomhet i tilknytning til dette.

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet er etter det 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Omsorg Øst AS til utgangen av 2015.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Mona Lilleheim og Gjertrud Spillum. Alle ansatt i helseforetaket. To kvinner og en mann. Selskapet hadde i 2010 en omsetning på 9 mill kroner og et overskudd på 277 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Radiumhospitalets Parkeringselskap AS

Selskapet (RadPark AS) ble stiftet 24. mars 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive på kommersielt grunnlag et parkeringsanlegg for ansatte og besøkende til Radiumhospitalet i Oslo, og annen virksomhet i naturlig sammenheng med dette.

Parkeringsanlegget er de tre nederste etasjene i forskningsbygget ved Radiumhospitalet. Selskapet finansierte parkeringsanleggsdelen av bygget og forskningsbygget er organisert ved at selskapet og Oslo universitetssykehus HF har et sameie i bygget hvor RadPark AS eier 12,88 % - "Sameiet Vestenghaugen".

Oslo universitetssykehus HF leier 390 parkeringsplasser til ansatte i parkeringsanlegget. Ansatte kan få parkeringstillatelse i bygget mot et månedlig gebyr. De øvrige parkeringsplassene er for sykehusets brukere. Selskapet kjøper driftstjenester fra helseforetaket.

RadPark AS har i 2010 initiert og gjennomført treårs befaring med entreprenør. Flere forhold ble avdekket og er/blir utbedret.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Esther Nygaard Norseth, Sine Kari Braanaas og Hans Erik Lie. Styreleder er ansatt i helseforetaket, de to andre er eksterne. To kvinner og en mann.

Selskapet hadde i 2010 en omsetning på 15,7 mill kroner og et overskudd på 764 000 kroner. Selskapet har ingen ansatte.

Norsk medisinsk syklotronsenter AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2003. Oslo universitetssykehus HF eier 70 prosent av aksjene. De øvrige eierne er Universitetet i Oslo med 20 prosent og Akershus universitetssykehus HF med 10 prosent.

Formålet er produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka for medisinsk og forskningsmessig bruk, samt annen virksomhet i naturlig tilknytning til dette. Selskapet er lokalisert i et bygg integrert som en del av hovedbygningen på Rikshospitalet. Selskapet har også virksomhet på Radiumhospitalet i forbindelse med en PET-skanner.

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges videre til bruk i medisin og forskning. GE-Healthcare AS viderefører isotopene til bruk i pasientundersøkelser. Sykehus over hele landet kjøper i siste instans de radioaktive midlene til bruk ved pasientundersøkelser, såkalte PET-scanninger. Selskapet arbeider også med å tilrettelegge for forskning og utbyggingen av forskningsfasiliteter. I april 2011 fikk selskapet tilvirkertillatelse for å produsere radiofarmaka og kan nå produsere radiofarmaka til forskningsmessig og klinisk bruk.

Selskapet skal ikke gi utbytte til eierne men drives ellers etter økonomiske prinsipper med målsetning om å bygge opp en egenkapital som sikrer videre drift, oppgraderinger av utstyr, samt nødvendige nyinvesteringer etc. Selskapet får ikke tilskudd fra eierne.

Året 2010 var selskapets omsetning 27,8 mill kroner som ga et overskudd på 3,8 mill kroner. Selskapet sysselsetter 5,9 årsverk.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Stein Holst Annexstad, nestleder Erlend B. Smeland, Leif Gjerstad, Jan G. Bjålie, Inger Nina Farstad, Heidi Lyse Eimot og Per Oscar Bremer. Tre eksterne og tre ansatte ved helseforetaket. To kvinner og fem menn.

Inven2 AS

Innovasjonsselskapet Inven2 AS ble stiftet 24. april 2010, og eies 50 % av Oslo universitetssykehus HF og 50 % av Universitetet i Oslo¹. Inven2 AS eier nå alle aksjene i universitetets tidligere kommersialiseringsenhet Birkeland AS og i helseforetakets tidligere kommersialiseringsenhet Medinnova AS.

Selskapet har som oppgave å gjøre forskning til samfunnsnyttige og lønnsomme produkter og tjenester. Selskapet følger opp forskningsmiljøene ved universitetet

¹ Oslo universitetssykehus HF har ikke bestemmende flertall i Inven2 AS, selskapet er derfor i regnskapet ikke et datterselskap til Oslo universitetssykehus HF, men et tilknyttet selskap.

og helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF for å identifisere forskningsbaserte resultater og oppdagelser med næringsmessig potensial.

I tillegg til innovasjonsbistand og næringsutvikling, håndterer selskapet også avtale og kontraktshåndtering av pågående kliniske studier med industriell oppdragsgiver som utføres ved blant annet ved Oslo universitetssykehus HF. Selskapet forvalter også forskningsfond.

For virksomhetsområdene kliniske studier og forskningsfond er det satt i gang prosesser for å utvikle fremtidige løsninger. Dette arbeidet er ventet å ferdigstilles i 2011 med tilhørende igangsettelse av de besluttede endringene.

Selskapet hadde i 2010 en omsetning på 68,4 mill kroner og et underskudd på 2,9 mill kroner. Inven2-konsernet hadde i utgangen av 2010 28 ansatte. I tillegg var 49 prosjektansatte ved årets slutt. I gjennomsnitt 71 årsverk.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Selskapet styre består av leder Peter Pay, Egil Myklebust, Hilde Hermansen Steineger, Ragnhild Helene Hennum, Johan Magnus Gulbrandsen, Inger Sandlie, Bjørn Grønli (HSØ), Andreas Dyrge Moan (OUS), Tone Tønjum (OUS). Til sammen fire kvinner og fem menn.

MØTEREFERAT - UTKAST

Møtenavn/tema: Brukerutvalget

Dato dok: 23.08.2011

Dato møte: 22.08.2011 (kl. 13-17)

Referent: Elisabeth Gjerm Haugen

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), Stine Jakobsson Strømsø (nestleder, til kl. 16.30), Arne Ellingsberg, Arve Nordlie, Dag A. Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Jon Storaas, Lilli-Ann Stensdal, Richard Madsen, Veslemøy Ruud (fra kl. 14.20)

Frafall: Shoaib Sultan

Ledelsen: Tove Strand (fra kl. 13.30).
Eva Bjørnsborg (sak 027), Jan Eirik Thoresen (sak 059).

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om) :

| Saknr. | Saktittel/ -innhold | Ansvar | Frist |
|----------|--|---|-------|
| 054-2011 | <p>Rapport fra medlemmenes deltakelse i møte/konferanser/prosjekter:</p> <p>Det er tidligere laget en "mal" for å begrense tidsbruken, denne fremskaffes.</p> <p><u>Jon:</u> Anskaffelsesprosessen av TSB-plasser (tverrfaglig spesialisert rusbehandling): OUS fyller ikke opp de behandlingsplassene sykehuset har (Veksthuset).</p> <p><u>Arne:</u> Akuttklinikkenes kvalitetsutvalg, møter hver 3. uke. Møte 19/8: Meldte avvikssaker. Arne lager oversikt til årsmeldingen. Klinikken var veldig involvert 22. juli.</p> <p><u>Grete:</u> Vararepresentant for SAFO i en arbeidsgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen på regionalt nivå – habilitering/rehabilitering i somatikken. Skal være ferdig 01.12.11.</p> <p><u>Richard:</u> Brukerrådsseminar i Klinikken psykisk helse og avhengighet: Behov for "brukerstemme" i kvalitetsråd og forskningsråd. Richard utformer en sak på dette til neste møte (september).</p> <p><u>Stine:</u> Telefonstyremøte. Styreseminar. Pasientsikkerhetskampanje. LMS-Forum: Stine + Shoaib møter. Direktørens kvalitetsutvalg.</p> <p><u>Nina:</u> Telefonstyremøte. Styreseminar.</p> | <p>Elisabeth</p> <p>Richard</p> | |

| | | | |
|------------------------|--|----------------------------|--|
| <p>055-2011</p> | <p>Godkjenning av referat fra møtet 20.06.11. Godkjent med mindre endringer. Sak 047-11: Det er ønskelig med 1 representant i tillegg til Shoaib i Biobankutvalget: Stine ble valgt.</p> | <p>Elisabeth</p> | |
| <p>056-2011</p> | <p>Styresaker. Orientering fra styremøte og styreseminar v/Nina og Stine. <u>Telefonmøte i juli:</u> Nytt Akuttmottak skal bygges på Ullevål. <u>Styreseminar 18. og 19. august:</u> Budsjettsituasjonen: OUS skal nedbemanne grunnet redusert opptaksområde, tilsvarende 1000 årsverk. Nedgang i produktivitet (behandler færre pasienter pr. årsverk). Nedbemanne haleaktiviteten etter overføringen til Ahus. OUS har en økonomiske ramme å forholde seg til. Det sykehuset får overført ekstra er lån. Pasientforløpet: Fokus på pasienten. Brukerutvalgets uttalelse: Nina og Stine sender rundt forslag til uttalelse på mail. <u>Svar på spørsmål til direktørens kontor vedr. ekstra kopi av styrepapirer til vara:</u> Styrepapirer sendes kun ut til leder og nestleder, må ellers lastes ned fra nettet.</p> | <p>Nina/Stine</p> | |
| <p>057-2011</p> | <p>Møteplan 2012 Godkjent. Legges på nettet i oktober.</p> | <p>Elisabeth</p> | |
| <p>019-2011</p> | <p>Brukerråd i klinikkene Nye representanter fra brukerutvalget er valgt i de klinikkvise brukerrådene og skal etter hvert erstatte de som gikk ut av brukerutvalget før sommeren. Glidende overgang ut året. Klinikkene står fritt til å velge antall brukere med i brukerrådene, men brukerutvalget anbefaler fire. Konklusjon: Retningslinjene for brukerråd i klinikkene er førende, men klinikkene avgjør selv antall brukermedlemmer. Sammensetning: Klinikk psykisk helse og avhengighet (A): som før Medisinsk klinikk (B): som før Klinikk for kirurgi og nevrofag (C): som før Kvinne- og barneklubben (D): Heine Århus (vara Grete Müller) Hjerte-, lunge- og karklinikken (F): Arve Nordlie ny vara Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken (E + G): John Bjørnøy (Arve Nordlie ny vara). Akuttklinikken kvalitetsutvalg (H): Dag A. Omholt valgt som vara. Elisabeth melder dette til sekretærene i klinikkbrukerrådene + de representantene det gjelder.</p> | <p>Elisabeth</p> | |
| <p>027-2011</p> | <p>Modul 2-opplæring Tilbakemeldingen fra Adm. direktør, Tove Strand og Eva Bjørstad viser at alle 3 kan torsdag 20. oktober. Kursdato: 20 + 21 oktober. Sted: LMS, Aker, bygg 41 B. Målgruppe: All, både nye og gamle i brukerutvalget og klinikkbrukerråd.</p> | <p>Nina, Stine,</p> | |

| | | | |
|-----------------|--|-------------|--|
| | <p>Program: En gruppe er nedsatt bestående av Nina, Stine, Dag, Eva fra PPO, Elisabeth som skal lage forslag til program.</p> <ul style="list-style-type: none"> - OUS-perspektivet, kulturen, forventninger fra direktøren. - Gamle medlemmer forteller om sine erfaringer. - Innlegg fra leder av brukerutvalget HSØ. <p>LMS er samarbeidspartner, men Modu 2-kurset må forankres i brukerutvalget.</p> | Dag, | |
| 048-2011 | <p>Brukerutvalget 2009-2011 v/Nina og Stine Nina og Stine presenterte et tilbakeblikk for perioden 2009-2011, arbeidsmetoder, utfordringer og evaluering. Presentasjonen delt ut.</p> | | |
| 049-2011 | <p>Fristbrudd Styresak 89/2011 på styremøte 19.08.: ” <i>Fristbrudd:</i> <i>Samlet andel fristbrudd for pasienter med rett til helsehjelp ved Oslo universitetssykehus HF har vært stabilt på om lag 11 pst de siste månedene.</i> <i>Innen somatikken er andel fristbrudd stabil til tross for redusert aktivitet i ferieperioden.</i> <i>Andel fristbrudd innen psykisk helsevern viser en reduksjon i ferieperioden noe som antatt både kan tillegges perioden og effekt av iverksatte tiltak. Det antas at årsaken til noen av bruddene er at pasienten ikke endres fra status 1 til 2 i omsorgsperioden ved 1. gangs konsultasjon (oppstart). Pasientene blir da stående med fristbrudd på tross av mange kontakter. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser andelen fristbrudd en sterk økning. I juli er det 24 brudd innen en pasientmasse på 85 pasienter (28 pst) med rett til helsehjelp. Årsaken antas å ha sammenheng med et forholdsvis stort pasientantall sammenlignet med normalen samtidig med avvikling av ferie. Korte tidsfrister for avgiftning kan gi uforholdsmessige store svingninger ved målinger uten at dette antyder en positiv eller negativ trend.</i> <i>Noen av de registrerte fristbruddene skyldes fortsatt feil registrering og manglende kunnskap om håndtering av regelverket. Det gjennomføres fortløpende opplæring og kompetanseheving i klinikkene for enhetlig og riktig håndtering av ventelister, fristbrudd, henvisninger og bruk av prioriteringsveilederen. Det arbeides også med forbedring av IKT-systemene.</i> <i>Det er også høyt fokus på å redusere konsekvenser der brudd har oppstått – dette gjøres primært i dialog med pasienten. Tiltak for å redusere fristbrudd har høyt fokus i alle klinikker og avdelinger, og gjennom ledelsesoppfølging.</i> <i>Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning</i> <i>Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. Dette krever en videreutvikling av de pasientadministrative systemene, noe som tar tid å gjennomføre. For å nå målet er det også nødvendig å planlegge bemanning for lengre perioder fremover enn det som er vanlig i dag.”</i> Konklusjon: Nedsatt en gruppe bestående av: Grete, Heine, Nina eller Stine som lager forslag til bestilling til administrasjonen:</p> | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Vi må forstå hele forløpet. - Fastleger vet ikke hva de skal gjøre. - Innblikk i en prioritetsveileder? <p>Skal man bruke en del av Modul 2-kurset på temaet eller deler av et ordinært møte som temamøte?</p> | | |
| 058-2011 | <p>Orienteringssaker:</p> <p>Retningslinjer for Pasientmedvirkning på individnivå</p> <p>Et nivå 1 dokument (OUS) som brukerutvalget skal uttale seg om. Veslemøy og Lilli-Ann ble bedt om å gå gjennom retningslinjene, og lage en uttalelse fra brukerutvalget. Uttalelsen sendes bestiller innen 26.08.</p> | Veslemøy, Lilli-Ann | |
| 059-2011 | <p>Administrerende direktørs time</p> <p>Kst. Adm. direktør Jan Eirik Thoresen ga en kort orientering om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Budsjett:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vanskelig prosess. 1 million i merforbruk hver dag. - Pasientforløp: Hvordan vi gjør ting sammen med andre. - Utflytting fra Aker høsten 2011. Prosjekt helsearena Aker. - Møte i dag om Hovedstadsområde. - Økonomidir. kan eventuelt komme på et møte? • <u>Gjennomgang av 22/7:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 2000 ansatte i OUS var involvert, og gjorde en kjempeinnsats. - Stort trykk fra media - Kriseledelsen fungerte utmerket. | Elisabeth | |
| 060-2011 | <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt møtested f.o.m. september: Søsterhjemmet, bygg 2 (bygget på motsatt side av Kiwi enn KIS-senteret), Møterom 302, inngang A, inngangen midt på bygget har heis. • Planlegge omvisning av KDI: Grunnet mange saker i høst, ber vi om å utsette det til våren. Elisabeth informerer Eli Marie Sager. • Forskningsprosjekt: "Bedre samarbeidsrutiner, informasjonsflyt mellom bydeler og sykehuset og bedre rehabiliteringstilbud for hjemmeboende gamle som taper funksjon og får gradvis økende hjelpebehov". Leder: Torgeir Bruun Wyller. Brukerutvalgets representant i prosjektet er Dag A. Omholt. Elisabeth melder det. • Grunnkurs i revisjonsteknikk 6. - 8. september 2011: Ansvarlig Kari Årdahl Bjercke. Fra brukerutvalget deltar: John Bjørnøy. Elisabeth melder det. • Konferanser/kurs: Lilli-Ann har sendt Elisabeth forslag: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasientsikkerhetskonferansen 2011, Bodø, 28+29/9. Kr. 2.200,-. 2. Rehabiliteringskonferansen 2011, Lillestrøm, 26+27/10. Kr. 1.600,-. 3. Konferanse om kvalitet og prioritering, Oslo, 27+28/10. Kr.? 4. Konferanse om Samhandlingsforskning, Gardermoen, 23+24/11, Kr.? 5. UIO's jubileumsseminar: Rehabilitering og trygdemedisin, 12/10, kr. 400,-. | Elisabeth Elisabeth Elisabeth | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>6. HOD's konferanse:Forskning og innovasjon for bedre kvalitet og pasientsikkerhet, Stjørdal, 7/11. Elisabeth videresender til medlemmene. Undersøker økonomien, og det gjøres en kartlegging og prioritering.</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none">• Tove redegjør om Samhandlingsreformen på neste møte. | <p>Elisabeth</p> <p>Tove</p> | |
|--|---|--|--|

Protokoll datert 13.09.11 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte ble delt ut.

Administrerende direktør Bente Mikkelsen og konserndirektør Atle Brynstad redegjorde for økonomi- og aktivitetstallene per august 2011, samt de tiltak som er og vil bli iverksatt i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Styrets

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per juli 2011 til etterretning.
2. Hendelsene 22. juli medførte en ekstraordinær mobilisering av helseforetakene i Helse Sør-Øst. Etter styrets vurdering fungerte både det medisinske apparatet og det teknisk/administrative apparatet svært godt. Styret vil takke for den formidable innsatsen i en svært krevende situasjon. For å sikre nødvendig erfaringsutveksling og læring ber styret Helse Sør-Øst RHF både å gjøre egne evalueringer og bidra i den nasjonale undersøkelsen som er igangsatt.
3. Styret ser svært alvorlig på den økonomiske situasjonen, spesielt ved Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Styret forutsetter at situasjonen har høyeste ledelsesmessige oppmerksomhet, og at administrerende direktør gjennomfører foretaksmøter hvor det etableres krav om resultatforbedring innen utgangen av 2011.
4. Styret forutsetter at bemanningsnivået ved Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF tilpasses økonomiske rammer. Styret legger videre til grunn at det også innenfor andre kostnadsposter enn bemanning, umiddelbart iverksettes tiltak som vil gi effekt i 2011. Styret legger til grunn at tiltakene som iverksettes er faglig forsvarlig og ivaretar pasientene og de ansattes rettigheter på en god måte.
5. Styret forutsetter at Helse Sør-Øst RHF etablerer et tilstrekkelig differensiert oppfølgings- og rapporteringsregime for å kunne følge utviklingen i bemanning og øvrige kostnadsposter i de aktuelle helseforetakene. De øvrige helseforetakene holdes løpende orientert om de tiltakene som iverksettes.

Votering:

Punkt 1, 2 og 5 enstemmig vedtak

Punkt 3 og 4 vedtatt mot en stemme (Svein Øverland)

Stemmemforklaring fra styremedlem Øverland:

Sett i relasjon til de utfordringene man ser i Hovedstadsprosessen, ber jeg Helse Sør-Øst RHF utarbeide konsekvensvurdert plan som tar høyde for disse utfordringene og at man kommer tilbake til styret med en konkret, realistisk, flerårig plan for omstillingen i både hovedstadsområdet (OUS, VV og Ahus) og hele helseregionen. I denne situasjonen ber vi om at Helse Sør-Øst arbeider for å sikre ekstraordinær finansiering i dialog med HOD for at utfordringene i hovedstadsområdet ikke skal gå ut over de andre helseforetakene.

Planen må ivareta både et forsvarlig pasienttilbud og omstilling under trygghet og med forutsigbarhet for ansatte. Det forutsettes at alle omstillinger i foretaksgruppen skjer i samarbeid og i dialog med de ansatte og deres organisasjoner. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn i dette samarbeidet og denne dialogen. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukervedvirkning til grunn for dialogen med brukerne og deres organisasjoner. Det vises til omstillingsavtalen og RHFets spesielle ansvar for å ivareta de ansatte ved å sørge for å få på plass gode løsninger på tvers av helseforetakene.

Helse Sør-Øst må være tilstrekkelig tydelig ved å sørge for at det blir en planlagt og koordinert overføring av eventuelle overtallige ansatte mellom foretakene i hovedstadsområdet.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Keyn, Ruud Thorkildsen og Kronkvist:

Om nødvendig ber vi om at Helse Sør-Øst arbeider for å sikre ekstraordinær finansiering i dialog med HOD for at utfordringene i hovedstadsområdet ikke skal gå ut over de andre helseforetakene.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

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

**SAK 106/2011: ORIENTERINGSSAK
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

Styremøte 29. september 2011

Administrerende direktørs orienteringer

1. ”Rikets tilstand”

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte statsbesøk torsdag 1. september, hvor H.M.Dronning Sonja og den Sør-Afrikanske presidentfruen Tobeka Zuma som besøkte Kreftsenteret på Ullevål sykehus. Besøket inngikk i den Sør-Afrikanske presidenten Jacob Zumas offisielle statsbesøk i Norge. Leder av avdeling for kreftbehandling Kjell Magne Tveit orienterte delegasjonen om kreftutviklingen og behandlingen i Norge, mens lege og forsker Eyrun Kjetland ved Infeksjonsmedisinsk avdeling presenterte sykehusets samarbeid med Sør-Afrika innen forskning, forebygging og behandling av parasittsykdommer i afrikanske land.

Det har også vært utstrakt dialog med Helse Sør-Øst RHF, blant annet knyttet til strategisk utviklingsplan (arealplan) ved Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset la frem strategisk utviklingsplan tilsvarende presentasjonen i styreseminar 18. august i eget møte mandag 19. september og opplevde å få gode og bekreftende reaksjoner på det planarbeidet som nå gjøres. Samme gjennomgang er også tatt med Universitetet i Oslo ved rektor Ole Petter Ottersen, og i møte med Oslo kommune ved Bjørg Månun Andersson, samt bydelene, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Arbeidet med strategisk utviklingsplan videreføres frem mot jul, hvor både Arbeidstilsynets krav skal innarbeides og Dag 4”Ut av Aker” skal synliggjøres i det langsiktige målbilde.

2. Drift

• **Åpnet ny ortopedisk sengepost**

Ortopedisk avdeling markerte onsdag 7. september at ortopedien på Aker har flyttet til Ullevål sykehus. Dette er en viktig milepæl for arbeidet med å samle fagmiljøene i sykehuset. Det betyr at det nå er tre ortopediske sengeposter på Ullevål sykehus. Samlingen av aktiviteten skal bidra til at avdelingen står bedre rustet til å utvikle pasientbehandling og fagmiljø videre.

Flyttingen av ortopedi fra Aker til Ullevål er en av de større flytteoperasjonene i Oslo universitetssykehus HF i 2011, og den er også et sentralt grep for å kunne legge til rette for samhandlingsarenaen som skal etableres på Aker i samarbeid med Oslo kommune.

• **Inntektsmodellarbeidet Helse Sør-Øst RHF**

- Det har vært oppstartmøte i inntektsmodellarbeidet i Helse Sør- Øst RHF 15. september
- HSØ vil arbeide videre med modellene slik det ble bestemt i styresak 022 i Helse Sør-Øst RHF
- Det er leid inn ekstern prosjektleder - Oddvar Kaarbøe og delprosjektleder Terje Hagen
- Det etableres egne arbeidsgrupper innen følgende områder:
 - Somatikk (Abonnementsordning for lands- og regionfunksjoner, ny beregning av pris og mengde)
 - Prehospitale tjenester - etablere en ny modell

- Psykisk helsevern og rus (videre utvikling av modellene)
- Forskning og undervisning
- Oslo universitetssykehus HF har deltakere i alle arbeidsgruppene, og etablerer i tillegg en intern referansegruppe og dialog med tillitsvalgte
- Arbeidet vil gjennomgås i en prosjektgruppe bestående av alle økonomi- og fagdirektørene fra foretakene i Helse Sør-Øst RHF
- Prosjektet legger frem ferdig rapport 20. februar
- Inntektsmodellarbeidet legges frem for styret i Helse Sør- Øst RHF i april 2012

- **En tragisk hendelse ved Klinikk for psykiatri og avhengighet**

En pasient ved Avdeling for førstegangpsykososer (AFP) drepte en annen pasient ved samme avdeling med kniv, inne på avdelingens røykerom/nærliggende korridor på ettermiddagen 15.9.11. Politi og ambulanse ble tilkalt med en gang og helsetilsynet ble varslet elektronisk samme kveld av klinikkleder.

Pasienten som drepte ble brakt til arresten av politiet og framstilt for psykiatrisk vurdering ved Psykiatrisk legevakt samme kveld og innlagt på tvang ved Regional sikkerhetsavdeling umiddelbart.

Begge pasientene var innlagt til tvunget psykisk helsevern ved AFP. Vi har gjennomgått journalene og hendelsene i ettertid, og det forelå ingen økt voldsrisiko for den som drepte. Den drepte hadde drept sin ekskjæreste i 2008 og var innlagt på dom til behandling.

Helsetilsynets utrykningsgruppe besøkte avdelingen 20.9 og skal avslutte sin undersøkelse 22.9.

De sa i åpningsmøtet at deres vurdering er separat fra politiets etterforskning og at de vil bruke 3-6 mnd på å gjøre en vurdering av om pasienten (den som drepte) hadde fått forsvarlig behandling.

Personalet i avdelingen har vært fulgt opp i tråd med våre prosedyrer. Vi har også gjort våre egne vurderinger av hendelsesforløpet og ikke kunnet påpeke svikt i utredning, behandling eller oppfølging. Hendelsen framstår som helt umotivert, men vi avventer Helsetilsynets vurdering i saken.

3. Status samhandlingsprosjekter

Oslo universitetssykehus leder prosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet" (Hovedstadsprosjektet), som er et samhandlingsprosjekt med partene Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Vestre Viken HF, Oslo kommune og bydelene i Oslo. I regi av prosjektet er det etablert flere delprosjekter, der Oslo universitetssykehus HF har en sentral rolle:

- **Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid**

Oslo universitetssykehus startet satsningen med utdanning av *veiledere i flerkulturelt helsearbeid* som et pilotprosjekt i 2009/2010, i samarbeid med Høgskolen i Oslo (nå Høgskolen i Oslo og Akershus). Erfaringene var positive, og prosjektet er videreført som en felles satsning i Hovedstadsprosjektet.

Foreløpig har OUS et nettverk av 22 ansatte som har tatt utdanningen og derigjennom blitt en ressurs i sykehuset. Nettverket utvides i løpet av høsten med 10 ansatte som er under utdanning, i tillegg til at et nytt kull starter opp i november 2011. Utdanningen består av 3 samlinger av totalt 11 dagers varighet, og gir 15 studiepoeng. Målet med utdanningen er å gi studentene økt innsikt i kulturelle forskjeller knyttet til helse, sykdom og behandling samt styrke deres bevissthet knyttet til egen rolle som profesjonsutøver i et flerkulturelt helsevesen.

Etter endt utdanning inngår deltakerne i et nettverk av kulturveiledere, og skal være ambassadører i forhold til kultursensitivitet og gode holdninger på arbeidsplassen. Deltakerne i nettverket skal kunne bistå andre ansatte f.eks i situasjoner der ansatte føler seg usikre på hvordan hun/han bør opptre i en flerkulturell interaksjon mellom pasient, pårørende og/eller helsepersonell. De vil også kunne holde innlegg eventuelt delta i refleksjonssamtaler.

Dette studentopptaket (fjerde kull) er finansiert med samhandlingsmidler fra Helsedialog. Søknadsfrist til neste opptak er 28. september 2011.

For mer informasjon:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Sider/kulturveileder.aspx>

- **Helseinformasjon og helsedialog på radio**

I helsevesenet opplever vi utfordringer knyttet til det å nå ut med informasjon til ulike målgrupper. En del pasienter (eller potensielle pasienter) kan ikke godt nok norsk og/eller er analfabeter. Det er kjent at en del minoritetsspråklige grupper ikke leser aviser, bøker eller brosjyrer som er publisert med tanke på helseopplysning. På den annen side er de ofte hyppige brukere av radio som sender programmer på gruppens eget morsmål.

Med bakgrunn i dette har Hovedstadsprosjektet utformet delprosjektet "*Helseinformasjon og helsedialog på radio*". Prosjektet kjøres i samarbeid med Pak Radio, Voice of Oslo, og består i en serie radioprogrammer der fagfolk inviteres (fra både primær- og spesialisttjeneste) for å diskutere ulike helsetemaer og der lytterne kan ringe inn og stille spørsmål under og etter sendingen. Programmer sendes på **Pak Radio Voice of Oslo FM 99,3**. Det vil også være mulig å følge sendingene på internett (www.voiceofoslo.com), eller de kan lastes ned i etterkant som Podcast. Programmer sendes på urdu, arabisk og somalisk.

Sendingene starter **uke 37** og programmer sendes annenhver uke i til sammen 6 uker. Temaer som tas opp er *diabetes og ernæring, syke barn, psykisk helse, bryst- og underlivskreft, og tannhelse og munnhygiene*, i tillegg til et åpent tema som lytterne definerer.

Tidspunkter for sendinger:

| | | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Urdu: Lørdag kl.19.30-20.30 | Arabisk: Søndag kl. 17.15-18.15 | Somalisk: Søndag kl. 21.15-22.15 |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Prosjektet har fått mye oppmerksomhet og god mediedekning i forkant av lansering, både i Osloregionen, men også i andre deler av landet og i utlandet.

Prosjektet er finansiert med samhandlingsmidler fra Helsedialog.

For mer informasjon:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/helseradio-pa-flere-sprak.aspx>

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Sider/helseradio.aspx>

- **Frokostmøter**

Hovedstadsprosjektet arrangerer også frokostmøter basert på en kartlegging over prosjekter knyttet til likeverdig helsetjeneste og minoritetshelse. Målet er å drive erfaringsutveksling for prosjekter med sammenfallende målgruppe eller tematikk, med påfølgende dialog. Disse møtene er åpne for alle.

Kommende temaer for frokostmøtene er helsefremmende arbeid; psykisk helse og rus; tro- og

livssyn i helsevesenet; eldre; kvinner og barn; rekruttering og kompetanseutvikling; Lavterskeltilbud (barn og unge), ernæring og kosthold.

For mer informasjon:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Sider/frokostmoter.aspx>

Øvrige OUS initierte prosjekter:

- **Lederprogram for flerkulturelle medarbeidere**

Oslo Universitetssykehus HF har som mål at ledernivået ved sykehuset skal gjenspeile de ansattes bakgrunn. Sykehuset har et av de største flerkulturelle arbeidsmiljøene i landet, men de ansatte med flerkulturell bakgrunn er sterkt underrepresentert i ledende stillinger. Vi ønsker å øke antallet ledere med minoritetsbakgrunn, slik at andelen ledere bedre reflekterer sammensetningen av både pasienter og medarbeidere.

Derfor setter vi i høst i gang ”*Lederprogram for flerkulturelle medarbeidere – rekruttering og kompetansebygging*”. Programmet utvikles i samarbeid med HR.

Målet er å dra nytte av sykehusets (til tider skjulte) kompetanse og ressurser, og sikre medarbeidere med flerkulturell bakgrunn likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter. Videre er det et mål å forberede fremtidige ledere generelt, uavhengig av etnisk bakgrunn, til en ansvarsfull oppgave i et flerkulturelt miljø. I tillegg vil programmet gi personlig utvikling og generell kjennskap til OUS’ lederprinsipper.

Målgruppen for dette programmet er medarbeidere som har talent og ambisjoner om å bli ledere, og som ønsker økt kompetanse i hvordan være leder på en flerkulturell arbeidsplass. Vi ønsker deltakere med både flerkulturell og skandinavisk bakgrunn, totalt 25 personer. For å sikre at alle deltagerne får god nok oppfølging gjennom programmet, er erfarne ledere i sykehuset forespurt om å være mentor.

Det arrangeres 3 samlinger á 2 dager, med oppstart i slutten av oktober. Prosjektet er finansiert med eksterne midler fra Cecilie og Tom Wilhelmsens stiftelse.

- **Tro- og livssynsbetjening i sykehus**

En pasient som er innlagt på sykehus er ofte isolert og i en sårbar situasjon. Vedkommende kan ha behov for sjelesorg eller samtaler om eksistensielle spørsmål eller annen form for tros- og livssynsmessig betjening knyttet til sykdom eller ved dødsleie.

Religiøs eller livssynsmessig betjening på norske sykehus er i dag først og fremst tilrettelagt for medlemmer i Den norske kirke gjennom sykehuspresteholdningen (pastoral-klinisk tjeneste).

Som et tiltak for å sikre likebehandling av alle pasienter i tråd med religionsfriheten har Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) og Oslo universitetssykehus HF (OUS) tatt initiativ til et pilotprosjekt for tros- og livssynsbetjening på Oslo Universitetssykehus. Til gjennomføringen av dette pilotprosjektet har vi fått tilskudd fra Kulturdepartementet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse Sør-Øst.

Prosjektet starter opp høsten 2011 med videreutdanningskurs for ressurspersoner fra ulike tros- og livssynssamfunn. Deltakerne på kurset er bredt sammensatt, og representerer Bahá’í-samfunnet, Islam, Humanetisk forbund, Baptistsamfunnet, Den Katolske kirke, Den evangelisk-lutherske

frikirke, Kristensamfunnet, Metodistkirken, Norges hindu kultursenter, og Vennenes samfunn kvekerne. Fagansvarlig for utdanningen er Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo. Etter endt kursing vil ressurspersonene fungere som samtalepartnere og støttepersoner samt kunne gjennomføre religiøse handlinger for pasienter ved OUS ved behov.

For mer informasjon:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/prosjekter/Sider/tro-og-livssyn.aspx>

- **Kurs i norsk lesing og skriving, hverdagsmatte og data**

Oslo universitetssykehus HF er en viktig aktør i det norske samfunn og arbeidsliv, og har både et samfunnsansvar og en egeninteresse i å bidra til medarbeidernes *kompetanseutvikling*. Noen av våre medarbeidere har hatt ulik tilgang til grunnleggende skolegang, eller tilrettelagt opplæring, og kan derfor ha behov for ytterligere undervisning og trening i basiskompetanse og arbeidsrelevant norsk. På bakgrunn av dette tok Seksjon for likeverdig helsetjeneste, i samarbeid med Omstillingscenteret, initiativ til å arrangere kurs i arbeidsnorsk samt grunnleggende lesing, skriving, hverdagsmatematikk og data. Oslo Voksenopplæring Rosenhof har ansvaret for undervisningen. Totalt 75 ansatte deltar, og i begynnelsen av september startet de på andre semester. Undervisningen varer frem til sommeren 2012, og utgjør totalt 120 timer per deltaker. Prosjektet er finansiert med BKA-midler fra VOX.

- **Design av ny uniformshijab**

Som et ledd i å tilrettelegge arbeidsplassen for våre medarbeidere, er vi i gang med å utvikle en ny uniformshijab. I august arrangerte vi prøvevisning, og oppslutningen blant hijabbærende var stor. Innspillene de kom med på prøvedagen, er tatt med i det videre utviklingsarbeidet. Vi satser på å ha produktet klart i løpet av høsten. Når den nye modellen er klar, vil det for hijabbærende medarbeidere som bruker uniform på arbeid, ikke lenger være tillatt å benytte privat hijab.

4. Organisering og utvikling

- **Flytting av døgn/akuttvirksomhet fra Aker til Ullevål**

Fram til sommeren 2010 ble det foretatt flere utredninger i ”areal- og aktivitetsprosjektet. Det ble foreslått en rekke fysiske tiltak for å tilrettelegge for flytting av regionsfunksjoner til Rikshospitalet og flytting av døgnvirksomhet fra Aker til – i all hovedsak – Ullevål. Tiltakene omfatter større og mindre ombygginger for nye funksjoner og økt kapasitet på tilflyttingsstedene, samt utstyrsanskaffelser for å betjene det nye virksomhetsbildet.

Areal- og utstyrstiltakene ble samlet i ett prosjekt – *Prosjekt OUS arealtiltak*. Prosjektet styres av en *gjennomføringsgruppe* med representanter for sykehusets ledelse, hovedverneombud og tillitsvalgte. Prosjektets daglige ledelse ivaretas av en *prosjektleder*, og de forskjellige arealtiltakene er gruppert i *delprosjekter* som rapporterer til prosjektleder.

Det er opprettet *styringsdokument* som angir mål og rammer samt styringsopplegg.

Fra sommeren 2011 er ansvaret for prosjektet lagt til direktøren for OSS. Gjennomføringsgruppa fortsetter inntil videre i sin rolle.

Delprosjektene har svært ulike tids- og kostnadsforløp, fra enkle ombygginger til mer omfattende

tiltak med mye utstyr. Foreløpige overslag sommeren 2010 indikerte kostnader i størrelsesorden 500 mill. kroner. Utover høsten 2010 ble det klart at mange av tiltakene ville bli vesentlig dyrere enn det foreløpige anslaget, og våren 2011 ble det avsluttet en "kvalitetssikring dag 4". Denne viste at kostnadene vil beløpe seg til nærmere 1.500 mill. kroner dersom en gjennomfører tiltakene i det omfang som først var tenkt. Dette kostnadsbildet inngår nå i arbeidet med økonomisk langtidsplan, men omfang og finansiering er ennå ikke avklart.

Foreløpig foreligger det en avklart finansiering på 600 mill. kroner. Siden endelig kostnadsramme og finansiering ikke er avklart, så arbeider prosjektet ut fra en prioritering der noen av tiltakene planlegges og gjennomføres som tenkt, mens andre er satt "på vent". De tiltakene som gjennomføres, har en forventet sluttkostnad på ca 700 mill. kroner, hvorav ett prosjekt beslaglegger mer enn halvparten (akutfunksjoner Ullevål 378 mill. kroner). Det er fortsatt mulig å stanse delprosjekter slik at den foreløpige rammen på 600 mill. kroner ikke overskrides.

I tillegg til økt kapasitet på akutfunksjoner på Ullevål, er det også prioritert tilrettelegging for flytting av funksjoner til Rikshospitalet samt til Radiumhospitalet. Av tiltak som ikke er prioritert, nevnes særlig tilrettelegging av tilflyttingsarealer på Ullevål for medisin, urologi, gastro samt medisin og ortopedi. Årsaken til at disse ikke er prioritert, er at de innebærer store investeringer i gammel bygningsmasse som trenger rehabilitering og oppgradering, noe det altså foreløpig ikke finnes finansiering til og som dessuten er avhengig av avklaringer som skjer i strategisk utviklingsplan.

En vesentlig årsak til at enkelte tiltak tar lang tid, er en omfattende kjede av avhengigheter mellom "flytte ut>bygge om>flytte inn".

• **Planer for Aker som samhandlingsarena**

Styret behandlet i møtet 23. juni to saker som angikk prosessene rundt Aker sykehus. Den ene gjaldt utflyttinger av akutt- og døgnvirksomhet, og den andre gjaldt den virksomheten som skal drives framover på sykehuset blant annet i samarbeid med Oslo kommune og andre sykehus. Administrerende direktør har fulgt opp styrevedtakene i disse sakene ved å samle koordineringen av alle prosesser videre knyttet til Aker i et eget prosjekt, Prosjekt Helsearena Aker, og prosjekteierskapet er lagt til leder for Medisinsk klinikk, Lena Gjevert. Samarbeidet om å etablere samarbeidende, byovergripende helsetilbud på Aker ledes nå av Prosjekt Samhandlingsarena Aker der Oslo kommune har prosjektledelsen. Styret ble orientert om denne utviklingen på styreseminaret 19. august.

Organisasjonen knyttet til de to Aker-prosjektene er nå på plass. Det er allerede bygd et tett samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF prosjekt og fellesprosjektet. Oslo universitetssykehus HF fikk av Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å koordinere samarbeidet mellom sykehusene som betjener Oslo med hensyn til involvering og samarbeid mot Aker. Det første møte i styringsgruppa for Samhandlingsarena Aker holdes 23. september.

I arbeidet med prosjektene knyttet til Aker sykehus vil denne høsten første og fremst dreie seg om:

- Koordinere de planlagte utflyttingsprosessene av akuttvirksomheten fra Aker – inkl. risiko- og konsekvensvurderinger slik som styret har forutsatt.
- Bygge opp gode prosesser for informasjon og involvering knyttet til alle berørte parter – både i Oslo universitetssykehus HF, innad i Oslo kommune og mot andre interessenter og samarbeidspartnere.

- Sørge for utvikling av tiltak på Aker som kan inngå i en god total arealløsning for Oslo universitetssykehus HF på kort og mellomlang sikt.
- Få fram best mulig oversikt over ideer og muligheter for virksomhet og tiltak som på en eller annen måte kan knyttes til Aker.
- Starte arbeidet med utvikling av helhetlige rammer for framtidig virksomhet på Aker.
- Bidra til at de første tiltakene Oslo kommune legger til Aker får en god oppstart og ramme (Geriatrisk ressurscenter og særskilt tilpasset rehabilitering for eldre).

Administrerende direktør vil holde styret løpende orientert om utviklingen knyttet til Aker sykehus.

- **Etablering av en felles helhetlig plan for samlokaliseringer, funksjonsfordelinger og flyttinger**

Administrerende direktør har sett det som nødvendig at det etableres en helhetlig plan for alle samlokaliseringer, funksjonsfordelinger og flyttinger i Oslo universitetssykehus HF. Dette vil sikre koordinering av aktiviteter som til nå har vært håndtert av ulike prosjekter eller klinikkene selv, slik som:

- Arealplan Dag 4
- Prosjektet "ut av Aker"
- Prosjektet "Helsearena Aker"
- Innbyrdes flyttinger eller funksjonsfordeling innen en klinikk
- Flyttinger mellom klinikker
- Administrative flyttinger

Alle samlokaliseringer, funksjonsfordelinger og flyttinger er avhengig av og trekker på de samme ressursene slik som IKT eller service fra tverrgående klinikker som eksempelvis anestesi, radiologi eller portørvirksomhet. Dersom endringer i virksomheten ikke er tilstrekkelig koordinert, blir det prioriteringsutfordringer for dem som skal utøve tjenestene til dette fagområdet. En felles helhetlig plan vil i større grad sikre at endringer ivaretar faglig forsvarlighet sammen med å sikre et godt arbeidsmiljø.

En helhetlig plan skal ikke bare ivareta den enkelte klinikkens behov for endringer, men også sikre at planen tar høyde for myndighetspålegg (slik som pålegg fra Arbeidstilsynet) og strategisk utviklingsplan/ arealplan. En felles helhetlig plan vil i større grad sikre at planlagte oppgraderinger for de ulike arealene sees i sammenheng med målbildet slik det ikke gjøres unødvendig dyre investeringer i bygg som ikke skal benyttes i fremtiden. På den annen side må virksomhet ikke være i strid med myndighetspålegg og absolutt nødvendige utbedringer.

Det vil også oppstå nye behov for endring av virksomhet som ikke er fanget opp i eksisterende planer. Nye initiativ må kvalitetssikres og konsekvenser for allerede eksisterende planer og evt rekkefølgeproblematikk må utredes og belyses.

Administrerende direktør har med dette som bakgrunn, oppnevnt en sentral strategisk koordineringsgruppe som skal sørge for det strategiske arbeidet (helhetlig plan sett opp mot andre sentral hensyn). I tillegg er det besluttet en desentral organisering og gjennomføring som vil ivaretas av OSS. Det viktigste i denne strukturen er at klinikkene skal sikres en forutsigbarhet med færrest mulig enheter å forholde seg til, samtidig som det bygges kompetanse i utførende enheter som kan gjenbrukes.

Strategisk koordineringsgruppe består av de aktører som i praksis har kompetanse og myndighet til å sikre at en helhetlig plan er mulig å gjennomføre. Sentrale medlemmer er derfor:

Direktør OSS - med ansvar for å sikre arbeidet opp mot utførende organisasjon

Medisinsk direktør - som har ansvaret for at areal understøtter faglig forsvarlighet og hensiktsmessig drift

Direktør for fag og pasientsikkerhet - som har ansvaret for å håndtere og svare ut tilsyn (herunder arbeidstilsynet) samt i tillegg koordinering mot egen stab og relevante områder i denne

Forskningsdirektør - for å påse at hensynet til forskning og undervisning er ivaretatt

Representant fra Universitetet - som eier store deler av arealene og har en egeninteresse i å sikre god samhandling med klinisk virksomhet

Representanter fra hovedtillitsvalgte - for å sikre god forankring og konstruktiv medvirkning (antall må avklares)

Hovedverneombud - som er sentral i å sikre arbeidsmiljø på lik linje med medisinsk direktør

- **Handlingsplan forskning 2011-2012**

Forskningsstrategi 2011-2015 ble vedtatt i styremøtet 24.11.2010, sak 143/2010. Som det fremgår av styreprotokollen vil strategien følges opp med handlingsplaner på overordnet nivå og klinikknivå, og overordnet handlingsplan vil bli fremlagt for styret når denne er ferdigstilt og behandlet. Handlingsplan forskning for Oslo universitetssykehus HF 2011-2012 ble vedtatt i Ledermøtet ved Oslo universitetssykehus HF 24.6.2011 og følger vedlagt til orientering (se vedlegg). Forskningsutvalgene i klinikkene arbeider med klinikkvise handlingsplaner, basert på overordnet strategi og handlingsplan.

- **Praksisplasser for helsefagarbeiderlæringer**

Oslo universitetssykehus HF er i ferd med å inngå en samarbeidsavtale med Oslo kommune om praksisplasser for kommunens helsefagarbeiderlæringer. Sykehuset legger opp til at avtalen skal gjelde fra 2011.

Samarbeidsavtalen er et viktig første steg når sykehuset nå skal etablere læreplaner innenfor helsefagarbeiderutdanningen. Samarbeidet med Oslo kommune ble påbegynt i mars i år. Etter planen vil avtalen med Oslo kommune bli godkjent i løpet av høsten.

Når Oslo universitetssykehus HF nå skal bygge opp et slikt tilbud må det gjøres grundig og bygges ut over flere år. Sykehuset har det siste året blant annet kartlagt hvor i sykehuset slike lærlingsplasser kan opprettes og vi vil skaffe oss ytterligere erfaring gjennom samarbeidet med Oslo kommune.

5. IKT systemer

- **Felles klinisk informasjonsgrunnlag – unntatt offentlighet**

6. I arbeidsgiverrollen

- **Status i arbeidet for å redusere deltid**

I foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 3. februar 2011 har Oslo Universitetssykehus HF fått følgende oppdrag: Helseforetaket skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, redusere andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. I tilknytning til oppdraget ble det nedsatt en parts sammensatt arbeidsgruppe som la fram sin rapport "Reduksjon av andel deltidsansatte ved OUS" i mai.

Av de faste ansatte pr 15. april er det 2787 som arbeider deltid. Dette utgjør 20 % av alle faste ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedtyngden av deltid finnes innenfor gruppen

sykepleiepersonell med 1565 ansatte som arbeider deltid.

Arbeidsgruppen har identifisert følgende hovedårsaker til bruk av deltid ved OUS:

- 1) Sykehusets organisering har betydning for deltid utfordringer. Det er her spesielt viktig å se helheten mellom organisering og bruk av ressurser og kompetanse hvor deltid er ett element.
- 2) Arbeidsgivers behov for å fylle hull i turnus.
- 3) Arbeidstakernes ønske om å styre egen arbeidstid.
- 4) Lav grunnbemanning og innsparingskrav.
- 5) Ledelsesutfordring.

I sin rapport fremmet arbeidsgruppen forslag om virkemidler og hvilke tiltak som må iverksettes for å gjennomføre disse.

Deltidsundersøkelse - OUS

I mai 2011 ble det gjennomført en deltidundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til deltidsansatte med et fast arbeidsforhold, hvorav 1887 (48%) har svart. Resultatet av undersøkelsen viste at 151 (8%) av de som svarte ønsker å arbeide heltid, og 76 (4%) ønsker større deltidsstilling.

Videre prosesser og samarbeid

Saken ble behandlet i ledermøte i mai 2011. Rapporten med forslag til tiltak, og resultat av deltidundersøkelsen, ble behandlet i drøftemøte i juni 2011.

To klinikker har søkt om midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til prosjekter for å arbeide med reduksjon av andel deltid. Kvinne og Barnklinikken har søkt om midler for å redusere andel deltidsansatte ved Fødeavdelingen Rikshospitalet ved å etablere ordning med 12,5 timers vakter i helg. Medisinsk klinikk har søkt om midler til tre prosjekter: "Prosjekt Felles bemanningsenhet i Medisinsk klinikk", "Utnyttelse av arbeidskraftressurser og organisering av arbeid på sengepost på en bedre måte som bidrar til å redusere omfanget av ufrivillig deltid", "Utvikling av dobbelkompetanse som legger til rette for økt utnyttelse av arbeidskraftressursene" (tilrettelegging for deltidstudie i helsesekretærutdanning for hjelpepleiere).

Etablering av systemstøtte for oppfølging av ufrivillig deltid

En regional gruppe arbeider med løsning for felles opplegg for registrering av deltid i personalportalen. Dette skal være klart for implementering 1.10.2011. Løsningen fyller de krav og rammer som er satt av HOD og de regionale helseforetakene. Denne løsningen vil være til hjelp for den enkelte leder i arbeidet med oppfølging av ufrivillig deltidsansatte. Samtidig vil det lette arbeidet med videre rapportering av andel deltid.

7. Eiendom

- **Orientering om status for salg av eiendommer i Bærum kommune: Lindelia 41-51, Vallerveien 146, og Njordveien 16.**

Sykehuset solgte personalboligene tilknyttet Statens senter for epilepsi, Lindelia 41-51 og Vallerveien 146 i Bærum kommune i 2008 for kr. 56,5 millioner. I forbindelse med salget ble det søkt om fradeling av sykehusets hovedeiendom. Før søknad om fradeling av eiendommen ble behandlet, la Bærum kommune ned midlertidig bygge- og deleforbud og igangsatte arbeid for å omregulere området fra boligformål til offentlig formål. Sykehuset ga i samarbeid med kjøper av eiendommene innspill til reguleringsarbeidet med anmodning om regulering til bolig med service,

men Bærum kommune vedtok likevel regulering av eiendommene til offentlig formål ved behandling i kommunestyret 25.januar 2011. Vedtaket ble påklaget 06.04.2011, og behandlet i kommunen på nytt i planutvalget sak 131/11 28.juni 2011. Planutvalget fastholdt vedtak, og oversendte klage til Fylkesmannen for endelig avgjørelse. Fylkesmannen har sagt at det vil ta 7- 8 måneder å behandle klagen. Det er avholdt møte med kjøper i juni 2011, og kjøper ønsket på daværende tidspunkt å fastholde kjøpekontrakten. Før eiendommen blir fradelt vil det ikke være mulig å overdra eiendommen til kjøper. Sykehuset har purret på kommunen for å få fradelt eiendommen.

Ved søknad om fradeling av eiendommen i Njordsvei 16, la Bærum kommune også ned midlertidig bygge- og deleforbud før søknaden ble behandlet. Sykehuset ga innspill ved varsel om bygge- og deleforbud, og vedtaket om bygge- og deleforbudet ble vedtatt 18.august 2011. Sykehuset valgte ikke å klage på dette vedtaket, men gav innspill i forbindelse med reguleringsprosessen. 2.gangsbehandling av reguleringsaker ble behandlet i plan- og miljøutvalget 1. september 2011 i sak 171/11. Utvalget fattet da vedtak om utsettelse til neste møte. I det neste møte i plan- og miljøutvalget 15. september 2011 i sak 179/11 fattet plan- og miljøutvalget vedtak om å regulere eiendommen til omsorgsboliger (alt 2). Dette betyr at nevnte eiendom er i prosess til å bli regulert til omsorgsboliger.

8. Rettstvister - status per d.d.

Siden forrige rapportering har det skjedd følgende:

- Styret har tidligere blitt informert om mottatt stevning som gjelder privat straffesak mot foretaket fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anførte var underbemanning ved AMK sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK-operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Tingretten har avvist saken pga straffeprosessuelle bestemmelser. I korthet er ikke de pårørende rettslig sett fornærmet med den konsekvens at de ikke kan reise privat straffesak. Avgjørelsen er anket til lagmannsretten. En avgjørelse er ventet om kort tid.
- Styret har tidligere blitt informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Hovedforhandling i saken gjennomføres i Oslo tingrett 28-29 september.
- Styret har tidligere blitt informert om erstatningssak i forbindelse med prosjekteringsfeil i Forskningsbygget. Partene har kommet til forlik og saken er hevet. Hver av partene dekker egne saksomkostninger.
- Styret har tidligere blitt informert om tvistesak med leverandør om heving av avtale om kjøp av defibrillator på grunn av mangler. Saken er berammet for Oslo tingrett 31.oktober -1.november.

- Styret har tidligere blitt informert om tvistesak med ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav. Saken er berammet for Oslo tingrett i tiden 10.-14. oktober. Helse Sør-Øst RHF er informert om saken.

9. Status ansettelse av administrerende direktør – unntatt offentlighet

10. Referater

- **Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 14. september 2011**
Utrykt vedlegg
- **Referat fra møte i Brukerrådet 22.august 2011.**
Utrykt vedlegg
- **Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24. juni 2011**
Vedlagt

11. Årsplan

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte. Justert årsplan vedlagt.

Handlingsplan forskning 2011-2012

Oppfølging av Forskningsstrategi 2011-2015

Innhold

| | |
|--|--------|
| <i>Visjon fra forskningsstrategien</i> | 3 |
| <i>Strategiske mål, hovedprioriteringer i planperioden og tiltak for gjennomføring</i> | 3 |
| a) Faglig produksjon | 3 |
| b) Kvalitet..... | 4 |
| c) Evaluering av forskning..... | 5 |
| d) Forskningsetikk og kvalitetssystemer | 5 |
| e) Forskningsfinansiering..... | 6 |
| f) Strategiske satsinger..... | 6 |
| g) Stillingsstruktur og rekruttering..... | 7 |
| h) Areal..... | 8 |
| i) Nasjonalt ansvar og regional nav-funksjon | 9 |
| j) Internasjonalt samarbeid | 9 |
| k) Organisering og ledelse | 10 |
| l) Infrastruktur | 11 |
| m) Innovasjon, fagutvikling og utdanning..... | 12 |
| n) Synliggjøring og forskningsformidling | 12 |
| o) Pasientgrunnlag..... | 12 |
| p) Samhandling, kunnskapsoverføring og likeverdige helsetjeneste | 13 |
| <i>Vedlegg – konseptuelt rammeverk for handlingsplanen</i> | 13 |

Visjon fra forskningsstrategien

Frontforskning for bedre helse: Oslo universitetssykehus skal levere forskningsresultater i verdensklasse og lede og styrke forskning nasjonalt og regionalt. Klinisk virksomhet, forskning og utdanning skal være tett integrert og gjensidig kvalitets- og kompetansehevende.

Strategiske mål, hovedprioriteringer i planperioden og tiltak for gjennomføring

I det følgende fremgår planlagte tiltak for 2011 og 2012 knyttet til samtlige mål i Forskningsstrategi 2011-2015¹. Oppfølging skisseres gjennom kvantitative og kvalitative resultatindikatorer, vurderinger/ evalueringer etc. Følgende områder i handlingsplanen gis *hovedprioritet* i perioden 2011-2012:

1. Arealer til forskning og undervisning
2. Budsjett – skjerming av forskning i budsjettene og funksjonsbudsjett for forskning
3. Synliggjøring av forskningsresultater
4. Scientific Advisory Board for Oslo universitetssykehus
5. Kjernefasiliteter – godkjenningsordning og avklaring av finansieringsordninger
6. IKT-systemer som understøtter forskning
7. Kvalitetsregistre

Forskningsutvalgene i klinikkene skal utarbeide egne handlingsplaner i tråd med overordnet strategi og handlingsplan. Disse må være mer detaljerte enn den virksomhetsovergrepene handlingsplanen og uttrykke tematiske satsingsområder for klinikkene. Konseptuelt rammeverk for handlingsplanen er nærmere omtalt i vedlegg.

a) Faglig produksjon

Mål: "Oslo universitetssykehus skal ha en tydelig forskningskultur og stå for en betydelig andel av norske artikler innen medisin og helsefag publisert i internasjonale tidsskrifter. Oslo universitetssykehus skal tilstrebe en økt kvalitet på publikasjonene ved økt andel artikler i de mest anerkjente tidsskriftene (nivå2²) og et økt omfang siteringer. Doktorgradsutdanningen skal ha et volum tilpasset rekrutteringsbehovet. Mål for de ulike miljøene skal nedfelles i klinikkvise handlingsplaner med tydelige resultatindikatorer."

Faglig produksjon - prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

- | | |
|--|---|
| 1. Økt publikasjonsaktivitet i internasjonale tidsskrifter | - Antall artikler i internasjonale tidsskrifter |
| 2. Økt andel artikler i de mest | - Andel av egne artikler publisert i nivå 2- vs nivå 1-tidsskrifter |

¹ http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi_styrevedtatt_24.1.2010.pdf

² Nivå 2 tidsskrifter defineres av Universitets- og høyskolerådet. Nivå 2 skal i utgangspunkt være begrenset til publiseringskanaler (vitenskapelige tidsskrifter, serier, årbøker, nettsteder og bokutgivere) som: 1. oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger og utgir de mest betydelige publikasjonene fra ulike lands forskere, 2. til sammen utgir omlag en femtedel av fagets vitenskapelige publikasjoner. Se <http://www.uhr.no/forskning/publiseringsutvalget/>

Faglig produksjon - prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

anerkjente tidsskriftene (nivå2)

3. Økt omfang siteringer

- Utvikle relevante indekser

Kvalitativt fokus i ledelsens tertialvise gjennomgang med klinikkene som supplering til bibliometriske data.

Innspill fra KVB: Publiseringsverktøy

4. Tydeligere forskningskultur

Øke bevisstheten om betydningen av universitetssykehusfunksjon:

- Ledelsens gjennomgang med klinikkene
- Økt profilering og synliggjøring av forskningsansvar og -resultater

5. Bedre tilpasning/balanse mellom doktorgradsutdanning og rekrutteringsbehov til forskning for helseforetaket

Antall phd-studenter vs post.dok./forskere i klinikkene

b) Kvalitet

Mål: "Oslo universitetssykehus skal ha flere forskningsmiljøer i verdensklasse, men samtidig legge til rette for en stor faglig bredde i forskningen. Forskningen foregår i klinikkene og må dekke alle funksjonsnivåer (lokal-, region-, og landsfunksjoner). Det må være en tematisk bredde som dekker sykehusets virksomhetsområder og som samtidig har en høy internasjonal kvalitet. Det er en spesiell målsetting å kombinere laboratoriebasert og klinisk forskning (translasjonsforskning). Sykehuset har også et spesielt ansvar for å legge til rette for større kliniske studier. Sammen med universitetet skal Oslo universitetssykehus være vert for fremragende forskningsmiljøer, herunder sentre for fremragende forskning og sentre for forskningsdrevet innovasjon."

Kvalitet - prioriterte tiltak 2011

Oppfølging /indikator

1. Flere forskningsmiljøer i verdensklasse

Definere miljøer og synliggjøre disse på web-sider, på basis av resultater fra for eksempel NFR-evalueringen 2011, SFF, SFI, koordinatorer/P.I. for EU/ERC-grants., Jebsen-sentre mv.

2. Sikre faglig bredde i forskningen, med tilstrekkelig høy kvalitet

Følge opp anbefalinger og vurderinger i NFR-evalueringen 2011.

Forskningssvake miljøer søkes primært styrket ved solidarisk hjelp fra sterke miljøer eller ved å tiltrekke seg dyktige forskere utenfra.

3. Økt kapasitet og gjennomføringsevne for kliniske studier

Forbedret internt organisering av klinisk forskningsstøtte og nettverk mellom miljøer

Deltagelse i EATRIS

Deltagelse i ECRIN-søknad (EU-støtte til infrastruktur for kliniske studier)

Arbeidsgruppe med Inven2 om bedret bistand på

Kvalitet - prioriterte tiltak 2011

Oppfølging /indikator

4. Translasjonsforskning

forvaltningssiden (kontrakter med industri)

Med utgangspunkt i NFR-evalueringen og klinikkenes handlingsplaner fokusere tilrettelegging for translasjonsforskning som prioritert område i handlingsplan 2013.

c) Evaluering av forskning

Mål: "Oslo universitetssykehus vil kvalitetssikre bruk av egne ressurser til forskning. Slik kvalitetssikring vil ligge til grunn for organisering og finansiering av forskningen ved sykehuset. Kvalitetsvurdering av forskningsvirksomheten foregår på flere måter. Bibliometriske analyser er en viktig resultatindikator, men gir begrenset informasjon om kvalitet. Vurdering gjennomført av eksterne fagfolk (fagfellevurdering) av publikasjoner, søknader, rapporter og forskningsplaner er den grunnleggende kvalitetssikringen. Gjennomslag for søknader om eksterne midler til stillinger, drift og utstyr er også en viktig kvalitetsindikator. Oslo universitetssykehus vil benytte en kombinasjon av flere metoder og resultatindikatorer som grunnlag for kontinuerlig oppfølging av forskningsmiljøene."

Evaluering av forskning – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Kvalitetssikre bruk av egne ressurser til forskning og vurdere behov for gradvis omfordeling

Kombinere vektlegging og oppfølging av resultater:

- Aktiv bruk av resultater fra eksterne evalueringer, særlig NFR-evaluering 2011.
- Jevnlig fokus på bibliometriske data.

Se også punktene Faglig produksjon og Kvalitet

d) Forskningsetikk og kvalitetssystemer

Mål: "God forskningsetikk og personvern skal gjennomsyre forskningsaktiviteten ved Oslo universitetssykehus. Sykehuset har systemansvar og gode rutiner for oppfølging av gjeldende lov- og regelverk. Oslo universitetssykehus må ha hensiktsmessige og brukervennlige kvalitetssystemer. Den enkelte prosjektleder og forsker har et selvstendig ansvar for at etiske forhold er godt ivaretatt i alle faser av prosjektene. Oslo universitetssykehus bør ha et eget forskningsombud."

Forskningsetikk og kvalitetssystemer – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Videreutvikle hensiktsmessige kvalitetssystemer for forskning, i samarbeid med UiO
2. Økt bevisstgjøring og opplæring i forskningsmiljøene rundt etikk og lovverk
3. Økt profilering av forskningsombudet og lærdom av ombudets generelle erfaringer

Bearbeide eksisterende sett med kvalitetsrutiner og tilstrebe en mer pedagogisk fremstilling.

Besøk til klinikker fra Stab forskning, innovasjon og utdanning – tilbud om opplæring og hjelp.

Videreutvikle ombudsfunksjonen og gjøre denne mer kjent i miljøene. Etablere egen nettside med kontaktinfo for ombudet.

e) Forskningsfinansiering

Mål: "Oslo universitetssykehus har som mål å øke omfanget av egenfinansiert forskning, og at tilskuddet av eksterne midler (for eksempel fra Helse Sør-Øst, Norges forskningsråd og EU) utgjør minst samme beløp som egenfinansieringen. Sykehuset må ha et selvstendig og langsiktig økonomisk handlingsrom for å kunne gjennomføre sin forskningsstrategi. Fordelingen av midlene må baseres på kvalitetsvurdering av forskningsmiljøene. Midler til forskning fordeles dels gjennom budsjettene til klinikkene og dels etter konkurranse om midlene fra Forskningsutvalget."

Særskilt prioritert område

Forskningsfinansiering – prioriterte tiltak 2011

1. Etablere et finansielt handlingsrom for sentrale (nivå 1) forskningstildelinger til satsinger som understøtter forskningsstrategien.
2. Økt omfang eksternt finansiert forskning samtidig som intern finansiering skjermes
3. Økt kvalitet i interne registreringer og estimater på ressursbruk til forskning

Oppfølging / indikator

- Etablere belønningsordninger og synliggjøre fremragende forskning – begrenset omfang i 2011-2012 innenfor tilgjengelig budsjett i Stab FIU.
- Skjerming av ressurser til forskning i budsjett-/omstillingsprosessene
 - Antall registrert sendte og antall innvilgede søknader gjennom Oslo universitetssykehus og UiO fra forskningsmiljøer ved sykehuset.
- Benytte aktivt og videreutvikle de årlige ressurskartlegginger som et funksjonsbudsjett for forskning og planleggingsverktøy/beslutningsstøtte.

f) Strategiske satsinger

Mål: "Oslo universitetssykehus vil satse strategisk på noen viktige forskningsfelt og være i front med ny teknologi. På områder hvor Oslo universitetssykehus har sterke forskningsmiljøer, spesielle fortrinn eller ønsker å etablere forskning må det legges til rette for å styrke disse posisjonene også internasjonalt. Forskning er avhengig av ny teknologi og Oslo universitetssykehus må sørge for at forskerne har tilgang til moderne utstyr. Det er nødvendig med spesiell fokus på IKT-infrastruktur for forskning."

Strategiske satsinger – prioriterte tiltak 2011

1. **Særskilt prioritert område**
Kjernefasiliteter – etablere system for intern godkjenning, organisering og forpliktelser for kjernefasiliteter.
2. Definere strategisk viktige forskningsfelt,

Oppfølging / indikator

- Følge opp anbefalinger i rapport fra juni 2009, Organisering av forskning og utdanning i Oslo universitetssykehus, arbeidsgruppe for kjernefasiliteter.
 - Avklare rollefordeling mellom Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus ift styring og prioritering av kjernefasiliteter, herunder nav-funksjon for regionen.
- Klinikkene definerer selv tematiske satsingsområder i sine handlingsplaner (eies av

Strategiske satsinger – prioriterte tiltak 2011

med utgangspunkt i

- store folkesykdommer,
- komparative fortrinn i forskningsmiljøene ved Oslo universitetssykehus/UiO
- forskningsforpliktelser for landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre
- føringer i oppdragsdokument fra eier

Oppfølging / indikator

klinikkene). Oppsummeres og diskuteres i strategiske forskningsfora og i ledelsen.

Følge opp anbefalinger NFR-evalueringen knyttet til miljøer med komparative fortrinn.

- Samhandlingsforskning (nasjonalt prioritert)
- Kompetansehevende tiltak for helsefaglig forskning (tiltak Helse Sør-Øst)

Se også Infrastruktur.

g) Stillingsstruktur og rekruttering

Mål: "Oslo universitetssykehus vil, i samarbeid med universitet og høyskoler, etablere en akademisk stillingsstruktur som ivaretar behov for god forskningsledelse, god balanse mellom midlertidige og faste stillinger og synlige karriereveier for forskjellige profesjoner. Rekruttering av nødvendig kompetanse er viktig på alle nivåer, og Oslo universitetssykehus må ha en god strategi for å tiltrekke seg de beste forskerne og forskerkandidatene. Oslo universitetssykehus vil arbeide for en større grad av kjønnsbalanse i vitenskapelige toppstillinger."

Stillingsstruktur og rekruttering – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Vurdere ansettelsespraksis og omfang av midlertidige forskningsstillinger i Oslo universitetssykehus
2. Rekruttering og akademisk stillingsstruktur; større grad av prioritering
3. Kjønnsbalanse i vitenskapelige toppstillinger

Kartlegge omfang og vurdere policy og implikasjoner for stillinger ut over 4 år etter stipendiatperiode, samt støttepersonell.

- Prioriteringsdiskusjon av prinsipper for akademiske stillinger i Forskningslederform.
- Etablering av bedre ansettelsesrutiner for kombinerte stillinger.

Tiltak innarbeides i klinikkenes handlingsplaner og følges opp årlig, i henhold til Samarbeidsorganets rapporteringskrav.

Se også Faglig produksjon, tiltak om bedre balanse mellom doktorgrads- og post.dok-stillinger.

Se også Organisering og ledelse, tiltak om etablering av retningslinjer for ledelse og etablering av forskningsgrupper.

h) Areal

Mål: "Oslo universitetssykehus vil aktivt utvikle egnede og moderne forskningsarealer som et strategisk virkemiddel for å fremme god forskning. Gode arealer for både laboratoriebasert og klinisk forskning er svært viktig. Moderne medisinsk og helsefaglig forskning er i økende grad tverrfaglig og krever stadig nye typer samarbeidskonstellasjoner. God tilrettelegging av forskningsarealer er en forutsetning for å fremme slikt samarbeid, ikke minst mellom laboratoriebasert og klinisk forskning. Forskningsarealer må utvikles i samarbeid med universitetet for å legge til rette for felles infrastruktur og for at forskningsgrupper fra begge organisasjonene kan samlokaliseres. Av samme grunn som forskning organisatorisk er lagt inn i klinikkene, må også den kliniske og laboratoriefaglige forskningsvirksomheten være integrert i fagmiljøene. Arealer til forskning må også til en viss grad sees i sammenheng med arealer til undervisning."

Særskilt prioritert område

Areal – prioriterte tiltak 2011

1. Alle flyttinger av fagmiljøer skal vurderes mht arealer til forskning og undervisning, og i samarbeid med universitetet.

Oppfølging / indikator

- Vurdering av hensiktsmessige og tilstrekkelige forskningsarealer skal være et fast mandatpunkt i alle flytteprosesser og bør følges opp kontinuerlig i Ledelsens gjennomgang med klinikkene.
- Som langsiktig mål skal det tilstrebes en arealfordeling som i gjennomsnitt tilsier at cirka 20 % som gjennomsnitt på institusjonsnivå avsettes til forsknings- og undervisningsformål, herunder medregnet arealer som sambrukes med klinisk/diagnostisk virksomhet. Dette fordrer systematisk registrering av arealbruk og avklaring av hvordan sambruksarealer defineres. Medfinansiering sykehus/universitet må avklares ved nybygg.

2. Etablere samarbeidsavtale med Universitetet i Oslo om arealbruk.

Prosjektgruppe utarbeider forslag til samarbeidsavtale med universitetet.

3. Langsiktig arealplan for sykehuset

Forskningslederne m.fl. bidrar inn i arbeidet med langsiktig arealplan, egen gruppe for forskning og undervisning.

4. Økt bevissthet og prioriteringer fra helseforetaket ved søknad om og innvilgelse av eksterne midler som krever økt arealbruk

Ledelsesbehandling og bevisst prioritering av større, eksterne søknader som krever økt arealbruk (eksempelvis søknader om Sentre for fremragende forskning, Sentre for forskningsdrevet innovasjon, EU-prosjekter, Stor infrastruktur etc).

i) Nasjonalt ansvar og regional nav-funksjon

Mål: *Sammen har Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo et spesielt nasjonalt ansvar for forskning og kunnskapsformidling.* Som dominerende forskningsaktører i Norge har Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo et felles nasjonalt ansvar for å styrke forskning og for kunnskapsformidling. Sammen har de også en oppgave som forskningsnav i regionen som må prioriteres. Dette fordrer sterke forskningsmiljøer som kan ta ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. Samtidig etablerer Oslo universitetssykehus regionale forskningsstøttefunksjoner på oppdrag fra Helse Sør-Øst. Høgskolen i Oslo er også en viktig samarbeidspartner.

Nasjonalt ansvar og regional nav-funksjon – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Styrket nav-funksjon for regionen og systematisk dokumentasjon av dette

- Arbeide for justert inntektsfordelingsmodell for forskning i regionen, med kompensasjon for nav-funksjoner og utdanningsfunksjoner.
- Videreutvikle regionale forskningsnettverk og synliggjøre disse (web)
- Følge utvikling i omfang av samarbeidsprosjekter og sampublisering med andre foretak i regionen, registrering av henvendelser om bistand innen forskningsstøtte og kjernefasiliteter.
- Tilrettelegge for bruk av regionale kjernefasiliteter

2. Bedre synliggjøring

- Videreutvikle Web-sider
- Være aktive bidragsyttere på konferanser

Se også Infrastruktur (jf kjernefasiliteter, nav-funksjoner, forskningsstøtte) og Synliggjøring og forskningsformidling (jf kunnskapsformidling).

j) Internasjonalt samarbeid

Mål: "Oslo universitetssykehus skal være en attraktiv og interessant samarbeidspartner for utenlandske forskere og forskningsmiljøer. Bredt internasjonalt samarbeid og utveksling av forskere med forskningsmiljøer i utlandet er en forutsetning for kvalitet. Oslo universitetssykehus skal stimulere til og legge til rette for at forskerne når fram i konkurransen om forskningsmidler fra EU og andre bidrag fra utenlandske finansieringskilder."

Internasjonalt samarbeid – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Styrket regional forskningsstøttefunksjon for søknader til EU og andre internasjonale kilder.

- Regionalt oppdrag om administrativ støtte til EU-prosjekter i samarbeid med Universitetet i Oslo.
- Anbefalinger fra prosjektgruppe med

Universitetet i Oslo.

2. Aktiv oppfølging av NFR-evaluering og internasjonalt samarbeid

Gjennomgå egenevalueringer og eventuelle anbefalinger fra fagpanelene om internasjonalt samarbeid, og ut fra dette vurdere behov for tiltak senere i strategiperioden.

k) Organisering og ledelse

Mål:

”Oslo universitetssykehus vil organisere medisinsk og helsefaglig forskning innenfor klinikkene på en slik måte at alle som forsker har tydelig tilhørighet i et forskningsmiljø. Samtidig må organiseringen av forskningen tilfredsstillende de formelle krav som stilles i nasjonal lovgivning og iht. internasjonalt aksepterte retningslinjer.

Ledere i Oslo universitetssykehus skal måles på enhetens forskningsproduksjon.

Forskningen ved Oslo universitetssykehus bør i hovedsak organiseres i forskningsgrupper ledet av en gruppeleder. Status som forskningsgruppeleder kan oppnås etter vedtatte prinsipper. Innplassering av forskningsgrupper i organisasjonsstrukturen følger den felles linjestruktur som er etablert for Universitetet i Oslo og sykehuset.

Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo skal ha et felles forskningsutvalg oppnevnt i samråd med Høgskolen i Oslo i samsvar med vedtatt mandat³. Forskningsutvalget gir råd til administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Oslo universitetssykehus skal ha et Scientific Advisory Board som rapporterer til Forskningsutvalget.

Forskningslederne i klinikkene samles i et Forskningslederforum som er rådgivende for forskningsdirektør ved Oslo universitetssykehus og instituttleder for Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.”

Organisering og ledelse – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

1. Etablering av Scientific Advisory Board (SAB)

Særskilt prioritert område

2. Etablere og implementere retningslinjer for ledelse og opprettelse av forskningsgrupper, i samarbeid med UiO
3. Måling av ledere mht enhetenes forskningsproduksjon
4. Styrket samarbeid med UiO

Etablere mandat for SAB, budsjetttramme (honorarer og møtevirksomhet) og forespørre medlemmer. Oppstartsmøte høst 2011 med NFR-evalueringen som utgangspunkt.

Ferdigstille og implementere retningslinjer. (Inngår som en del av eHåndbok).

Se omtale av tiltak under punktene Faglig produksjon, Kvalitet, Evaluering

Etablere samarbeidsavtaler på flere områder, jf arbeidsgrupper etablert i regi av Samarbeidsorganet. Forslag fremlegges suksessivt ila 2011.

³ Se <http://www.ous-research.no/fu/>

I) Infrastruktur

Mål: "Oslo universitetssykehus har et spesielt ansvar for å sørge for tilstrekkelige kjernefasiliteter og annen viktig forskningsinfrastruktur som bl.a. omfatter forskningsstøttefunksjoner, komparativ medisin, medisinsk bibliotekstjeneste, avansert utstyr samt biobanker og registre. Universitetet i Oslo er en viktig samarbeidspartner. Ansvar for drift av avansert utstyr bør legges til forskningsgrupper. Brukerinnflytelse sikres gjennom organisatorisk forankring. Sykehuset skal ha et eget biobankutvalg. Forskningsutvalget bør ha egne underutvalg for kjernefasiliteter og komparativ medisin. Det må fokuseres på IKT-støtte for tilgang på nødvendige data, dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank), lagring og håndtering av ekstremt store datamengder samt teknologi som legger til rette for strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskergrupper."

| <i>Infrastruktur – prioriterte tiltak 2011</i> | <i>Oppfølging / indikator</i> |
|--|---|
| 1. IKT: Felles IT-infrastruktur for forskning (Forskernett) Særskilt prioritert område | <ul style="list-style-type: none">- Forschernett på hele sykehuset med en fleksibel basisplattform for samarbeid og utveksling av informasjon med solid personvern.- Bindeledd mellom UiO og OUS med en PC som gir tilgang til nødvendige tjenester <i>Avhengig av samprioritering fra Sykehuspartner</i> |
| 2. Kvalitetsregistre Særskilt prioritert område | Etablering av registerverktøy og tilrettelegging av kvalitetsregistre for forskning. Se også punktet Pasientgrunnlag. |
| 3. IKT: Genomikk og multimediahåndtering | Etablering av store nok lagringsområder for genomikkdata og tungregningskapasitet <i>Må søkes midler til slik at dette arbeidet kan fortsette med noe større styrke i 2012</i> |
| 4. IKT: Forskningsadministrativt system | Etablering av elektronisk verktøy som tilfredstiller myndigheter og ledelsens krav til dokumentasjon og rapportering med mulighet for gjenbruk av data – følges også opp gjennom kommende interregionale prosjekter |
| 5. IKT: eBiobank | <ul style="list-style-type: none">- Etablering av et institusjonelt tilbud om sporingsverktøy for biologisk materiale- Etablering av et proof-of-concept klinisk datavarehus med enklere tilgang til strukturerte pasientopplysninger- Etablering av registerstøtteverktøy (databaseverktøy)- Etablering av elektroniske løsninger for samtykkehåndtering ("Levende samtykke") |
| 6. Biobanker | <ul style="list-style-type: none">- Etablering av regionalt biobanksenter i samarbeid med Folkehelseinstituttet- Egen handlingsplan med tiltak for biobank er utarbeidet av og følges opp i Seksjon for biobank og registerstøtte. |
| 7. Kjernefasiliteter | Se avsnitt om Strategiske satsinger |
| 8. Komparativ medisin / forsøksdyrfasiliteter: | <ul style="list-style-type: none">- Etablere ny avdelings- og ledelsesstruktur for ny, felles forsøksdyravdeling i Oslo universitetssykehus, med styrket akademisk kompetanse i avdelingsledelsen- Aktiv oppfølging av anbefalinger fra nytt fagråd- Videreutvikle samarbeid med UiO, arbeidsgruppe etablert. |
| 9. Forskningsstøttefunksjoner | Regionalt oppdrag. Systematisk registrering av interne og regionale forespørsler for bedre tilpasning av tilbud vs etterspørsel, justeringsbehov i bemanning mellom områder. |

m) Innovasjon, fagutvikling og utdanning

Mål: "Oslo universitetssykehus skal ha et tydelig fokus på innovasjon og har et betydelig ansvar for utdanning. Innovasjonsutbyttet fra forskningsprosjekter skal bli større. Det må være større oppmerksomhet på innovasjonspotensialet i forskningsprosjekter og det må stimuleres til samspill mellom forskning og fagutvikling slik at man bedre utnytter både kompetanse (know-how) og resultater i klinisk virksomhet. Forskningen er kompetansehevende for fagfolk på alle nivåer. Forskningen medfører høyt antall master- og doktorgrader, økt tverrfaglig samarbeid og fagutvikling."

Innovasjon, fagutvikling og utdanning – prioriterte tiltak 2011 *Oppfølging /indikator*

- | | |
|--|---|
| 1. Ferdigstille Innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus | Utarbeide handlingsplan for Innovasjonsstrategi |
| 2. Ferdigstille Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus | Utarbeide strategi og handlingsplan basert på SWOT-analyse for grunn-, videre- og etterutdanninger. |

n) Synliggjøring og forskningsformidling

Mål: "Oslo universitetssykehus forutsetter at forskningsresultater publiseres i internasjonale tidsskrifter med fagfelleevaluering og presenteres for kolleger på møter nasjonalt og internasjonalt. Samtidig må forskningsresultater presenteres på en popularisert måte i media. Sykehuset må ha en tydelig forskningsprofil på sine web-sider."

Tiltak er beskrevet under punktene Kvalitet (publisering), Forskningsfinansiering (belønningsordninger) og Nasjonalt ansvar og regional nav-funksjon (kunnskapsformidling).

o) Pasientgrunnlag

Mål: "Oslo universitetssykehus vil arbeide for at flest mulig pasienter inngår i forskningskohorter og at biobankmateriale sikres. Kvalitetsregistre og biobanker vil være svært viktig for forskning og sikre god klinisk praksis."

Se tiltak beskrevet under Infrastruktur, biobanker og registre.

Pasientgrunnlag – prioriterte tiltak 2011 *Oppfølging / indikator*

| | |
|--|--|
| Økt samarbeid med andre helseforetak som følge av redusert pasientgrunnlag | Tettere samarbeid med blant annet Ahus |
|--|--|

p) Samhandling, kunnskapsoverføring og likeverdige helsetjeneste

Mål: "Oslo universitetssykehus vil bidra med forskning som styrker kunnskapsgrunnlaget for samhandling og likeverdige helsetjenester. Endringene i organiseringen av helsevesenet og sykdomspanoramaet krever ny kunnskap basert på forskning av høy kvalitet."

Samhandling, kunnskapsoverføring og likeverdig helsetjeneste – prioriterte tiltak 2011

Oppfølging / indikator

- | | |
|--|--|
| 1. Gjennomføre prioriterte samhandlingsprosjekter i Oslo universitetssykehus | Prioriterte prosjekter, koordineres av Stab samhandling |
| 2. Brukermedvirkning | I samarbeid med Brukerutvalget ved OUS diskutere hensiktsmessig brukermedvirkning i forskning, jf også Samhandlingsreformen. |

Vedlegg – konseptuelt rammeverk for handlingsplanen

Prioriteringer

Handlingsplanen uttrykker de høyest prioriterte tiltak for å realisere strategiske mål i Forskningsstrategi 2011-2015, Oslo universitetssykehus. Prioriteringene er fremkommet som et resultat av innspill fra Forskningsutvalget i Oslo universitetssykehus (strategisk forum med representasjon for universitet og høyskole) og Forskningslederforum (faglig koordinerende linjeforum for forskningsledere, felles for Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet).

Handlingsplanen er vedtatt av Ledermøtet ved Oslo universitetssykehus 24. juni 2011.

Revisjon, videreutvikling og ledelsesforankring av handlingsplanen

Supplering og videreutvikling av egnede tiltak samt hensiktsmessige kvantitative og kvalitative resultatindikatorer er en kontinuerlig prosess. Handlingsplanen bør derfor revideres årlig.

Det er sentralt for gjennomføringsevnen at planen forankres i ledelsen og harmoniseres med øvrige strategiske planer og beslutningsprosesser for Oslo universitetssykehus.

Handlingsplanen bør kobles tett mot årlig virksomhetsplanlegging, herunder budsjett- og investeringsprioriteringer sentralt og i klinikkene. Tiltak må også i størst mulig grad samsvare med strategi og handlingsplaner for Det medisinske fakultet samt regionale handlingsplaner for forskning i Helse Sør-Øst.

Forskningsutvalgene i klinikkene skal utarbeide egne handlingsplaner i tråd med overordnet strategi og handlingsplan. Disse må være mer detaljerte enn den virksomhetsovergripende handlingsplanen og uttrykke tematiske satsingsområder for klinikkene. Klinikkenes handlingsplaner eies av klinikkledelsen, men bør årlig fremlegges for diskusjon i et fellesmøte mellom Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus og Forskningslederforum. Dette øker muligheten for å sikre samhandling på tvers samt kongruens i planer og prioriteringer.

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Fredag 24. juni 2011 klokken 07:45 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

Saksliste:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2010
4. Godkjenning av honorar til foretakets revisor
5. Godkjenning av honorar til foretakets styre
6. Årlig melding 2010, jf. helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 6 og § 15
7. Endrede inntektsrammer for 2011
8. Endring av plantall innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Frode Alhaug.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Konserndirektør Atle Brynestad
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst møtte Karl-Helge Storhaug.

Fra Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Göran Stiernstedt
Styremedlemmene Bjørn Wølsted Knudsen og Aasmund Bredeli

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Konst. administrerende direktør Jan Eirik Thoresen
Morten Reymert og Jørgen Jansen

Revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven og møtte med Cathrine Hansli.

Sign:  
GS BM

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Frode Alhaug ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Göran Stiernstedt og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Frode Alhaug overlot møteledelsen til styreleder Göran Stiernstedt.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden.

Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2010

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Oslo universitetssykehus HF hadde et betydelig negativt avvik fra resultatkravet i 2010. Resultatene hittil i 2011 viser også et vesentlig negativt avvik fra budsjett. Foretaksmøtet viste til de omfattende omstillingsprosessene som pågår i hovedstadsområdet og uttrykte forståelse for den vanskelige driftssituasjonen. De ble vist til foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 1. juni 2011 (sak 4), hvor resultatkravet for 2011 bekreftes. Foretaksmøtet understreket behovet for at Oslo universitetssykehus HF iverksetter tiltak som sikrer at helseforetaket kommer i en bærekraftig økonomisk utvikling så raskt som mulig.

Foretaksmøtet viste til det særskilte oppfølgingsregimet for hovedstadsprosessen som ble reetablert i mai 2011 og som bl.a. omfatter felles oppfølgingsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Foretaksmøtet la til grunn at den særskilte oppfølgingen av situasjonen i hovedstadsområdet videreføres.

Foretaksmøtet viste også til arbeidet med økonomisk langtidsplan som ble behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF den 16. juni 2011 i sak 044-2011. Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategisk fokus og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser, og er et viktig styringsmessig verktøy både for helseforetakene og det regionale helseforetaket. Økonomisk langtidsplan er et samlet grunnlag for vurdering av

Sign:  GS  BM

økonomisk bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv, herunder å vurdere nødvendige tilpasninger i dagens driftsbilde for å sikre tilstrekkelig likviditet til framtidige investeringer. Økonomisk langtidsplan ble første gang utarbeidet høsten 2010 for perioden 2011-2014. Arbeidet videreføres og de endelige prioriteringer og inntektsrammer for 2012 vil bli vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2011.

Styrets forslag til årsregnskap og årsberetning for 2010 med revisors beretning for foretaket ble gjennomgått.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2010 godkjennes.

Sak 4: Godkjenning av honorar til foretakets revisor

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

I henhold til helseforetakslovens § 44, 2. ledd, dekkes revisors honorar etter regning.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Honorar til revisor godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av honorar til foretakets styre

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styregodtgjørelse for Oslo universitetssykehus HF fastsettes fra 1. januar 2011 til:

*Styreleder: kr 220 000 per år
Nestleder: kr 154 000 per år
Styremedlemmer: kr 110 000 per år*

Varamedlemmer gis en godtgjørelse på kr 4 000 per møte med deltagelse som styremedlem.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Wølstad Knudsen og Bredeli:

Vi mener at en økning i styrehonoraret i øyeblikket gir en feil signaleffekt i den vanskelige økonomiske situasjonen Oslo universitetssykehus HF er i.

Sak 6: Årlig melding 2010, jf. helseforetakslovens § 34 og vedtektenes § 6 og § 15

I henhold til vedtektene skal det enkelte helseforetaks styre hvert år utarbeide en melding til Helse Sør-Øst RHF om foretaket og foretakets virksomhet. Årlig melding for det enkelte helseforetak skal behandles i foretaksmøte innen utgangen av juni 2010.

Årlig melding forutsettes å gi en helhetlig oversikt over helseforetakets virksomhet og rapporteringsdelen skal ha en tydelig forankring i oppdrag og bestilling til helseforetaket. Dokumentet vil derfor være kunnskapsbase og referansepunkt i samhandlingen innenfor

Sign:  GS BM 

foretaksgruppen og vil benyttes som dette bla. i den løpende dialogen mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF, oppfølgingsmøter, møterunde og kontaktopplegg mellom administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakenes styrer og ledergrupper. Den vil også legges til grunn for utforming av oppdrag og bestilling 2012 til helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått den årlige meldingen fra Oslo universitetssykehus HF. Meldingen fra Oslo universitetssykehus HF er utarbeidet i henhold til felles mal. Malen legger opp til en systematisk gjennomgang av krav og oppdrag gitt i oppdrag og bestilling og i foretaksmøter i løpet av året.

Årlig melding 2010 fra Oslo universitetssykehus HF gir et godt og informativt bilde av helseforetaket. Utfordringene helseforetaket har vært stilt overfor i 2010 har vært store. Helse Sør-Øst RHF har særskilt merket seg at Oslo universitetssykehus HF har lagt ned et stort arbeid i samordningen av sykehusene som nå inngår i helseforetaket.

Overføringen av deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og de aktivitetsendringer dette har medført, har også gitt et betydelig omstillingsbehov som har krevd stor innsats fra helseforetakets styre og ledelse. Gjennom omstillingene i hovedstadsområdet, har Oslo universitetssykehus allerede blitt et mer spesialisert sykehus hvor lands- og regionfunksjonene nå utgjør en betydelig større andel av sykehusets samlede aktivitet.

Det fremstår som særlig positivt at:

- helseforetaket i 2010 særlig har lyktes med å opprettholde god aktivitet innen forskning og innovasjon og har ivaretatt navfunksjonen slik den er beskrevet i regional forskningsstrategi, i perioden med omfattende omorganiseringer
- helseforetaket har hatt stort fokus på kvalitet og patientsikkerhetsarbeid, herunder kvalitetsregistre som viktige redskap, og at det arbeides for å etablere gode IKT-verktøy for kvalitetsregistrene.
- det våren 2010 ble utarbeidet felles rutiner for registrering og koding av pasientaktivitet knyttet til virksomhetsstatistikk og finansieringsordninger
- Oslo universitetssykehus HF har startet et stort oppryddingsarbeid i faglige prosedyrer og retningslinjer og fornyet systemet som skal samordne pasientinformasjon ved helseforetaket.

Foretaksmøtet understreker betydningen av at det gjennomføres en aktiv intern prosess ved utarbeidelsen av årlig melding. Prosessen må integreres i helseforetakets oppfølging av oppdrag og bestilling og den løpende rapportering og risikovurdering som inngår i dette arbeidet.

Utarbeidelsen av årlig melding er en viktig anledning til å drøfte virksomheten i en helhetlig sammenheng og til å etablere et felles ståsted for status og fremtidig utvikling. I denne forbindelse ser en det som viktig og meget nyttig med en bred involvering av både tillitsvalgte og brukere. Det er også et krav at slik involvering skal synliggjøres i den årlige meldingen.

Med utgangspunkt i årlig melding 2010 fra Oslo universitetssykehus HF ble følgende punkter for videre oppfølging trukket frem:

- Helseforetaket må legge vekt på at system for kvalitetsforbedring, avvikshåndtering og melding av skade fortsatt har grunnlag for generell forbedring.
- Arbeidet med å utvikle områdeplaner for behandlingstilbudet i samarbeid med kommunene skal fortsette i 2011.

Sign:  GS  BM

- Det forutsettes at rapportene fra revisjonene som gjennomføres av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst blir kjent i helseforetaket og at merknader i disse følges opp i styrets arbeid.
- Oppfølging av kravene til samfunnsansvar, inkludert områdene etisk handel og miljøansvar, skal håndteres i helseforetakets strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.
- Måloppnåelse innen de fem målene for Helse Sør-Øst skal prioriteres høyt. Ny målformulering ”1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd” skal følges opp og implementeres.
- Oslo universitetssykehus HF er pålagt å delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det forventes at helseforetakets styre etterspør kvalitets- og pasientsikkerhetsresultater og legger til rette for at arbeidet blir prioritert.
- Oslo universitetssykehus HF skal innrette driften slik at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten reduseres ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.
- Oslo universitetssykehus HF skal fortsatt legge vekt på tiltak for å redusere sykefraværet, jf. IA-avtalen 2010-2013.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Årlig melding 2010 for Oslo universitetssykehus HF tas til etterretning. Foretaksmøtet forutsetter at helseforetaket følger opp presiseringer gitt i møtet.

Sak 7: Endrede inntektsrammer for 2011

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Som følge av Prop. 120 S (2010-2011) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011*, er Helse Sør-Øst tildelt økte basisrammer knyttet til økte pensjonskostnader sammenlignet med forutsetningene lagt til grunn ved tildeling av opprinnelige basisrammer for 2011 i Prop. 1 S (2010-2011). Økningen i basisramme videreføres til helseforetakene.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Oslo universitetssykehus HF tildeles 257,79 mill. kroner i økte basisrammer for 2011.

Sak 8: Endring av plantall innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011

Helse Sør-Øst RHF redegjorde for saken.

Ut fra en vurdering av planlagt aktivitetstilbudet til befolkningen i opptaksområdet for Oslo universitetssykehus HF og totalt for befolkningen i Helse Sør-Øst, endres kravet til aktivitet innen psykisk helsevern for voksne og TSB for Oslo universitetssykehus HF.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet bekrefter at aktivitetskravene innen psykisk helsevern for voksne og TSB for 2011 ved Oslo universitetssykehus HF endres slik:

Sign:  GS  BM

Psykisk helsevern for voksne:

- *Antall liggedøgn:* 89 801
- *Antall utskrivinger:* 1 385
- *Antall polikliniske konsultasjoner:* 66 210
- *Antall døgn private:* 11 000

TSB:

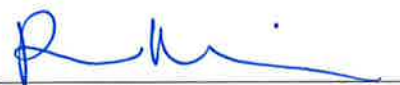
- *Antall liggedøgn:* 36 271

Møtet ble hevet klokken 08:45.

Oslo, 24. juni 2011.



Göran Stiernstedt



Bente Mikkelsen

Sign:



GS



BM

Årsplan for styret 2011 – Oslo universitetssykehus HF

| Styremøte 17.2.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|------------------------|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010 • Aktivitets- og økonomirapport for desember og året 2010 • Årlig melding • Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll • Mål og budsjett 2011 • Omstilling og utvikling: Idefaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus • Salg av eiendom, Kroerveien • Universitetet i Oslo, Domus Medica – leieavtale <p>Tema – seminar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientering om arbeid med utviklingsplan og målbilde dag 5 (2017) – med hovedfokus på å forstå det samlede økonomiske utfordringsbildet mot dag 4 (2013) <p>Evaluering (utsatt)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon fra Senter for fremragende forskning (SFF) | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitets- og økonomirapport: - januar • ADs orienteringer - Klinisk arbeidsflate • Strategi for innovasjon • Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold • Informasjon om avsluttede byggeprosjekter • Årsplan - styresaker |

| Styremøte 31.3.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|---|----------------|---|
| <p>Styreseminar 14.00 – 18.00</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Årsoppgjør 2010 (årsregnskap og årsberetning) • Ide/konseptfaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål • Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF • Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 • Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan <p>Tema – seminar: Kvalitetssikring Dag 4 (utsatt) Konkretisering målbilde Dag 5 som grunnlag for idefasearbeid og arealplan (utsatt) Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2013</p> | Ingen temasak. | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitets- og økonomirapport: - januar • ADs orienteringer - Klinisk arbeidsflate • Strategi for innovasjon • Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold • Informasjon om avsluttede byggeprosjekter • Årsplan - styresaker |

| Styremøte 28.4.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|---|---|---|
| <p>Hovedfokus: Økonomi, drift, og resultat</p> <p>Styreseminar 08.00-10.00</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Klinisk arbeidsflate • Økonomi- og aktivitetsrapport per mars • Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011 <p>Tema – seminar: Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2010</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Møte med Brukerutvalget | <ul style="list-style-type: none"> • Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF • Strategi for samhandling • Årsplan for styresaker - justert • ADs orienteringer • Klinisk arbeidsflate |

| Styremøte 26.5.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---|---|--|--|
| Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Ledelsens gjennomgang 1 tertial • Økonomi- og aktivitetsrapport per april • Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011 • Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Salg av eiendommer • Sluttrapport av byggeprosjekter med investeringsmidler fra regjeringens tiltakspakke • Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus • Brukerutvalget: nye retningslinjer inkludert mandat • Brukerutvalget: oppnevning av nytt utvalg | <ul style="list-style-type: none"> • Redesign, kapasitetstilpasning og forventninger/muligheter ad. Aker som samhandlingsarena. Perspektiver fra Medisinsk klinikk • Aker som samhandlingsarena - arealdisponering | <ul style="list-style-type: none"> • ADs orienteringer • Justert styrets årsplan |

| Ekstraordinært Styremøte 5.6.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|--|----------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om at Siri Hatlen går av • Økonomisk langtidsplan – prosess | | |

| Ekstraordinært Styremøte 6.6.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--------------------------------------|--|---------|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Økonomisk langtidsplan – prosess | | |

| Styremøte 23.6.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|--|--|---|
| Hovedfokus: Økonomi, Drift og resultat Styreseminar 08.00-11.00 | <ul style="list-style-type: none"> Protokoll Status budsjett 2012 og prosess internt Del I: Ut av Aker. Flytting av døgn/akuttvirksomhet ra Aker til Ullevål. Del II: Inn på Aker. Planer for Aker som samhandlingsarena. Endringer i etiske retningslinjer. Forskningsbygget: sluttregnskap Oslo hjemmenes vel. Godkjenning av regnskap. Møteplan for styret i 2012 <p>Tema i seminar: Økonomisk langtidsplan og strategisk utviklingsplan/arealplan m.m.</p> | Møte med Konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF. Tema: intern revisjon av rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier. | <ul style="list-style-type: none"> Økonomi- og aktivitetsrapportering ADs orienteringer |

| Ekstraordinært telefonstyremøte 8.7.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Forprosjektrapport: Utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål. | | <ul style="list-style-type: none"> • Rapportering økonomi per juni (muntl. orientering) • Ads orienteringer <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidstilsynets rapport, varsel om pålegg - Taxisaken |
| Styremøte 19.8.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Budsjett 2012 • Oppfølging av tilsynsrapport fra Arbeidstilsynet | | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport per juli 2011 • Ads orienteringer |
| Styremøte 29.9.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
| Hovedfokus: Omstilling og utvikling | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Ledelsens gjennomgang 2. tertial • Økonomi- og aktivitetsrapport per august • Nytt akuttbygg på Ullevål • Revisjon av behandlingsreiser. Handlingsplan • Protokoll foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.6.2011 • Årsplan for styret i 2012 • Salg av eiendommer | <ul style="list-style-type: none"> • Omvisning i Akuttmottaket og byggetomten | <ul style="list-style-type: none"> • Budsjett 2012 • Foretakets aksjeselskaper • ADs orienteringer • Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse |

| Styremøte 27.10.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---|---|--|--|
| Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 • Tilsynsrapport fra arbeidstilsynet. Oppdatering av plan for vedlikehold og oppgradering av bygg og lokaler • Områdeplan IKT, ref. oppdrag og bestilling | <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon av Oslo sykehusservice • Presentasjon av akutt klinikken | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer • Forslag til en strategi for Kreftregisteret |

| Styremøte 24.11.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|--|---|---|---|
| Hovedfokus: Omstilling og Utvikling | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Besøk av styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst?? • Strategi for likeverdig helsetjeneste (inkludert bruk av tolketjenester) • Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5 • Presentasjon av ny leder av Kreftregisteret | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer • Evaluering av foretakets håndtering av terrorhendelsene Oslo og Utøya 22. juli 2011. Rapport |

| Styremøte 15.12.2011 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---|---|---|---|
| Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat | <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2012 • Evaluering av styringsregime • Årlig melding 2011 • Fremtidige leieforhold for søndre oslo distriktpsikiatrisk senter. Godkjenning av leie. | <ul style="list-style-type: none"> • Presentasjon av klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | <ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer - Etske regler • Kreftregisteret • Revisjon av lønnsområde med handlingsplan – status. • Strategi for pasientsikkerhet og kvalitet |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 29. september 2011

Saksbehandler: Styresekretær

**SAK 107/2011: TEMASAK
OMVISNING I AKUTTMOTTAKET OG BEFARING PÅ
BYGGETOMTEN.**

Styret vil bli gitt en omvisning i Akuttmottaket av avdelingsleder Terje Klüften.

Direktør for Oslo sykehusservice Geir Teigstad med flere fra Eiendom, vil stå for befarng på byggetomten.

FORSLAG TIL VEDTAK:
Styret tar saken til orientering.

Oslo, 22. september 2011

Jan Eirik Thoresen

