

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 57/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 13. september 2012


Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Dato møte:	20. september 2012
Møtetid:	Kl. 10.00 – 16.00
Møtested:	Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

Sak 57/2012	Beslutning	Godkjenning av innkalling og sakliste
Sak 58/2012	Beslutning	Godkjenning av protokoll styremøte 20.6 og 10.8
Sak 59/2012	Orientering	Rapport per august 2012 - Ettersendes mandag 17.9
Sak 60/2012	Beslutning	Status investeringer i samlokalisering
Sak 61/2012	Beslutning	Økonomisk langtidsplan
Sak 62/2012	Orientering	Budsjett 2013 og Økonomisk langtidsplan 2013-2016
Sak 63/2012	Orientering	TEMA: Medisinskteknisk utstyr i Oslo universitetssykehus
Sak 64/2012	Beslutning	Tjenesteavtaler med Oslo kommune
Sak 65/2012	Beslutning	Oppfølgingsplaner for revisjon av ventelister og fristbrudd og intern styring og kontroll av det pasientadm. arbeidet i OUS.
Sak 66/2012	Orientering	Oppfølging av konsernrevisjon av Behandlingsreiser
Sak 67/2012	Orientering	Oslo universitetssykehus sine eierandeler i selskaper
Sak 68/2012	Orientering	Status oppfølging av styresaker
Sak 69/2012	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll telefonstyremøte 20. juni 2012
Utkast til protokoll telefonstyremøte 10. august 2012.

**SAK 58/2012 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 20.
JUNI 2012 OG STYREMØTE 10. AUGUST 2012.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 20. juni 2012 og 10. august 2012.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	20. juni 2012
Dato møte:	20. juni 2012 kl. 8.00-13.15 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Ane Willumsen, Anders Utne, Nina Tangnæs Grønvold (gikk kl. 12.35), Merete Norheim Morken, Ole Petter Ottersen (gikk kl. 10.30), Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Raymond Robertsen, Tone Skogen

Forfall: Anne Carine Tanum, Tor Ingebrigtsen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Tove Strand, Morten Reymert, Rolv Økland, Cathrine Lofthus, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, Konsernrevisjonsdirektør Karl Helge Stjernen Storhaug under sak 46/2012 og sak 47/2012, publikum

Sak 40/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 41/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 3. mai 2012 og 14. mai 2012.

Sak 42/2012 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2012

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2012 til etterretning.

Sak 43/2012 Rapport per mai 2012

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per mai til orientering
2. Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en risiko for et negativt resultatavvik i 2012 og ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å finne nye tiltak for å redusere det negative avviket.
3. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF er tildelt en samlet likviditet til drift og investeringer. På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften vedtar styret å redusere investeringsbudsjettet (ordinære investeringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner. Styret er bekymret for de konsekvenser dette kan ha for investeringer i Medisinskteknisk utstyr. Styret gir videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr for levering i 2013 innenfor en ramme av 100 millioner kroner.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) som omfatter etablering av 2 operasjonsstuer på Rikshospitalet innenfor en samlet ramme på 49 millioner kroner.
5. Styret vedtar anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) og ber administrerende direktør forelegge saken for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning
6. Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å godkjenne forprosjekter til gjennomføring når disse foreligger i perioden frem til styremøte i september 2012, slik at fremdrift i omstillingsprosjekter sikres.

Sak 44/2012 Revisors nummererte brev til ledelsen etter årsoppgjørrevisjonen 2011

Enstemmig vedtak:

Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2011 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger i samsvar med omtalen i styresaken.

Sak 45/2012 Budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan 2013-2016

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 46/2012 Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

Sak 47/2012 Revisjon intern styring og kontroll av pasient-administrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

Sak 48/2012 Anskaffelse av pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal

Vedtak unntatt offentlighet av hensyn til helseforetakets forhandlingsposisjon jf offentleglova § 23.

Sak 49/2012 Bestilling av nytt økonomi- og logistikksystem

Enstemmig vedtak:

1. Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.
2. Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.

Sak 50/2012 Presentasjon av Klinikk for kirurgi og nevrofag

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 51/2012 Intensjonsavtale om forberedelse av storbylegevakt på Ullevål sykehus

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus.

Sak 52/2012 Møteplan for styret 2013

Enstemmig vedtak:

Styret vedtok følgende møteplan for 2013:

Onsdag 13. februar 2013	Styreseminar	17-21
Torsdag 14. februar 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 25. april 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 27. juni 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 26. september 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 31. oktober 2013	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 19. desember 2013	Styremøte	8-14
Reservetider:		
Torsdag 30. mai 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 28. november 2013	Styremøte	8-14

Sak 53/2012 Implementering av etiske retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar at de fremlagte etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF skal gjelde for Oslo universitetssykehus HF.

Sak 54/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder
Ikke tilstede

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
Deltok ikke

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Tor Ingebrigtsen
Ikke tilstede

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	20. september 2012
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg	Utkast til protokoll telefonstyremøte 20. juni 2012 Utkast til protokoll telefonstyremøte 10. august 2012.

SAK 58/2012 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 20. JUNI 2012 OG STYREMØTE 10. AUGUST 2012.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 20. juni 2012 og 10. august 2012.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	20. juni 2012
Dato møte:	20. juni 2012 kl. 8.00-13.15 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Ane Willumsen, Anders Utne, Nina Tangnæs Grønvold (gikk kl. 12.35), Merete Norheim Morken, Ole Petter Ottersen (gikk kl. 10.30), Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Raymond Robertsen, Tone Skogen

Forfall: Anne Carine Tanum, Tor Ingebrigtsen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Tove Strand, Morten Reymert, Rolv Økland, Cathrine Lofthus, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, Konsernrevisjonsdirektør Karl Helge Stjernen Storhaug under sak 46/2012 og sak 47/2012, publikum

Sak 40/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 41/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 3. mai 2012 og 14. mai 2012.

Sak 42/2012 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2012

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2012 til etterretning.

Sak 43/2012 Rapport per mai 2012

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per mai til orientering
2. Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en risiko for et negativt resultatavvik i 2012 og ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å finne nye tiltak for å redusere det negative avviket.
3. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF er tildelt en samlet likviditet til drift og investeringer. På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften vedtar styret å redusere investeringsbudsjettet (ordinære investeringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner. Styret er bekymret for de konsekvenser dette kan ha for investeringer i Medisinskteknisk utstyr. Styret gir videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr for levering i 2013 innenfor en ramme av 100 millioner kroner.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) som omfatter etablering av 2 operasjonsstuer på Rikshospitalet innenfor en samlet ramme på 49 millioner kroner.
5. Styret vedtar anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) og ber administrerende direktør forelegge saken for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning
6. Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å godkjenne forprosjekter til gjennomføring når disse foreligger i perioden frem til styremøte i september 2012, slik at fremdrift i omstillingsprosjekter sikres.

Sak 44/2012 Revisors nummererte brev til ledelsen etter årsoppgjørrevisjonen 2011

Enstemmig vedtak:

Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2011 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger i samsvar med omtalen i styresaken.

Sak 45/2012 Budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan 2013-2016

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 46/2012 Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

Sak 47/2012 Revisjon intern styring og kontroll av pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

Sak 48/2012 Anskaffelse av pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal

Vedtatt unntatt offentlighet av hensyn til helseforetakets forhandlingsposisjon jf offentleglova § 23.

Sak 49/2012 Bestilling av nytt økonomi- og logistikksystem

Enstemmig vedtak:

1. Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.
2. Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.

Sak 50/2012 Presentasjon av Klinikk for kirurgi og nevrofag

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 51/2012 Intensjonsavtale om forberedelse av storbylegevakt på Ullevål sykehus

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus.

Sak 52/2012 Møteplan for styret 2013

Enstemmig vedtak:

Styret vedtok følgende møteplan for 2013:

Onsdag 13. februar 2013	Styreseminar	17-21
Torsdag 14. februar 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 25. april 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 27. juni 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 26. september 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 31. oktober 2013	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 19. desember 2013	Styremøte	8-14
Reservetider:		
Torsdag 30. mai 2013	Styremøte	8-14
Torsdag 28. november 2013	Styremøte	8-14

Sak 53/2012 Implementering av etiske retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar at de fremlagte etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF skal gjelde for Oslo universitetssykehus HF.

Sak 54/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder
Ikke tilstede

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
Deltok ikke

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølstad-Knudsen

Tor Ingebrigtsen
Ikke tilstede

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	10. august 2012
Dato møte:	10. august 2012 kl. 10.00-1115 på Ullevål sykehus i Oslo og per telefon.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Tor Ingebrigtsen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Raymond Robertsen, Ane Willumsen, Nina Tangnæs Grønvold

Deltok per telefon: Anne Carine Tanum, Anders Utne, Tone Skogen, Ole Petter Ottersen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Cathrine Lofthus, Einar Hysing, Kenneth Solstrand, Christina Rolfheim Bye, Randi Borgen m.fl.

Tilstede ellers: Publikum, observatør fra Brukerutvalget Heine Århus.

Sak 55/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 56/2012 Anskaffelse av DIPS som PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF

Styremedlemmene Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli ønsket følgende ført i protokollen:

"Anskaffelse av pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal er en særlig viktig sak for videre drift og utvikling av sykehuset. Fusjonen har medført et behov for raskt å få etablert felles dataløsninger som muliggjør kommunikasjon på tvers av de tidligere foretakene. Ansattes representanter beklager at det ikke er

utredet flere alternative løsninger for et fremtidig PAS/EPJ system før man går til vedtak. Da behovet for et felles system for hele foretaket er så prekært for ansatte og pasienter, vil vi likevel støtte et avrop på regional rammeavtale med DIPS som leverandør og derved gå videre med et forprosjekt. Manglende finansiering av fusjonskostnader har satt sykehuset i en særlig vanskelig økonomisk situasjon. Ansattes representanter beklager at forhold rundt finansiering ikke er tilstrekkelig avklart for saken skal vedtas, og forutsetter at HSØ tar et hovedansvar for kostnadene knyttet til anskaffelse og innføring av DIPS. De ansattes representanter forventer at forhold rundt finansiering er avklart for endelig vedtak skal fattes. Ansattes representanter vil også påpeke at det oppleves uheldig at HSØ i så stor grad legger føringer for valg av IT-systemer i OUS, samtidig som de fraskriver seg ansvaret for beslutningen.”

Enstemmig vedtak:

1. Med bakgrunn i Helse Sør-Østs IKT-strategier gir styret administrerende direktør fullmakt til å gjøre avrop på regional rammeavtale og inngå kjøpskontrakt med DIPS ASA for innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret vedtar et budsjett for forprosjekt DIPS i 2012 på 63 millioner kroner.
3. Styret legger til grunn at godkjenning av forprosjekt for oppstart av hovedprosjekt skal vedtas av styret primo 2013. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan som omfatter fremdrift og budsjett for hovedprosjekt, samt plan for gevinstrealisering og ibrukttagelse. Det må sikres bred involvering av brukere og tillitsvalgte.
4. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus får en sentral rolle i videreutvikling av systemene for PAS/EPJ i Helse Sør-Øst.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

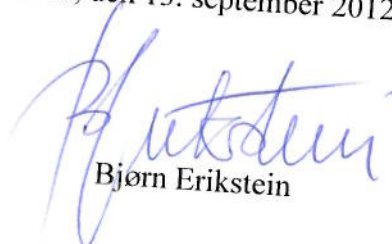
Saksbehandler: Direksjonssekretær

SAK 59/2012

RAPPORTERING PER AUGUST 2012

Rapportering per august 2012 var ikke ferdigstilt når styrepapirene ble sendt ut og vil bli ettersendt mandag 17. september.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Viseadministrerende direktør medisin og helsefag

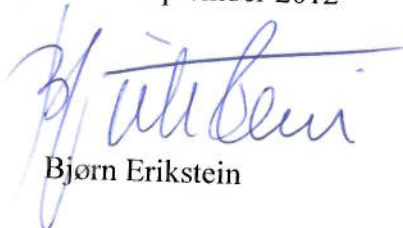
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg
2. Brev av 29.06.2012 fra Helse Sør-øst RHF

SAK 59/2012 RAPPORTERING PER AUGUST 2012

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen per august til orientering

Oslo, den 17. september 2012


Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater per august (årsverk per september) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettert.
 - Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (somatikk) enn budsjettert.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
 - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens poliklinisk aktivitet er lavere enn budsjettert
 - Det er høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den registrerte polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er hittil i år lavere enn budsjettert.
- Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid til avvikling (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er svakt positiv sammenlignet med siste halvår 2011 og relativt stabil de fem første månedene av 2012. Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er økt fra 78 dager per utgangen av mai til 84 dager ved utgangen av august. Økt ventetid til avvikling i august skyldes delvis arbeidet med reduksjon i antall langtidsventende.
- Andel fristbrudd er omtrent på samme nivå som i samme periode i 2011 og har vært relativt stabilt hittil i 2012.
- Det økonomiske resultatet viser et negativt budsjettavvik per august på 74 mill kroner inkludert gevinst fra salg av eiendom på 50 millioner kroner. Korrigert for denne salgsinntekten viser ordinær drift et negativt resultatavvik på om lag 125 millioner kroner til og med august.
- Antall brutto månedsverk er i september 17.219. Dette er en reduksjon på 138 fra desember 2011. De siste månedene er antall brutto månedsverk økt med gjennomsnittlig 269 fra gjennomsnittet for 1. halvår. Dette henger sammen med ferieavvikling og nivået forventes å reduseres i oktober.
- Sykefraværet per juli er på 7,3 pst. Dette er en reduksjon på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i 2011.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteten så langt i 2012 er relativt høy både når det gjelder somatikk og deler av psykisk helsevern. Det forventes at denne meraktiviteten vil holde seg ut året. Blant annet på bakgrunn av lange ventelister, og særlig fokus på reduksjon av antall langtidsventende, er det ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Sykehusledelsen har sterkt fokus på aktiviteten innenfor psykisk helsevern for barn og rusområdet for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Administrerende direktør har organisert tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset, og det er blant annet etablert et gjennomføringsprosjekt for ivaretagelse av konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter.

Administrerende direktør konstaterer at den negative økonomiske resultatutviklingen har fortsatt også gjennom sommeren, selv om gevinst fra salg av eiendom og lave energikostnader mv bidrar til å redusere det samlede negative avviket. Det er svært bekymringsfullt at sykehuset har et betydelig negativt økonomisk avvik hittil i år, også på bakgrunn av kravet om ytterligere kostnadsreduksjoner inn i 2013. De tiltakene som så langt er identifisert vurderes ikke å være tilstrekkelige for å kunne nå det økonomiske resultatmålet, og samlet sett vurderes det å være en risiko for et negativt resultatavvik på om lag 125 millioner kroner ved årets slutt selv om det arbeides for å identifisere ytterligere tiltak. Det pågår store endringer i arealbruken ved sykehuset, og det er tomme bygninger både på Aker og Dikemark som kan medføre behov for nedskrivning slik at det negative avviket ved årets slutt kan bli større.

Med utgangspunkt i oppdragsdokumentet for 2012, hvor det tydeliggjøres at det stilles en samlet likviditet til disposisjon for drift og investeringer, vedtok styret i juni å redusere investeringsbudsjettet for 2012 med 65 millioner kroner samtidig som det ble gitt fullmakt til å anskaffe utstyr for levering tidlig i 2013 innenfor en økonomisk ramme på 100 millioner kroner. Som det fremkommer av saken er deler av denne rammen allerede benyttet. Administrerende direktør er bekymret for manglende muligheter til å opprettholde kapasitet og standard på medisinsk-teknisk utstyr.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1. Aktivitet somatikk

Per august er aktiviteten innenfor somatikken hva gjelder DRG-poeng 2,3 pst (3.201 DRG-poeng) høyere enn budsjettet, hvorav 2,1 pst (2.716 DRG-poeng) er knyttet til "sørge-for" ansvaret. Helse Sør-Øst RHF ba i brev av 29.06.2012 (vedlagt) om at helseforetakene styrer og tilpasser aktiviteten i tråd med aktivitetsbestillingen i oppdragsdokumentet for 2012. På bakgrunn av lange ventelister er det så langt ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Sammenlignet med rapportert resultat per juli (+2,9 pst) innebærer augusttallet en reduksjon i det positive avviket på 0,4 pst. Det antas imidlertid å være noe etterslep i aktivitetsregistreringen som vil bli hentet inn igjen i forbindelse med tertialrapporteringen til Norsk Pasientregister, slik at reelt avvik per august sannsynligvis er noe høyere enn 2,4 pst. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 13,2 millioner kroner til reduksjon av ventelister innen brystrekonstruksjon. Også dette vil gi aktivitet ut over budsjettforutsetningene i 2012.

Sammenlignet med de åtte første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon i somatikken på om lag 1,4 pst (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2012-grupper). På flere områder skyldes dette at den såkalte haleaktiviteten i overføringsområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor enkelte områder er det imidlertid økt aktivitet fra 2011 til 2012. Dette relateres både til områder med øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for å unngå fristbrudd og redusere ventelistene. Eksempel på områder med økt aktivitet er PCI'er, ablasjoner, fødsler/nyfødte, traumevirksomhet og transplantasjoner.

Som det fremkommer av rapporteringen er antall DRG-poeng knyttet til kommunal medfinansiering (KMF) 2,4 pst høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten faktisk er definert som KMF enn det som var lagt til grunn i budsjettet. Det ble i forbindelse med budsjettarbeidet kommunisert at det var usikkerhet knyttet til

grunnlaget for budsjettering av KMF. Dette påvirker ikke forståelsen av den samlede aktiviteten innenfor somatikken.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter hittil i år 223 flere (31 pst) enn budsjettert, mens antall polikliniske konsultasjoner er 18 pst (8.410 konsultasjoner) høyere enn plantall. Den høye polikliniske aktiviteten skyldes to nye poliklinikker, hvor aktiviteten er høyere enn planlagt hittil i år. Videre har det vært lite vakanser og god produktivitet per behandler. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling på 5 pst (47 utskrivninger). Antall polikliniske konsultasjoner er imidlertid økt med 25 pst, fra 42.825 til 53.907 konsultasjoner og årsestimat for 2012 er 80.000 konsultasjoner. Dette er uttrykk for en planlagt endring av virksomheten med større grad av poliklinisk behandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er per august 5,1 pst (1.569 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 1.005 (-3,3 pst). Avviket for polikliniske konsultasjoner er knyttet til to av poliklinikkene (Spesialavdelingen og BUP Oslo Syd). I budsjettet var det forutsatt at Spesialavdelingen ble godkjent som offentlig poliklinikk, og at den dermed skulle gi flere polikliniske konsultasjoner per fagarvsverk. Dette er imidlertid foreløpig avslått av Fylkeslegen, og ny søknad med supplerende informasjon er under utarbeidelse. For Spesialavdelingen kompenseres dette midlertid med økt antall dagbehandlinger. Ved BUP Oslo Syd har det vært høyt sykefravær, og en del ubesatte stillinger som har vært holdt ledig i påvente av innplasseringsprosessen. Dette har medført en et lavere antall polikliniske konsultasjoner enn planlagt. Ved avdelingen er det nå startet en rekrutteringsprosess. Det er skrevet ut 9 flere pasienter enn budsjettert fra døgntil behandling. Det er imidlertid et negativt avvik for antall liggedøgn på 460 (15 pst). Sammenlignet med 2011 er det skrevet ut 21 færre pasienter (-25 pst) fra døgntil behandling og antall liggedøgn er redusert med 1.050 (29 pst).

Innenfor *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* er det skrevet ut 21 pst (322 opphold) flere pasienter fra døgntil behandling enn plantall. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling på 15,6 pst (339 opphold). Endringen fra fjoråret henger sammen med et nedtrekk på 10 døgnplasser for avgiftning fra 16.01.2012 og avvikling av 8 plasser ved Enheten Frogn fra mai 2011. At antall utskrevne pasienter er høyere enn budsjettert betyr at det er flere pasienter som avbryter behandling. Dette er en lite ønsket situasjon. Antall polikliniske konsultasjoner er 11 pst (688) lavere enn budsjettert og er redusert med 5,0 pst (298 konsultasjoner) sammenlignet med 2011. Den pågående prosessen i forhold til bemanningsreduksjoner og forsinket dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk aktivitet er hovedårsaken til avviket. I tillegg har det vært noe feilregistrering av aktivitet ved enkelte av poliklinikkene. Det er nå lagt opp til tettere oppfølging av behandlere og ny runde med opplæring.

Det gjennomføres store omstillinger innenfor både BUP og TSB. Omstillingene påvirker aktivitetstallene og gir negative avvik mot budsjett, spesielt for poliklinisk aktivitet. Sykehusledelsen har særskilt fokus på å sikre at omstillingen ikke får konsekvenser for pasientbehandlingen. Når det gjelder endringene i døgnvirksomheten fra 2011 til 2012 henger disse i stor grad sammen med senere overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF innenfor disse områdene.

3.3. Ventelisteutvikling

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er svakt positiv sammenlignet med siste halvår 2011, og relativt stabil de fem første månedene av 2012. I august var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 84 dager. Økningen fra mai henger sammen med reduksjon i antall langtidsventende.

Det er særskilt fokus på reduksjon av antall langtidsventende. Ved utgangen av august er antall pasienter med rett som har ventet mer enn 12 måneder 761. Antallet er redusert med omlag 100 fra mai og nesten 200 fra samme tidspunkt i 2011. Antall pasienter uten rett som har ventet mer enn 12 måneder var ved utgangen av august 10.901. Dette er omtrent på samme nivå som før sommeren, men redusert fra omlag 11.400 per utgangen av januar 2012. En reduksjon i antall langtidsventende vil i en periode fremover gi utslag i økt gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. Det vises forøvrig til styresak 26/2012 hvor det er omtalt tre innsatsområder som det fokuseres på knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering. Disse tre innsatsområdene omfatter kompetansehevning og opplæring, rydding i ventelister og tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder. Det forventes at dette arbeidet vil gi effekt på flere av styringsparametrene som omhandler ventelistene.

Når det gjelder fokus på kapasitet innenfor enkelte fagområder kan det spesielt nevnes at det innen ortopedi og nevrologi er det igangsatt tiltak for en midlertidig kapasitetsøkning og en optimalisering av driften slik at ventelistene kan reduseres. I tillegg har det regionale helseforetaket nedsatt midlertidige fagråd innen disse to fagområdene som bl.a skal se på kapasitetsutnyttelse innen regionen. Regionen har også nedsatt midlertidig fagråd innen ØNH og Øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelse. Dette er fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister.

Når det gjelder plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det et også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av plastikk-kirurgi i regionen. I tillegg er foretaket tildelt 13,2 millioner kroner til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Økt aktivitet er under planlegging og tiltakene vil bidra til en positiv utvikling i ventelistesituasjonen innen dette fagområdet.

Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet.

Ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene og det er også separat oppfølging av klinikken med de største utfordringene. Fokus i tertialoppfølgingsmøtene vil være langtidsventende og fristbrudd. Det ble i juni utarbeidet en egen plan for reduksjon antall som har ventet 1-4 år. I planen er det tiltak innenfor de ulike fagområdene, og denne følges tett opp.

Ellers vises det til styresak 60/2012 hvor det redgjøres for handlingsplan for ivaretagelse av konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative

arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter. I handlingsplanen er også anbefalinger fra det regionale prosjektet "Glemte av sykehuset" inkludert. Det er nedsatt et gjennomføringsprosjekt som skal sørge for at handlingsplanen blir gjennomført. Dette arbeidet vil ha innvirkning på alle styringsparametre knyttet til ventelister.

3.4. Fristbrudd

For 2012 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i august 746 (andel 16 pst) mens antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.971 (andel 15 pst). Det vil være en tett oppfølging av fristbrudd fremover for å redusere antallet og ventetid ut over frist.

Definisjonen av fristbrudd er endret (jfr oppdatert definisjonskatalog mottatt fra Helse Sør-Øst RHF 3. juli 2012). Tallene beskrevet ovenfor er ut fra ny definisjon. Til orientering gjennomføres et avstemmingsarbeid mot Norsk Pasientregister. Dette kan medføre noe justeringer av tallene.

Tiltakene som er omtalt under ventelisteutvikling vil også omfatte tiltak for fristbrudd. Kompetansen rundt pasienters rettigheter og korrekt håndtering av pasienter med rett til prioritert helsehjelp økes i tillegg til at det settes fokus på ajourførte ventelister og god planlegging av driften samt at man ser på tiltak for økning av kapasitet innenfor enkelte fagområder med høy andel fristbrudd.

3.5. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 pst

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (nosokomiale) infeksjoner på et gitt tidspunkt. De fire vanligste typer helsetjenesteassosierte infeksjoner samt bruk av antibiotika registreres ved disse undersøkelsene. Oslo universitetssykehus HF er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å gjennomføre fire prevalensundersøkelser i året.

Prevalensraten av sykehusinfeksjoner er registrert 15. februar, 23. mai og 5. september 2012. Sistnevnte registrering er ennå ikke ferdig bearbeidet. De to første registreringene omfatter til sammen 2.653 inneliggende heldøgns pasienter (somatikk). Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt var for disse to registreringene 5,8 pst. Det er denne målingen som er grunnlaget for målsettingen om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 pst.

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Dette vil først kunne rapporteres etter oppgradering av PAS/EPJ, hvor leveringsdato nå er forskjøvet til 15. oktober 2012. I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningsbehandling og ventelisteadministrering, vektlegges også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Etableringen av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

3.7. Andel korridorpasienter

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i august 0,7 pst, hvilket er lavere enn gjennomsnitt hittil i år (0,9 pst). Dette er også noe lavere enn i samme periode i 2011 hvor gjennomsnittlig andel korridorpasienter var 1,1 pst. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevistter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

3.8. Utskrivningsklare pasienter

Både antall og andel utskrivningsklare pasienter innen somatikken er redusert fra januar til august. Det samme gjelder for antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter. I august er det rapportert 30 utskrivningsklare pasienter (35 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i august 0,1 pst, og gjennomsnittet hittil i år er 0,6 pst. Nivået er betydelig lavere enn forutsatt i budsjettet. Reduksjonen i utskrivningsklare pasienter er som forventet og reflekterer at samhandlingsreformen og kommunens betalingsplikt gir effekt. I budsjett 2012 er det budsjettet med inntekter for utskrivningsklare pasienter tilsvarende det beløp (24 millioner kroner) som ble overført til kommunen. På grunn av at antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er redusert som beskrevet ovenfor gir dette et negativt avvik på 11,8 millioner kroner per august.

4. ØKONOMI

4.1. Resultat per august

Per august viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultat på 346 millioner kroner mot et budsjettet negativt resultat på 271 millioner kroner, dvs at resultatet er 74 millioner kroner mer negativt enn budsjettet. Per juli ble det rapportert et negativt avvik på 76 millioner kroner, slik at det akkumulerte avviket isolert sett er redusert med 2 millioner kroner siste måned. Avviket i august må ses i forhold til at gevinst fra salg av eiendom (Dyringveien) er inntektsført med 17 millioner kroner. Justert for dette er det negative avviket økt med om lag 15 millioner kroner siste måned.

I akkumulert budsjettavvik inngår gevinst fra salg av eiendom med en engangsinntekt på 50 millioner kroner. Hensyntatt dette har den ordinære driften dermed vært om lag 125 millioner kroner svakere enn forutsatt i budsjettet hittil i år.

Kompensasjon for økte pensjonskostnader ble innarbeidet i foretakets budsjett fra og med juli med 345 millioner kroner for hele 2012 og det rapporteres derfor ikke lenger budsjettavvik justert for økte pensjonskostnader. På årsbasis øker imidlertid pensjonskostnadene for Oslo universitetssykehus HF med 385 millioner kroner, dvs at kompensasjonen er 40 millioner kroner mindre enn de økte pensjonskostnadene i 2012, hvorav om lag 26 millioner kroner er inkludert i resultatet per august.

Det er fortsatt knyttet noe usikkerhet til periodisering av både inntekter og kostnader. På inntektssiden relateres dette blant annet til innføring av ny løsning for innsending av refusjonskrav til HELFO (fra POLK til BKM – behandlerkravmelding) og at det erfaringsmessig er noe etterslep i forhold til aktivitetsregistrering innenfor somatikken. Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til inntekter for utskrivningsklare pasienter.

Driftsinntektene per august gjenspeiler at aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettert. Samlet er det positive avviket for antall DRG-poeng per august på 2,3 pst.

I tabellen under omtales avvik i forhold til budsjett per august for ulike inntekts- og kostnadstyper.

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	
Basisramme	6 820 786	6 820 786	0	Basisrammen inntektsføres som budsjett.
Aktivitetsbaserte inntekter	3 875 092	3 855 581	19 511	Høyere aktivitet enn budsjett innenfor somatikken bidrar til høyere aktivitetsbaserte inntekter. Lave inntekter for utskrivningsklare pasienter (-11,8 mnok) og forhold knyttet til kurdøgn mv fra 2011 reduserer det positive avviket. Avvik for andre inntekter må også ses delvis i sammenheng med avvik for andre inntekter.
Andre inntekter	1 115 018	1 026 573	88 445	Andre inntekter inkluderer 50 mnok i gevinst fra salg av eiendom. Videre er det inntektsfør 13 mnok mer enn budsjett fra Raskere tilbake.
Sum driftsinntekter	11 810 896	11 702 940	107 956	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom er driftsinntektene 57 mnok høyere enn budsjett. Dette relateres i hovedsak til høyere aktivitet enn budsjett.
Lønn- og innleiekostnader	8 387 005	8 143 974	243 031	Det er et merforbruk for lønn- og innleiekostnader på 243 mnok, tilsvarende 3 pst. Underfinansiering av økte pensjonskostnader har bidratt til å øke avviket for lønn.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 614 904	1 587 384	27 519	Varekostnadene er høyere enn budsjett. Dette skyldes blant annet høyere aktivitet enn budsjett. Videre er det høye kostnader til dyre implantater som delvis relateres til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjett. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter. Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjett.
Andre driftskostnader	2 098 411	2 185 395	-86 984	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er endegikostnadene hittil i år 24 mnok lavere enn budsjett og kjøp av eksternt konsulent tjenester nærmere 10 mnok lavere enn budsjett. IKT-kostnadene er også lavere enn budsjett. Videre er det noe forsiktig budsjettering.
Sum driftskostnader	12 100 319	11 916 754	183 566	Sum driftskostnader er 1,5 pst høyere enn budsjett. Deler av dette relateres til høyere aktivitet enn budsjett. Hoveddelen av avviket skyldes høyere bemanning enn forutsatt i budsjett.
Driftsresultat	-289 423	-213 813	-75 610	
Netto finans	-56 177	-57 329	1 152	Avviket skyldes lavere rentekostnader enn budsjett og effekt av hterne eliminerings av AS'ene.
Resultat OUS	-345 600	-271 142	-74 458	

I vedlegg 1 gis en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporterings-formatet til Helse Sør-Øst RHF) og klinikkens avvik.

Særskilt om IKT

Innenfor IKT-området er det nå underskrevet driftsavtale for 2012 med Sykehuspartner, men det gjenstår fortsatt noen uløste forhold fra 2011. Oslo universitetssykehus HF har siden 2010 vært i prosess med å forhandle frem en driftsavtale med Sykehuspartner som dekker foretakets behov for IKT-drift og som gir forutsigbarhet i IKT kostnadsbilde. Foretaket har i perioden forhandlingen har foregått forlenget sist underskrevet driftsavtale slik at Oslo universitetssykehus HF i perioden har hatt en gyldig avtale. Den underskrevne avtalen vurderes å være så langt det er mulig å komme med endringer innenfor Sykehuspartners standardavtale. Basert på dette har foretaket underskrevet avtalen i sin nåværende form for å frigjøre saksbehandlingsressurser til å arbeidet med fremtidige avtaler og konsolidering av eksisterende systemer. Avtalen innebærer kun en formalisering av eksisterende drifts- og kostnadsnivå slik at en underskrivelse i seg selv ikke vil få egne økonomiske- eller driftsmessige konsekvenser.

Som det fremkommer av administrerende direktør orienteringer (styresak 69/2012) har administrerende direktør signert avtale for leveranse og innføring av DIPS som PAS/EPJ ved sykehuset. Helse Sør-Øst RHF har muntlig informert om at Oslo universitetssykehus Hf kan påregne at forprosjektet vil bli finansiert regionalt.

Når det gjelder prosjektet Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI) og milepæl 5 (M5) pågår det fortsatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF rundt behov for ytterligere finansiering som følge av forsinket lansering av M5.

4.2. Vurdering av årsestimat

Som en del av rapporteringen for juli rapporterte Oslo universitetssykehus HF en oppdatert prognose. Resultatestimatet endres ikke i forbindelse med rapporteringen for august. Resultatestimatet for 2012 viser et regnskapsmessig underskudd på 525 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 400 millioner kroner, dvs et negativt avvik i forhold til budsjett på 125 millioner kroner. Det understrekes at foretaket jobber videre med gjennomføring og planlegging av tiltak for å redusere det negative avviket i forhold til budsjett mest mulig. Estimaten er utarbeidet med bakgrunn i faktisk kostnadsnivå i 2012, inkludert gevinst fra salg av eiendom. Vedtak om innføring av DIPS som felles PAS/EPJ medfører et behov for å endre avskrivningstiden på eksisterende systemer. Det er foreløpig beregnet at dette øker avskrivningskostnadene med 15 millioner kroner i 2012 (får resultat effekt fra september). Som det fremkommer av styresaken behandlet 10. august er det forutsatt at driftskostnadene til gjennomføring av DIPS-forprosjekt finansieres av Helse Sør-Øst RHF. Ut over dette er det flere forhold som isolert bidrar til både økning og reduksjon av avvik i siste tertial. Dette inkluderer blant annet at årets lønnsoppgjør ser ut til å bli noe dyrere enn budsjettert, lavere finanskostnader enn budsjettert i 2. halvår og andre forhold som påvirker periodiseringen gjennom året. Samlet vurderes det på dette tidspunkt fortsatt å være risiko for et negativt avvik i forhold til vedtatt budsjett på om lag 125 millioner kroner. Underfinansiering av økte pensjonskostnader med 40 millioner kroner er hensyntatt i resultatestimatet.

Ved rapportering av årsestimat i forbindelse med julirapporteringen ble det presisert at utflytting av aktivitet fra Aker (til Ullevål mv) kan medføre behov for betydelige ekstraordinære nedskrivninger inneværende år. Dette er fortsatt ikke hensyntatt i resultatestimatet. Det er imidlertid identifisert tomme bygg, både på Aker og Dikemark, som isolert sett har en restverdi i anleggsregisteret på om lag 150 millioner kroner. Behovet for nedskrivning av disse må vurderes opp mot markedsverdi og alternativ anvendelse (for eksempel utleie). Markedsvurderingene er ikke gjort pt, men arbeidet er igangsatt og de prinsipper som legges til grunn for årets nedskrivninger vil bli gjort i dialog med revisor.

4.3. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

Det er etablert tiltak innenfor hver klinikk som følges opp i månedlige oppfølgingsmøter og ledelsens gjennomgang. Som det fremgår av tabellen under er det totale budsjett for tiltak i 2012 på om lag 360 millioner kroner. Budsjettert effekt fra januar til august er på 238 millioner kroner. Det er oppnådd en effekt av tiltakene fra januar til juli på cirka 200 millioner kroner, dette gir et avvik på 38 millioner kroner. Omregnet i måloppnåelse har klinikkene totalt oppnådd 84 pst av budsjettert effekt per januar-juli. Det vil i ledelsens gjennomgang per 2. tertial gjennomgås måloppnåelse også for august. Det er imidlertid lite trolig at dette endrer vesentlig på bildet.

Tabellen under viser budsjetterte tiltak per klinikk i tusen kroner og innrapportert effekt fra klinikkene for perioden januar til juli.

Klinikk	Budsjett for 2012 totalt	Budsjettert effekt jan-juli 2012	Rapportert effekt per jan-juli 2012	Avvik fra budsjett per juli	Oppnådd effekt jan-juli i pst
A - PHA	26 101	790	790	0	100 %
B - MED	24 132	9 371	8 828	-543	94 %
C - KKN	25 946	13 776	7 561	-6 215	55 %
D - KVB	49 851	42 441	30 387	-12 054	72 %
E - KKT	49 316	25 940	16 832	-9 108	65 %
F - HLK	33 889	9 879	7 275	-2 604	74 %
H - AKU	24 825	9 673	9 697	24	100 %
I - KDI	53 099	47 887	45 877	-2 010	96 %
J - OSS	72 357	77 890	72 357	-5 533	93 %
Totalt	359 516	237 646	199 602	-38 044	84 %

Prognose for resultat i 2012 avviker fra budsjett. Flere klinikker har store avvik og er derfor i forbindelse med tertialrapporteringen blitt bedt om å redegjøre spesielt for de tiltak som gjennomføres fra september til desember og hvilken effekt dette vil få på klinikkens resultat.

4.4. Investeringer

Investeringer til drift

I styresak 43/2013 ble investeringsbudsjettet for 2012 for investeringer til videreføring av drift redusert fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner på grunn av risikoen for negativt resultatavvik i 2012. Ved utgangen av august er i hovedsak hele det reviderte investeringsbudsjettet på 250 millioner kroner til videreføring av drift benyttet.

Styret ga videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr til videreføring av drift for levering i 2013 innenfor en ramme på 100 millioner kroner. Deler av dette er allerede benyttet.

Omstillingsinvesteringer

Ved utgangen av august er det påløpt investeringsutgifter på om lag 190 millioner kroner, mot budsjettert 410 millioner kroner. Det er 220 millioner kroner mindre enn forutsatt i periodisert investeringsbudsjett. I forbindelse med økonomisk langtidsplan er fremdriften i omstillingsprosjektene vurdert på nytt. Det medførte at estimatet for omstillingsinvesteringer i 2012 er redusert til om lag 500 millioner kroner. For ytterligere beskrivelse av status for omstillingsinvesteringer vises til styresak 60/2012, om status omstillingsprosjekter for samlokalisering.

4.5. Likviditet

Ved utgangen av august var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF på -2 529 millioner kroner (dvs. bruk av driftskreditt på vel 2,5 mrd kroner) mot budsjettert -3 079 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 380 millioner kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med om lag 170 millioner kroner. Det positive avviket på drift forklares i hovedsak med at pensjonspremie ikke er betalt som forutsatt. Det gjelder i hovedsak reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg er betaling av arbeidsgiveravgift lavere og det er endringer

i kundefordringer og leverandørgjeld. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling av investeringer i forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet.

Estimatet for likviditetsbeholdningen ved utgangen av året er om lag -2 912 millioner kroner mot budsjettet -3 170 millioner kroner. Forskjellen skyldes flere forhold. I tillegg til et negativt driftsresultat er tidspunkt for forventet inn- og utbetaling forskyvet til 2013. Dette gjelder blant annet endring i praksis for a konto-fakturering knyttet til regionalt gjestepasientoppgjørskontor, økte ISF-inntekter som følge av at årets aktivitet forventes å bli høyere enn budsjettet, og kontanteffekt av lønnsoppjøret. I tillegg viser en ny oversikt over betaling av pensjonspremie at premiene for siste tertial forventes å bli lavere enn budsjettet. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til reguleringspremien fra Oslo pensjonsforsikring AS. For å dekke deler av resultatrisikoen er investeringer til drift på om lag 65 millioner kroner forskyvet til 2013. Reduksjonen av investeringene til omstillinger på om lag 70 millioner kroner reduserer også behovet for finansiering, slik at dette ikke har konsekvens for forventet utgående likviditetsbeholdning.

5 BEMANNING, SYKEFRAVÆR

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF var stabilt gjennom første halvår (snitt antall brutto månedsverk var 16.949), men økte som i sommermånedene (juli, august og september) knyttet til ferieavvikling mv. Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk var i sommermånedene 17.218, dvs 269 (1,6 pst) høyere enn i første halvår. Økningen består (i snitt) av 91 månedslønnede og 178 variabelleønnede.

I september var brutto månedsverk 17.216, dvs uendret fra august samlet sett. Det er imidlertid en vridning mellom månedslønnede og variabelleønnede månedsverk på 59, og en økning i antall månedsverk med eksternt finansiering på 31 siste måned. Hensyntatt dette er det en mindre reduksjon i antall brutto månedsverk fra august til september. Nivået er likevel høyere enn både budsjett og prognose for forventet bemanningsutvikling.

Dersom man korrigerer for konvertert lønnsmodell for overleger (65 årsverk gitt uendret lønnsmasse) og eksternt finansierte (økt med 59 siden desember 2011), er det reelle ressursforbruket på drift redusert med 138 årsverk fra desember 2011 til september 2012. Det påpekes at ferieavvikling forstyrrer dette bildet. Ser man tallet opp mot samme periode i 2011, er gjennomsnittlig antall månedsverk med intern finansiering i perioden januar – september 2011 på 16 332, mot et tilsvarende snitt i 2012 på 15 819 (justert for effekt av konvertert lønnsmodell for overleger). Dette representerer en nedgang på 514 årsverk.

Nivået for variabel lønn er fortsatt lavere i 2012 enn i 2011 og tyder på at reviderte bemanningsplaner og systematisk arbeid for å redusere variabel lønn gir resultater i utvalgte enheter. Det fokuseres fortsatt på tiltak for å unngå overtid og mertid:

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger

- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

Tallene så langt i 2012 bekrefter dermed at endringen fra desember 2011 til nå representerer et steg ned på et lavere bemanningsnivå i foretaket. Dagens bemanning er imidlertid fortsatt betydelig høyere enn det som følger av vedtatt budsjett for 2012. Dette må sees på bakgrunn av at:

- Det er noe udisponerte midler i budsjettet mv som det ikke er knyttet årsverk til og kompenserer på denne måten noe for forsinkelser i tiltaksgjennomføring.
- Høyere aktivitet enn budsjettet gir økte inntekter som isolert sett gir rom for noe høyere bemanning enn budsjettet i 2012.

Nivået på eksternt finansiert aktivitet er økende.

Klinikkene utarbeidet i mars/april prognoser for årsverksutvikling i 2012. Frem til sommeren var brutto månedsverk omtrent som prognostisert mens nivået i juli, august og september har vært noe høyere. Det er imidlertid klinikkvise variasjoner.

5.2 Eksternt finansierte årsverk

Eksternt finansierte årsverk omfatter årsverk som har en øremerket ekstern finansiering, og som ikke finansieres over basistilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Hoveddelen relateres til eksternt finansiert forskning, som pr mai 2012 utgjorde 587 årsverk (hvorav 288 stipendiater og 299 postdoktorer/andre forskere). Ved årsskiftet var det en midlertidig liten reduksjon i antallet eksternt finansierte månedsverk. Antallet per september er nå 101 høyere siden januar. Sammenlignet med september 2011 er antallet årsverk med ekstern finansiering økt med 71. En del av økningen skyldes at foretaket fra sommeren 2011 overtok arbeidsgiveransvaret for ca 40 forskere som tidligere var ansatt i Inven2 AS. Økningen i eksternt finansiert forskningsvirksomhet er en ønsket utvikling, og kostnadene for foretaket reduseres ved at det for de fleste tildelinger belastes et dekningsbidrag fra den eksterne finansieringskilden. Tallene vil svinge naturlig en del over tid og fra måned til måned. Dette skyldes også at forskere med ekstern finansiering dels ansettes av Oslo universitetssykehus HF og dels av Universitetet i Oslo.

5.3 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den enkelte stillingsgruppes andel av totalt antall månedsverk er relativt stabil når man sammenligner 2011 med 2012. Reduksjonen i brutto månedsverk er størst for sykepleier (reduisert med 171 fra desember 2011 til sept 2012). Økningen er størst for leger og pasientrettede stillinger. Endringen for leger må ses i sammenheng med økning i antall årsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger. Justert for denne tekniske økningen på 64 månedsverk fra årsskiftet (gitt uendret ressursbruk) er økningen betydelig mindre. Økningen for leger faller nesten utelukkende på variabelt forbruk etter at man hensyntar den tekniske økningen på 64 mot faste månedsverk.

Den relative andelen fast og variabel lønn utbetalt i Oslo universitetssykehus i tråd med andre større helseforetak i Helse Sør-Øst som alle ligger på om lag 90 pst fastlønn og 10 pst variabel lønn. Sammenligner vi hovedstadsområdet har Oslo universitetssykehus og Ahus 90/10-fordeling, mens Vestre Viken har 88/12-fordeling (tall hittil i år).

5.4 Nærmere om overlegeårsverk

I forbindelse med overføringen av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF skulle Oslo universitetssykehus HF nedbemanne med 119 overleger sammenlignet med nivå 1. halvår 2010 (benyttet som referansenivå). Gjenstående nedmanning er beregnet å være om lag 20 overlegeårsverk, når en tar hensyn til økning i fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer ved sykdom og permisjoner, overtid og UTA.

Oslo universitetssykehus HF viderefører arbeidet med tett oppfølging av overlegeårsverk og dette vil også være fokus i arbeidet med tiltak for å redusere kostnadsnivået fremover (ref styresak 61/2012 Økonomisk langtidspan 2013-2016).

5.5 Innleie av helsepersonell

Gjennomsnittlig antall beregnede månedsverk for innleie av helsepersonell hittil i år er 161 månedsverk per måned, en reduksjon med 17 sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Innleide per måned steg i juni og juli til hhv 182 og 231 innleide månedsverk, mens det i august er en nedgang til 158 innleide månedsverk. Innleie av helsepersonell benyttes i hovedsak for å sikre særlig kritisk kompetanse og utviklingen i andre tertial må sees i sammenheng med sesongvariasjoner og høy aktivitet i sommermånedene.

5.6 Sykefravær

Per juli 2012 er totalt sykefravær 7,3 pst, fordelt med 2,6 pst korttidsfravær og 4,7 pst langtidsfravær. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 er dette 0,1 pst lavere. Langtidsfraværet viser en nedgang på om lag 0,3 pst mens korttidsfraværet har økt med 0,2 pst.

Utviklingen i sykefraværet i 2012 har fulgt naturlige svingninger og viser en klar nedadgående kurve fra februar måned hvor fraværet var høyt. Sykefraværstallene for juli ligger veldig lavt på grunn av manglende etterregistrering av fravær etter ferieperioden. Således forventes det noe høyere sykefraværspersent ved neste rapportering.

Arbeidsrelatert fravær håndteres med målrettede tiltak med bistand fra HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen. Flere klinikker rapporterer fortsatt fokus på oppfølging av arbeidstakere med hyppig korttidsfravær og tilrettelegging for gravide arbeidstakere. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

Ett av målene i IA-handlingsplan for Oslo universitetssykehus er å styrke arbeidsnærværet. Som et ledd i dette arbeidet er det, med støtte fra NAV, igangsatt et prosjekt for forflytning av pasienter med fokus på riktig forflytningsteknikk og bruk av hjelpemidler. Målet er økt arbeidsnærvær, økt trivsel og felles praksis for forflytning og bruk av hjelpemidler. Oslo sykehuservice samarbeider med NAV Arbeidslivssenter Oslo i et prosjekt med fokus på ledelse, nærværsfaktorer og holdningsarbeid.

Intern resultatrapport- vedlegg til styresak 59/2012

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

August 2012
(Bemanningstall for September)

1 Tabellvedlegg - innhold

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk
- 2.2 Aktivitet - psykisk helsevern og TSB
- 2.3 Ventelisteutvikling
- 2.4 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.5 Andre styringsparametre

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto månedsværk (eks. e.f.) på stillingsgrupper
- 4.4 Bemanningsutvikling per klinikk
- 4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 4.6 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafier:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
KKN	Klinikk for kirurgi og nevrofag
KVB	Kvinne- og barneklubben
KKT	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
AKU	Akuttklubben
KDI	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ:	Hittil i år
Status per mnd:	Akkumulerte tall
PHV:	Psykisk helsevern
VOP:	Voksen psykiatri
BUP:	Barne- og ungdomspsykiatri
TSB:	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

Klinikk	AKKUMULERT PER AUGUST			Status per AUGUST			Endring fra 2011		
	Resultat	Avvik	Avvik i %	Resultat	Avvik	Avvik i %	i antall	i %	
Medisinsk klinikk	18 760	1 274	7,3 %				-725	-3,7 %	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	35 902	-158	-0,4 %				-1 015	-2,8 %	
Kvinne- og barneklirikken	22 913	473	2,1 %				-393	-1,7 %	
Klinikk for kreft-, kirurgi- og transplantas	36 444	201	0,6 %				-945	-2,5 %	
Hjerte-, lunge- og karklinikken	21 027	-27	-0,1 %				597	2,9 %	
Akuttlinikken	2 860	642	28,9 %				609	27,1 %	
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	83	58	232,0 %				-9	-9,8 %	
Stab, Utenlandskontoret	60	60					-2	-3,2 %	
Biologiske legemidler	1 417	-3	-0,2 %				-		
Fellesposter	2	689	-100,3 %				-74	-97,4 %	
SUM	139 468	3 209	2,4 %				-1 957	-1,4 %	

Merknader:

- Sammenligning med 2011 (som 2012) er gjort ekskl Legevakten / Biologiske legemidler

2.2 Aktivitet – psykisk helsevern og TSB

Rapportering Aug 2012		Denne periode			Resultat hittil i år				
Klinikk	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	
Aktivitet	Indikator								
VOP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	92	79	13	16,5 %	928	706	222	31,4 %
	Liggedøgn	-3 187	6 049	-9 236	-152,7 %	50 645	50 092	553	1,1 %
	Dagopphold	52	0	52		392	0	392	
	Polikliniske konsultasjoner	7 348	5 148	2 200	42,7 %	53 907	45 497	8 410	18,5 %
BUP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	1	9	-8	-88,9 %	64	55	9	16,4 %
	Liggedøgn	300	407	-107	-26,3 %	2 547	3 007	-460	-15,3 %
	Dagopphold	194	295	-101	-34,2 %	1 837	1 924	-87	-4,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	3 084	3 053	31	1,0 %	29 174	30 743	-1 569	-5,1 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	259	190	69	36,3 %	1 841	1 519	322	21,2 %
	Liggedøgn	2 241	2 305	-64	-2,8 %	19 230	18 698	532	2,8 %
	Dagopphold	60	152	-92	-60,5 %	455	1 065	-610	-57,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	699	844	-145	-17,2 %	5 639	6 327	-688	-10,9 %

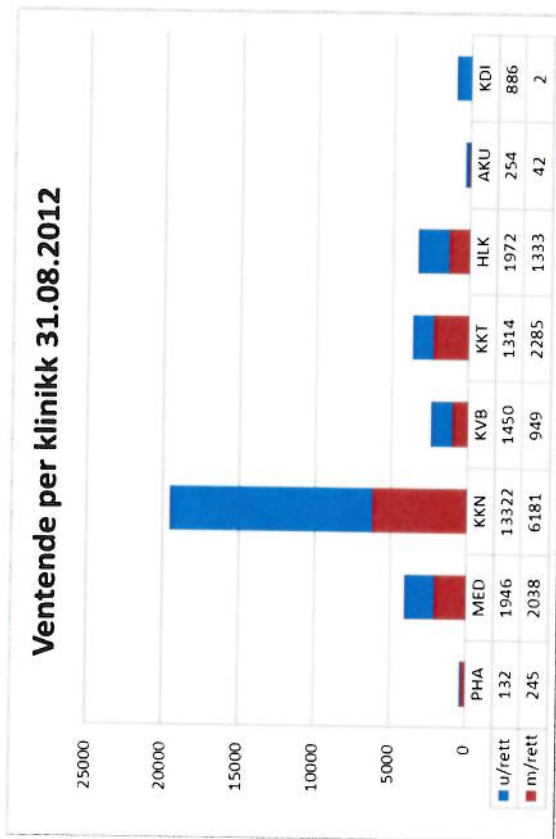
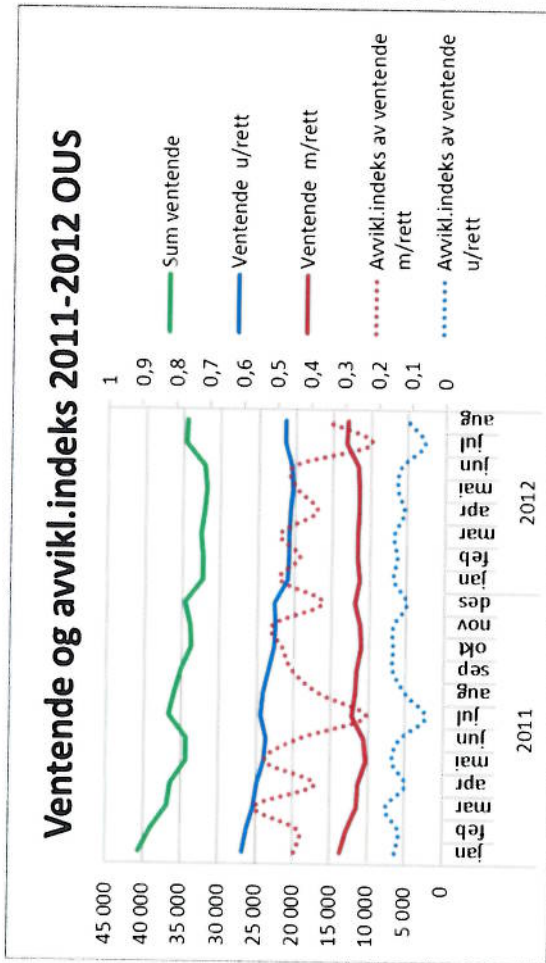
Forkortelser:

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

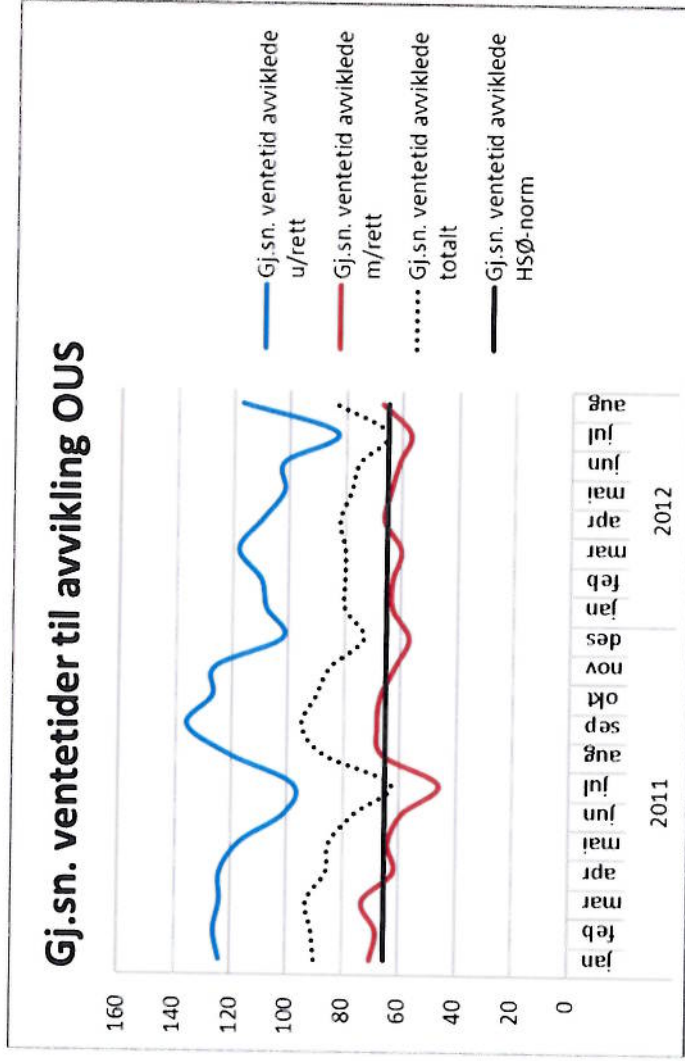
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.3 Ventende (ved rapporteringsperiodens slutt)



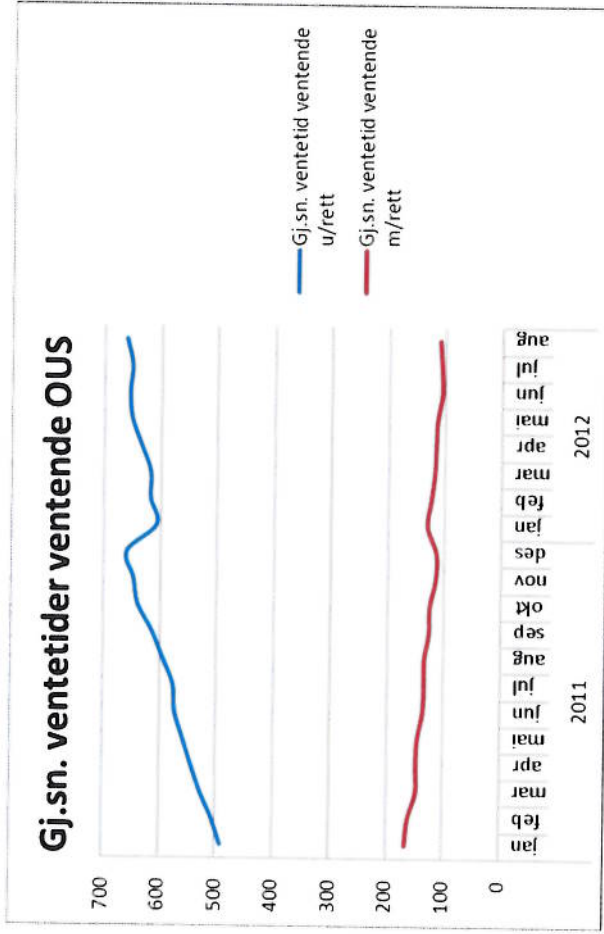
Sum ventende	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug				
PHA	487	464	478	416	419	428	456	412	381	369	353	414	289	321	308	318	355	341	397	377				
MED	4 382	4 234	4 012	3 823	3 569	3 609	3 849	3 852	3 691	3 534	3 568	3 565	3 197	3 262	3 329	3 309	3 143	3 259	3 741	3 984				
KKN	20 108	19 416	18 225	18 127	17 528	17 802	18 862	18 620	18 448	17 947	18 029	18 333	18 658	18 770	18 783	18 565	18 703	18 766	19 660	19 503				
KVB	4 079	3 916	3 826	3 689	3 448	3 328	3 454	3 325	3 108	2 994	3 016	3 217	2 220	2 204	2 162	2 201	2 135	2 122	2 493	2 399				
KKT	4 868	4 562	4 182	4 170	3 826	3 715	4 123	3 915	3 884	3 622	3 673	3 849	3 451	3 511	3 618	3 571	3 507	3 583	3 807	3 599				
HLK	3 465	3 263	2 975	3 117	2 924	3 017	3 329	3 238	3 153	2 987	2 910	3 007	3 026	2 902	3 016	2 862	2 779	2 887	3 240	3 305				
AKU	575	577	592	573	533	497	508	500	523	479	447	482	403	408	383	340	282	254	280	296				
KDI	1 359	1 373	1 405	1 346	1 062	977	1 030	1 117	1 029	956	991	951	895	799	811	808	825	832	867	888				

2.3 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



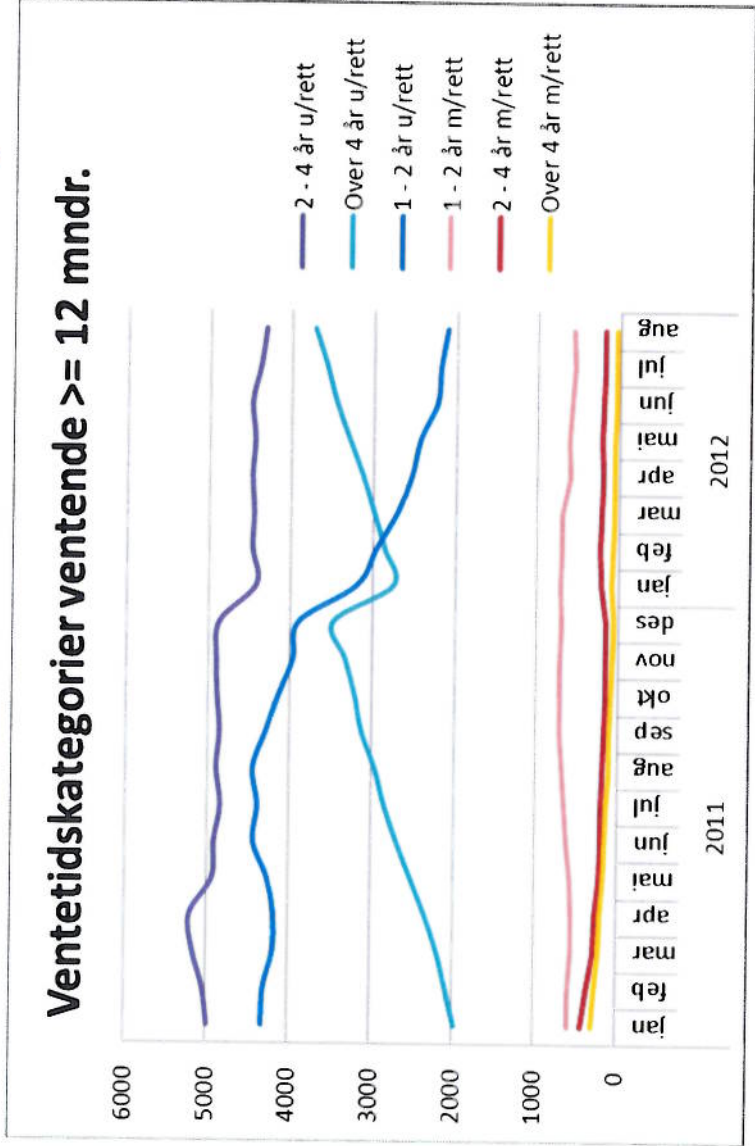
Gj.sn. v.tid til avvikling	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug				
PHA	56	51	56	43	43	52	44	40	51	44	39	39	48	61	39	40	39	35	51					
MED	66	69	63	57	70	52	50	69	95	79	65	52	69	70	70	65	61	58	42	54				
KKN	116	121	122	122	110	99	93	117	116	119	115	100	102	98	104	108	109	104	95	117				
KVB	70	57	59	58	63	53	34	61	66	57	65	47	64	64	53	61	59	57	39	64				
KKT	76	71	74	66	64	55	46	67	72	72	56	55	55	59	53	60	57	58	51	62				
HLK	143	145	151	134	138	132	107	146	166	144	139	141	140	134	125	123	112	88	124	133				
AKU	93	105	124	172	119	111	115	130	115	117	106	101	83	106	95	111	87	96	77	99				
KDI	55	47	45	41	45	41	52	40	43	33	42	33	36	26	37	44	39	25	25	54				

2.3 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2011												2012							
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug
PHA	92	91	77	94	98	92	97	108	95	107	110	100	63	43	40	44	42	44	50	49
MED	364	377	388	405	425	418	388	395	398	401	389	394	340	326	309	314	326	315	297	291
KKN	438	455	481	493	517	522	515	535	547	571	573	579	580	588	597	613	620	626	616	634
KVB	379	400	410	429	456	473	475	501	528	552	547	528	231	215	209	209	213	201	193	197
KKT	195	189	174	173	171	173	167	167	152	148	141	136	150	147	140	144	143	134	139	130
HLK	222	222	219	213	208	194	197	202	189	193	185	180	171	167	152	158	156	151	154	151
AKU	315	311	305	315	341	364	373	380	370	389	412	395	97	93	88	92	91	75	91	81
KDI	541	533	533	573	407	444	435	415	455	502	499	535	571	615	578	592	575	581	593	600

2.3 Langtidsventende (over 12 mnd)



Ventet >= 1 år	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug				
PHA	21	21	14	20	23	21	22	26	22	25	27	24	8	2	2	1	1	2	1	2				
MED	1251	1269	1277	1238	1206	1162	1033	1030	965	895	883	875	682	670	641	613	600	587	594	594				
KKN	7572	7675	7679	7784	7943	8187	8272	8442	8550	8627	8674	8728	8902	8995	9043	8975	9115	9151	9087	9198				
KVB	1012	1037	1095	1158	1221	1280	1292	1346	1340	1354	1335	1340	466	407	357	351	339	288	285	265				
KKT	574	544	480	458	416	436	445	440	403	361	339	327	280	283	260	265	249	228	220	167				
HLK	606	578	501	507	469	466	495	472	436	423	394	387	364	335	293	270	267	259	253	209				
AKU	106	105	107	109	114	118	63	63	64	67	103	107	93	92	106	105	107	109	114	118				
KDI	629	622	621	628	395	424	431	464	490	489	497	493	488	440	399	399	375	379	393	397				

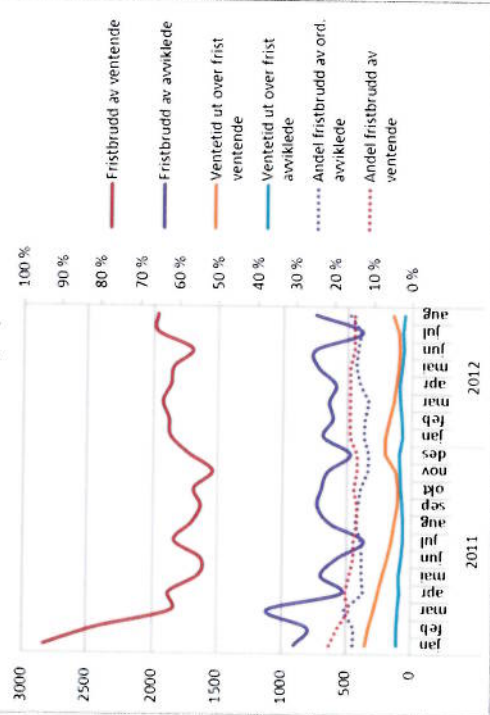
2.3 Langtidsventende per fagområde og klinikk

Fagområder med langtidsventende	1 < 2 år		2 < 4 år		Over 4 år		Ventende >= 1 år		Ventende totalt	
	m/rett	u/rett	m/rett	u/rett	m/rett	u/rett	antall	andel av antall	m/rett	u/rett
								%		
010 Generell kirurgi	0	1	0	12	0	11	24	86%	0	28
020 Barnekirurgi (under 15 år)	7	5	0	0	0	5	17	8%	120	87
030 Gastroenterologisk kirurgi	8	3	0	14	0	2	27	11%	181	59
040 Karkirurgi	0	97	0	7	0	0	104	8%	1211	59
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	456	937	72	611	0	635	2711	70%	3622	230
060 Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)	1	5	0	0	0	0	6	4%	52	86
070 Urologi	1	10	0	39	0	12	62	14%	392	60
080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom	6	8	9	21	3	117	164	24%	447	247
090 Plastikk-kirurgi	29	622	54	747	14	129	1595	61%	2309	321
100 Nevrokirurgi	12	28	3	225	0	229	497	79%	527	104
110 Generell indremedisin	0	18	2	14	1	1	36	7%	381	101
120 Blodsykdommer (hematologi)	0	0	0	7	0	4	11	13%	33	54
130 Endokrinologi	1	33	0	15	0	11	60	30%	139	59
140 Fordøyelsesykdommer	1	3	0	4	0	1	9	1%	647	62
150 Hjertesykdommer	8	40	10	68	0	14	140	14%	933	80
190 Revmatiske sykdommer (revmatologi)	0	2	1	11	0	28	42	23%	106	76
200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	0	8	0	4	0	3	15	2%	610	50
220 Barnesykdommer	0	16	0	158	0	45	219	31%	642	68
240 Hud og veneriske sykdommer	0	2	5	8	4	3	22	4%	472	71
250 Nevrologi	3	55	1	1318	4	707	2088	76%	2644	89
290 Øre-nese-hals sykdommer	25	17	6	409	0	900	1357	93%	1330	131
300 Øyesykdommer	0	102	0	78	0	60	240	15%	1560	43
320 Psykisk helsevern voksne	0	23	0	118	0	24	165	39%	362	56
350 Geriatri	0	15	0	5	0	0	20	21%	38	58
840 Medisinsk genetikk	0	49	0	172	0	140	361	32%	846	290
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	0	3	0	4	0	0	7	17%	12	30

Ventetids-kategorier Ventente per 31.08.2012	Under 65 dager			65 < 180 dager			6 < 12 måneder			1 < 2 år			2 < 4 år			Over 4 år			Totalt antall ventende		
	Med rett	Uten rett		Med rett	Uten rett		Med rett	Uten rett		Med rett	Uten rett		Med rett	Uten rett		Med rett	Uten rett				
PHA	186	87	58	41	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	-	-	2	1%	379	
MED	1 115	548	892	671	20	144	9	74	9	74	2	177	2	177	332	594	15%	594	15%	3 984	
KKK	2 216	1 207	2 411	2 081	849	1 574	539	1 790	539	1 790	150	3 583	150	3 583	22	3 115	9 199	47%	9 199	47%	19 537
KVB	546	483	386	518	16	186	-	27	-	27	1	190	1	190	-	46	264	11%	264	11%	2 399
KKT	1 534	420	691	610	47	107	2	22	2	22	6	95	6	95	5	60	190	5%	190	5%	3 599
HLL	715	412	550	711	51	657	8	134	8	134	9	46	9	46	-	12	209	6%	209	6%	3 305
AKU	31	117	11	114	-	16	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	1%	2	1%	291
KDI	1	242	-	223	1	24	-	53	-	53	-	194	-	194	-	150	SSYKEHUS	45%	150	45%	888

2.4 Fristbrudd avviklede og ventende

Fristbrudd start helsehjelp OUS



Kommentar:

Fristbrudd er fremstilt ut fra ny definisjon fra Helse Sør-Øst RHF. Resultatene er ikke endelig avstemt mot mot script fra NPR.

Fristbrudd avviklede	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug				
KKN	372	333	534	179	239	219	102	260	313	324	338	240	309	311	311	296	341	413	174	348				
KKT	217	212	290	144	159	115	125	172	184	159	125	89	148	114	132	119	182	152	101	166				
HLK	58	37	52	36	63	58	46	54	80	73	55	42	71	65	76	42	83	62	45	100				
MED	129	134	131	86	113	61	28	63	77	55	58	65	90	65	80	86	65	73	26	83				
KVB	89	55	84	62	100	103	46	53	59	74	54	26	45	42	28	32	42	28	22	29				
PHA	37	28	24	25	17	18	20	22	15	13	17	11	20	14	10	12	14	18	15	16				
AKU	1	0	2	3	4	0	2	2	0	1	1	0	1	0	2	3	1	1	1	2				
KDI	1	0	1	2	2	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0				
OUS	906	803	1121	541	700	576	369	628	729	699	650	476	685	613	641	591	729	748	385	746				

Fristbrudd ventende	2011												2012											
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug				
KKN	1406	1241	918	933	908	936	1073	1064	1071	1186	1141	1291	1466	1515	1564	1475	1499	1372	1474	1440				
KKT	610	459	316	314	227	233	246	198	162	140	104	124	148	146	137	187	145	113	154	160				
HLK	124	103	84	102	74	82	93	100	92	80	62	61	64	57	74	72	80	87	151	151				
MED	194	157	123	125	85	81	97	75	57	63	52	63	69	80	79	62	40	48	87	126				
KVB	176	189	166	182	124	96	127	119	116	82	62	64	68	41	42	43	42	38	62	61				
PHA	37	29	24	17	36	24	34	24	16	20	15	19	19	16	12	9	20	22	25	22				
AKU	9	9	7	4	4	3	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2	0	4	2				
KDI	2	1	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6	5	4	4	4	3	2	1				
OUS	2837	2419	1858	1882	1648	1630	1838	1703	1632	1683	1541	1724	1868	1881	1929	1865	1843	1696	1971	1971				

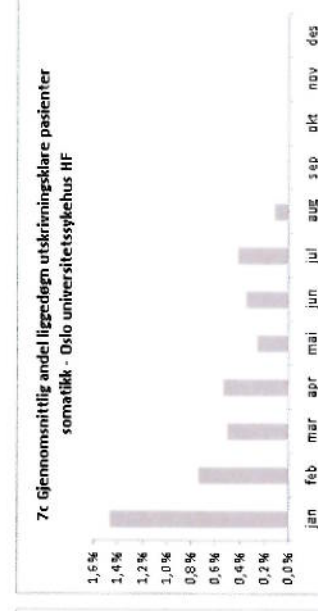
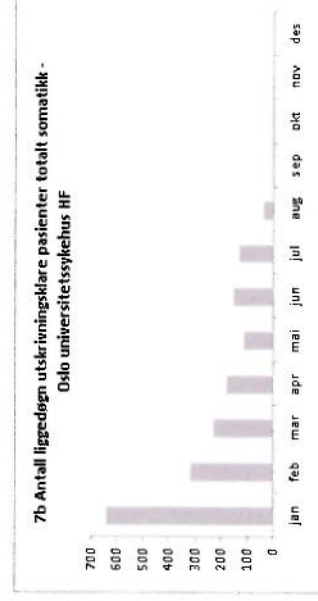
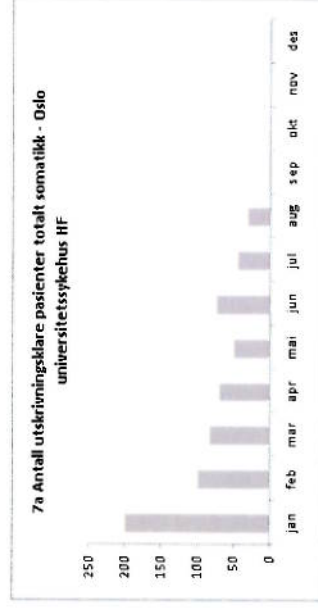


2.5 Andre styringsparametre

Månedlige styringsparametere	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Hittil i år
5a Andel korridorpasienter - somatikk	0,8 %	1,0 %	0,9 %	0,7 %	0,8 %	1,2 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekrefteelse på mottatt henvisning	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	198	99	82	68	49	72	43	30	641
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	640	313	226	176	107	150	131	35	1 778
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	1,5 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,6 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	19	23	20	22	22	21	18	20	165
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	438	464	442	469	564	521	491	515	3 904
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	7,0 %	7,7 %	6,6 %	7,3 %	8,3 %	8,4 %	8,1 %	8,3 %	7,7 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansienhetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	8	8	7	9	8	8	8	8	8
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Indikatorene 2h, 8b og 8c rapporteres foreløpig ikke på grunn av manglende datagrunnlag.

Utvikling utskrivningsklare pasienter somatikk:



3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk Aug	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	829 541	829 541	0	0,0 %	6 820 786	6 820 786	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	447 144	446 689	454	0,1 %	3 875 092	3 855 581	19 511	0,5 %
Andre inntekter	159 190	140 383	18 808	13,4 %	1 115 018	1 026 573	88 445	8,6 %
Sum driftsinntekter	1 435 875	1 416 613	19 262	1,4 %	11 810 896	11 702 940	107 956	0,9 %
Lønn -og innleiekostnader	1 052 900	1 002 792	50 109	-5,0 %	8 387 005	8 143 974	243 031	-3,0 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	175 335	189 312	-13 977	7,4 %	1 614 904	1 587 384	27 519	-1,7 %
Andre driftskostnader	246 356	263 905	-17 549	6,6 %	2 098 411	2 185 395	-86 984	4,0 %
Sum driftskostnader	1 474 591	1 456 009	18 582	-1,3 %	12 100 319	11 916 754	183 566	-1,5 %
Driftsresultat	-38 716	-39 396	680	0,0 %	-289 423	-213 813	-75 610	-0,6 %
Netto finans	-7 848	-8 751	903	10,3 %	-56 177	-57 329	1 152	2,0 %
Resultat OUS	-46 564	-48 147	1 582	0,1 %	-345 600	-271 142	-74 458	-0,6 %

Kommentar: I resultat hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mill kroner.

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat hittil i år (per ØBAK-linje)

Art. ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	6 820 786	6 820 786	0	Basisramme inntektsføres som budsjettert
ISF egne pasienter	1 388 319	1 290 680	97 639	
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	187 281	260 977	-73 695	
ISF-re fusjon kommunal medfinansiering	381 410	364 033	17 377	De totale ISF-inntektene er omtrent 41 mill høyere enn budsjettert. Se også kommentarer for aktivitet somatisk. ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettert. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettert. Avvik mellom øvrige ISF-inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for politiske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettert.
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	21 656	21 703	-47	
Utskrivningsklare pasienter	4 289	16 085	-11 816	Avviket skyldes at andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er lavere enn budsjettert.
Gjeste pasienter	322 413	314 290	8 123	Positivt avvik for gjestepasientinntekter må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
Salg av konserninterne helsejenester				Avvik relateres blant annet til forhold fra tidligere år (kurdøgn SSE) og endelig avregning for gjestepasienter 2011. Videre er det noe lavere gjestepasientinntekter innenfor psykisk helsevern og gjestepasientinntekter innenfor lab/rad er også lavere enn budsjettert.
Polikliniske inntekter	1 301 867	1 328 702	-26 834	Menntektene gjelder i hovedsak laboratorie- og radiologiområdet.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	267 877	259 112	8 765	Det er høyere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Halvparten av avviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	27 894	14 745	13 149	Inntektsføring av øremerkede midler til forskning er per august høyere enn budsjettert. Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd for øvrig er lavere enn periodisert budsjettert. Totalt gir dette et negativt avvik på 17 mnok.
Andre driftsinntekter	572 083	589 253	-17 169	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettert. Deler av avviket er relatert til aktivitet med ekstern finansiering og må ses i sammenheng med avvik for andre øremerkede tilskudd.
Kjøp av off helsejenester	515 041	422 575	92 466	
Kjøp av private helsejenester	11 810 896	11 702 940	107 956	
Varekostnader knyttet til aktiviteten	47 148	49 877	-2 729	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en merkostnad på om lag 8,4 mnok. Hoveddelen av avviket skyldes kostnader til behandling i utlandet (utenlandskontoret).
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	148 226	137 058	11 167	De fleste klinikkene har høyere verekostnader enn budsjettert. Deler av ufordelte budsjettmidler er budsjettert under verekostnader, og merkostnadene på klinikk utgjør tilsammen 69 mnok. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre implantater. Dette relateres delvis til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettert. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Kjøp av konserninterne helsejenester	1 393 791	1 361 271	32 520	Innløskostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettert. Sammenlignet med foråret er innleiekostnadene redusert. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere.
Lønn til fastansatte	89 594	57 540	32 055	
Overtid og ekstrahjelp	25 740	39 179	-13 439	Hoveddelen av avviket er innenfor somatikken.
Pensjon	5 480 191	5 318 726	161 465	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 211 mnok. Avviket skyldes vesentlig høyere bemanning enn budsjettert, hvorav noe kan relateres til høyere aktivitet. De økte pensjonskostnadene for 2012 er 0 underfinansiert med 40 mnok for 2012, hvorav 27 mnok per august. Dette gir tilsvarende avvik innenfor lønnskostnader for øvrig, vesentlig for overtid og ekstrahjelp. Avvik for overtid/ekstrahjelp finansieres i stor grad av avvik innenfor lønnskostnadene er høyere enn budsjettert.
Avskrivninger	409 549	-320 160	-89 390	
Nedskrivninger	942 721	905 306	37 415	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for bruktagelse.
Andre driftskostnader	525 460	533 333	-7 873	
Finansinntekter	33	0	33	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene omlag 24 mnok lavere enn budsjettert og kjøp av eksterne konsulent tjenester er omlag 10 mnok lavere enn budsjettert. Videre er det noe forsiktig budsjettering. Andre driftskostnader er noe lavere enn budsjettert hittil i år. Det er foretatt en revidering av kostnadene innenfor IKT-området som øker det positive avviket. Det knytter seg imidlertid fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
Finanskostnader	1 572 917	1 652 062	-79 145	
Netto finans	12 100 319	11 916 754	183 566	
TOTALT	7 872	16 230	-8 358	Avviket skyldes inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne eliminerings relatert til AS'ene. Rentekostnadene er nesten 9 mnok høyere enn budsjettert. Dette skyldes at rentesatsen for 2. halvår er lavere enn det som er forutsatt i budsjettert.
	64 049	73 559	-9 510	
	56 177	57 329	-1 152	
	-345 600	-271 142	-74 458	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

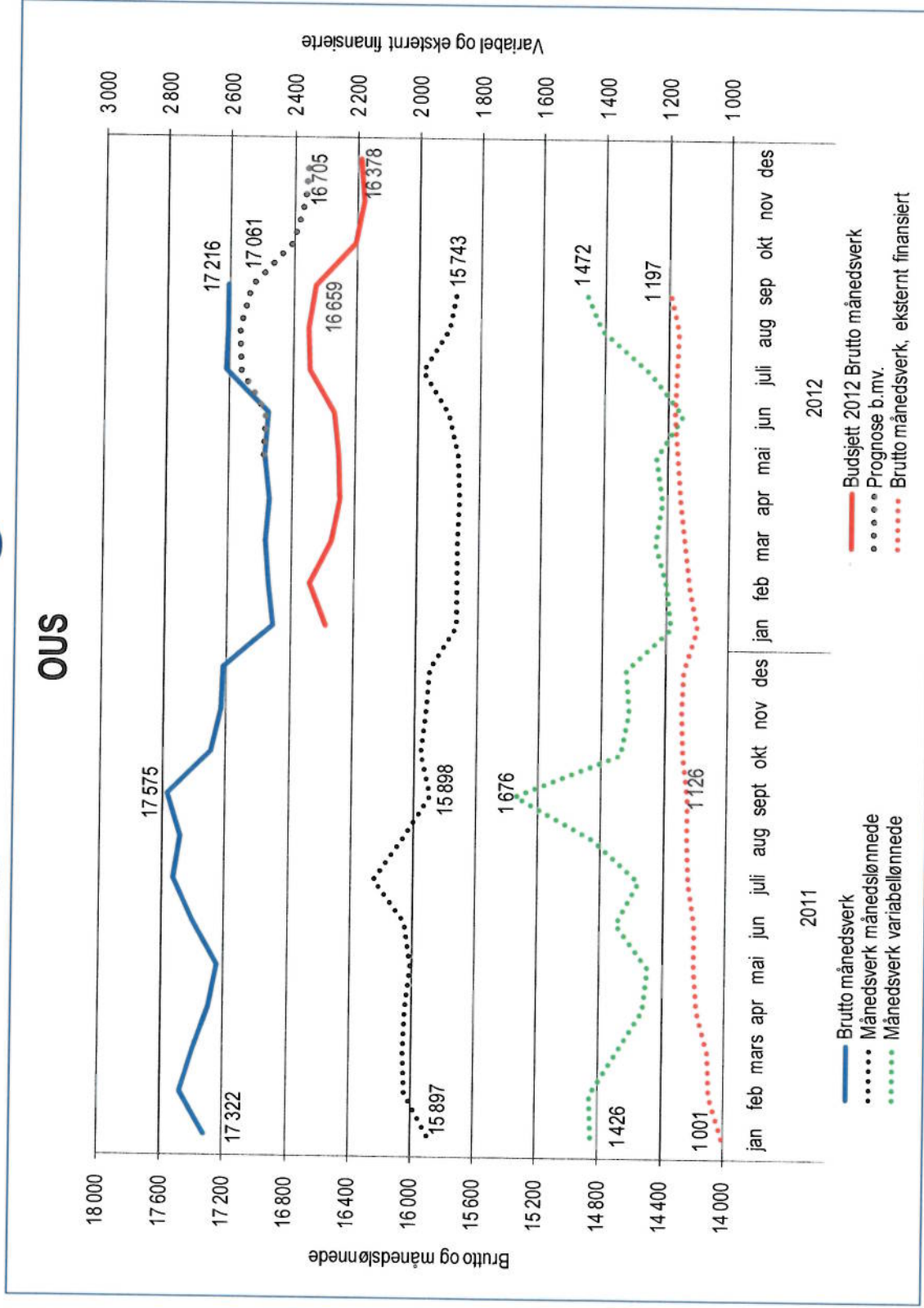
Rapportering Aug 2012	Denne periode			Hittil i år					
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	
Økonomisk resultat									
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 003	0	2 003	1,5 %	14 141	0	14 141	1,2 %	
Medisinsk klinikk	-3 419	0	-3 419	-4,2 %	-10 665	0	-10 665	-1,6 %	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-11 533	0	-11 533	-8,1 %	-95 597	0	-95 597	-8,0 %	
Kvinne- og barneklirikken	1 097	0	1 097	1,0 %	-9 974	0	-9 974	-1,1 %	
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-14 935	0	-14 935	-8,8 %	-98 950	0	-98 950	-7,3 %	
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-11 187	0	-11 187	-16,5 %	-58 661	0	-58 661	-9,8 %	
Akuttlinikken	-9 094	0	-9 094	-5,7 %	-71 340	0	-71 340	-5,3 %	
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	3 942	0	3 942	2,5 %	15 643	0	15 643	1,2 %	
Oslo sykehusservice	4 115	0	4 115	3,0 %	-230	0	-230	0,0 %	
Konsem	-1 206	1 668	-2 874	-	1 911	7 210	-5 299	-	
Krefregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %	
Fellesposter	-12 082	-49 815	37 733	-5,5 %	-89 361	-278 355	188 994	-5,7 %	
Direktørstabb	5 652	0	5 652	6,0 %	57 486	0	57 486	7,6 %	
Sum OUS	-46 564	-48 147	1 583	0,1 %	-345 600	-271 142	-74 457	-0,6 %	
Rapportering	Denne periode			Hittil i år					
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	
Økonomisk resultat									
Somatikk	-45 128	0	-45 128	-5,5 %	-329 546	0	-329 549	-4,5 %	
Psykisk helsevern og rus	2 003	0	2 003	1,5 %	14 141	0	14 141	1,2 %	
Stab og Oslo sykehusservice	9 849	0	9 849	4,1 %	57 255	0	57 255	2,9 %	
Fellesposter mv	-13 288	-48 147	34 859	14,6 %	-87 450	-271 142	183 695	11,8 %	
Sum OUS	-46 564	-48 147	1 582	0,1 %	-345 600	-271 142	-74 457	-0,6 %	



3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per august

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 14,1	Regnskapet viser totalt sett et positivt budsjettavvik på 2 mnok for august. Klinikken har negativt avvik på inntekter, men dette utlignes av et positivt avvik på lønn og driftskostnader. Det framtidige kostnadsnivået og utfordringene knyttet til den nødvendige reduksjonen i antall årsverk, er avhengig av gjennomføringen av bemanningstilpasningen. Denne prosessen er forsinket og endret ift forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet. Sammen med utviklingen av framtidig drift, vil ytterligere kostnadsreducerende tiltak løpende vurderes og iverksettes for å opprettholde budsjettbalanse.
Medisinsk klinikk	- 10,7	Positivt DRG resultat hittil i år er delvis forventet og skyldes et redusert DRG budsjett. Lønnskostnader er høyere enn planlagt, men den økonomisk effekten reduseres ved økt inntekt knyttet til høyere aktivitet enn planlagt. Høyere lønnskostnader i juli og august skyldes sommer driften.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 95,6	Klinikken har i august et merforbruk på 11,5 mnok og et akkumulert merforbruk på 95,6 mnok. Herav utgjør merforbruk på lønn 81,8 mnok. Det er fortsatt de store avdelingene som har det store merforbruket på lønn. Det var lav aktivitet i august, og klinikken ligger akkumulert litt etter periodisert aktivitetsplan. Hva merforbruk på varekostnader angår, er det særlig implantater og medikamenter som bidrar.
Kvinne- og barneklirikken	- 10,0	I august forbedres resultatet med ca kr 1 mill. Til tross for et mindre drig-avvik (som i stor grad skyldes lav aktivitet hos Nyfødtintensivavdelingen) oppnådde klinikken et positivt resultat i august i hovedsak pga høyere andre driftsinntekter, lavere innleiekostnader fra vikaryrå, lavere varekostnader, og lavere andre driftskostnader enn budsjettet. Pga budsjettekniske forhold (for eksempel har Nyfødtscreeening forskyvninger i sine innkjøp i forhold til budsjettet plan) som bedrer resultatet hittil i år med ca kr 5 mill, er det reelle resultatet pr august rundt kr -15 mill.
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	- 98,9	Klinikkens resultat for august på -14,9 mnok er noe dårligere enn nivået fra tidligere måneder. Det er imidlertid høyt høyre ISF-inntekter denne måneden samtidig som avviket på personalkostnader er spesielt stort denne måneden pga. kostnadene ved utdanning i stråleterapi. Akkumulert er inntektene samlet sett over plan for klinikken. ISF-aktivitet er marginalt over planlagt nivå. Store avvik på varekostnader og personalkostnader.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 58,7	Klinikken har i august forverret resultatet med 11,2 mnok. Klinikken er i gang med den stor omstillingen på TKA, men er betydelig forsinket i prosess. Klinikken har 35 mnok liggende på udefinert uten vedtatte tiltak. Dette utgjør ca -21 mnok og utgjør ca halvparten av klinikkens avvik på lønn. Det resterende avviket på lønn ligger på TKA og kan knyttes til at omstillingene av TKA er bakt inn i budsjettet men forsinket i oppstart.
Akuttlinikken	- 71,3	Om lag 2/3-deler av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak merforbruk av overtid PHS, intensiv, Anestesi-området, Steril og Akuttmottak. Videre er det et merforbruk på innleie på nærmere 10,8 mnok (vesentlig intensiv og Operasjon) som skyldes økt aktivitet og mangel på spesialisykepleiere. Merforbruk på varekostnader på 9,8 mnok er inklusiv økt forbruk av engangsutstyr til robot- og laprascopioperasjoner samt medisinske forbruksvarer til intensiv.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	+ 15,6	Inntekter gir positivt avvik pga høy aktivitet på AMG, IMM, MBK og MIK. Pr august er også inntektene for ARN oppjustert med ca 4,6 mnok, men ligger fremdeles bak på inntektsiden. Varekostnader med noe overforbruk knyttet avdelinger med høy aktivitet. Lønnskostnadene er reelt sett litt høyere pga endret prinsipp rundt avsetning variabel lønn som følge av UTA konvertering (ca 3 mnok). Periodiseringsproblematikk i juni tilsvarer ca 8 mnok i positivt avvik, den positive effekten vil bli redusert i løpet av året. Stort positivt avvik på internhandel som henger sammen med varekostnader. (PNA, stamcellehøsting, oppryddning i prosjekter og viderefakturering av blod).
Oslo sykehusservice	- 0,2	Akkumulert avvik knyttes seg i hovedsak til vesentlig høyere lønnskostnader enn budsjettet samtidig som klinikken har store mindrekostnader på energi.
Stab	+ 57,5	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, reduserte forsikringskostnader (kollektiv ulykke/ gruppeiv), tilbakebetaling 2011 fra Sykehuspartner innenfor HR mv. I tillegg kommer at IKT-området har overskudd som følge av forsinket gjennomføring av prosjekter mv.
Fellesposter mv	+ 189,0	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaerterslep, økte ISF-inntekter, reduserte finanskostnader, gevinst fra salg av eiendom og økte pensjonskostnader.
Samlet avvik	- 74,4	I samlet avvik inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer, inkl innleie

Indikator	2012				2012 hittil i år				2012 mot 2011				
	Sep	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	% -vis avvik	Δ sep til sep	% -vis endring	Δ des til sep	% -vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	% -vis endring
Brutto månedsværk	17 216	16 659	557	17 039	16 597	442	2,7 %	-359	-2,1 %	-14	-0,1 %	-377	-2,2 %
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	16 018	15 493	525	15 884	15 432	452	2,9 %	-430	-2,6 %	-73	-0,5 %	-449	-2,7 %
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 197	1 165	32	1 155	1 165	-10	-0,9 %	71	6,3 %	59	5,2 %	72	6,6 %
Innleie fra vikarbyrå (aug)	13	-	-	161	-	-	-	-36	-21,9 %	-100	-38,9 %	-17	-9,8 %
Månedsværk månedslønnede	15 743	-	-	15 777	-	-	-	-155	-1,0 %	-162	-1,0 %	-257	-1,6 %
Månedsværk variabelønnede	1 472	-	-	1 262	-	-	-	-204	-14,3 %	148	11,2 %	-120	-8,7 %
Netto månedsværk nasj. ind. (juli)	-	-	-	13 576	-	-	-	605	4,3 %	-3 345	-24,7 %	-168	-1,2 %
Sykefraværprosent (juli)	-	-	-	7,2	-	-	-	-1,6	-22,9 %	-2,1	-26,2 %	-0,1	-1,1 %

Indikator	2011			2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Des	Hittil i fjor (aug)	Endring	Sep	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ sep til sep	Δ des til sep	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsværk, ekskl. ekst.fin.	2 215	2 298	-83	2 182	2 203	-21	2 138	2 218	-80	-134	-33	-160
PHA	1 230	1 282	-52	1 200	1 107	93	1 201	1 116	85	-21	-31	-81
MED	2 032	2 045	-13	2 069	1 935	134	2 036	1 896	139	-46	37	-9
KKN	1 602	1 625	-23	1 589	1 597	-7	1 594	1 593	1	-21	-13	-31
KVB	2 119	2 147	-28	2 130	2 066	64	2 102	2 032	70	-35	11	-44
KKT	781	771	10	795	696	99	780	700	80	-1	15	8
HLK	2 249	2 242	6	2 200	2 191	9	2 235	2 175	60	-93	-48	-7
AKU	1 877	1 872	5	1 896	1 861	35	1 872	1 869	4	-4	18	0
KDI	1 757	1 801	-44	1 733	1 608	126	1 703	1 602	101	-66	-24	-98
OSS	227	246	-19	221	230	-8	220	229	-9	-9	-6	-26
STA	16 091	16 332	-241	16 018	15 493	525	15 884	15 432	452	-430	-73	-449
Oslo universitetssykehus												

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon)

4.3 Brutto månedsværk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

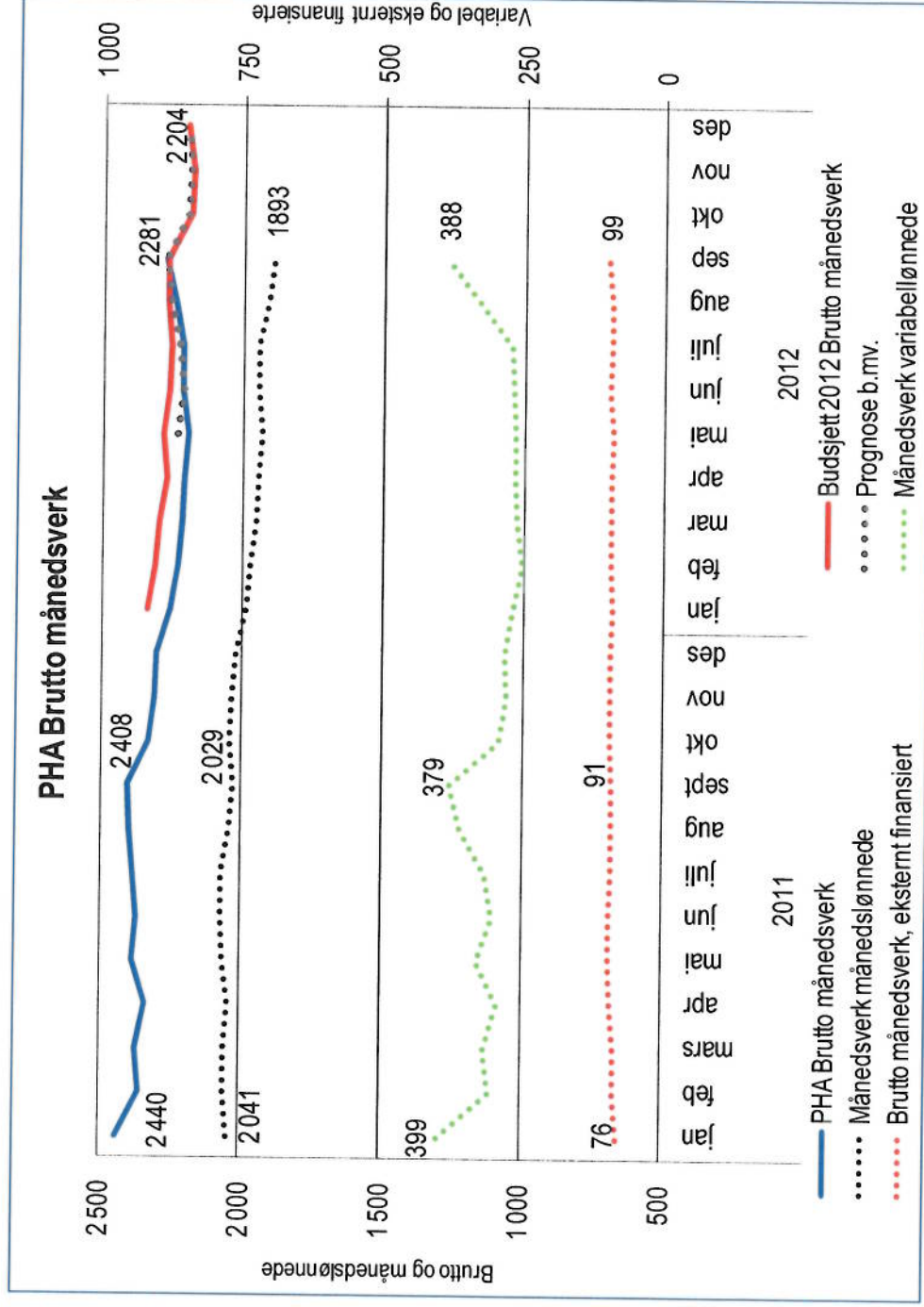
Klinikk	Stillingsgrupper	2012												Andel av klinikk brutto			Avvik fra budsjett														
		2010		2011		2012		2012 mot 2011 og 2010		Andel hele		Andring i andel		jan		feb		mar		apr		mai		juni		juli		aug		sep	
		Rel. nivå å jan- jun	des	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug	sep	Δ ref.nivå 2010 til sep	Δ des 2011 til sep	%-vis des 2011 til sep	Andel 2011	Andel 2012	Endring i andel	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug	sep				
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 723	2 691	2 689	2 677	2 686	2 682	2 676	2 675	2 683	2 687	-428	-36	-1,3%	17,0%	16,9%	-0,1%	41	20	25	36	36	21	-1	16	37				
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 449	1 395	1 378	1 407	1 382	1 390	1 394	1 468	1 525	1 513	-76	64	4,4%	9,3%	9,0%	-0,3%	241	251	280	277	257	280	335	366	339				
OUS	(3) Leger	2 271	2 169	2 193	2 191	2 205	2 216	2 212	2 218	2 241	2 239	2 277	6	109	5,0%	13,3%	14,0%	0,7%	-41	-55	-29	-19	-23	-27	-22	-13	31				
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 271	1 314	1 327	1 331	1 351	1 344	1 340	1 354	1 354	1 377	25	107	8,4%	7,9%	8,5%	0,6%													
OUS	(3b) LIS-leger	871	856	840	832	840	829	833	842	850	855	864	-7	8	1,0%	5,2%	5,3%	0,1%													
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	35	35	35	36	36	36	35	-13	-6	-14,8%	0,3%	0,2%	0,0%													
OUS	(4) Psykologer	342	237	228	228	224	225	220	227	224	218	214	-127	-23	-9,6%	1,5%	1,4%	-0,1%	-34	-34	-36	-33	-34	-28	-27	-29	-29				
OUS	(5) Sykepleier	5 772	5 514	5 379	5 372	5 399	5 375	5 376	5 344	5 423	5 362	5 328	-444	-186	-3,4%	34,0%	33,8%	-0,1%	144	100	162	147	146	85	95	65	48				
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelpetier	779	637	617	611	614	611	613	619	615	609	599	-180	-38	-6,0%	4,0%	3,9%	-0,1%	44	37	45	43	45	50	39	35	29				
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 273	1 290	1 261	1 265	1 249	1 250	1 263	1 259	1 303	1 289	1 277	4	-12	-1,0%	7,9%	8,0%	0,1%	47	32	41	48	63	71	112	78	77				
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-0	-0	-20,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 346	1 374	1 345	1 344	1 341	1 339	1 386	1 413	1 384	-163	-7	-0,5%	8,8%	8,6%	-0,2%	-102	-98	-90	-84	-77	-84	-52	-55	-73				
OUS	(10) Ambulanspersonell	408	448	439	435	451	452	467	455	462	446	444	37	-4	-0,9%	2,7%	2,8%	0,1%	5	-4	15	19	38	19	21	11	-2				
OUS	(11) Forskning	220	206	208	210	213	211	207	208	202	210	217	-3	11	5,3%	1,2%	1,3%	0,1%	-1	-8	-4	-8	-14	-16	-28	-16	-9				
OUS	(99) Ukjente	43	25	62	56	41	34	36	33	51	52	74	30	48	188,6%	0,3%	0,3%	0,0%	62	56	41	34	36	33	51	52	74				
SUM	Alle stillingsgrupper	17 361	16 091	15 819	15 811	15 828	15 786	15 808	15 773	16 051	16 048	16 016	-1 345	-76	-0,5%	100,0%	100,0%	0,0%	409	297	451	460	474	405	524	512	522				

Kategoriseringen i stillingsgrupper er endret i 2012 ihht. nasjonal definisjon (NPSS).

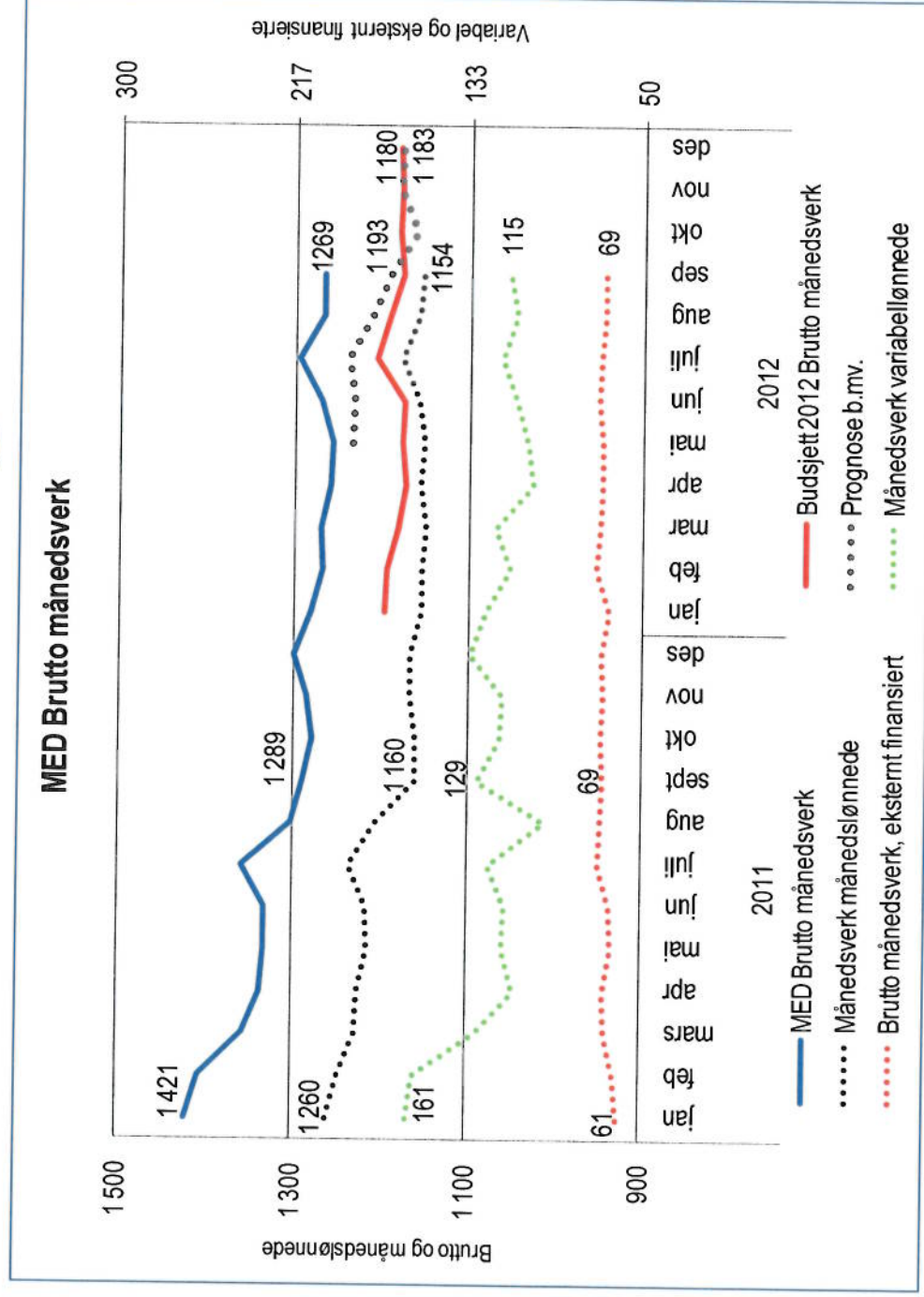
2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønnsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsværk for overleger.

Dette betyr at det er **ikke noen økning** i overlege bemanningen, hverken målt i ressursbruk/timer eller kostnader. Se styresaken med beskrivelse av utvikling overlegeårsværk, med justeringer av ref.nivå 2010 og forklaringsvariable (fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer og økt bruk av overtid).

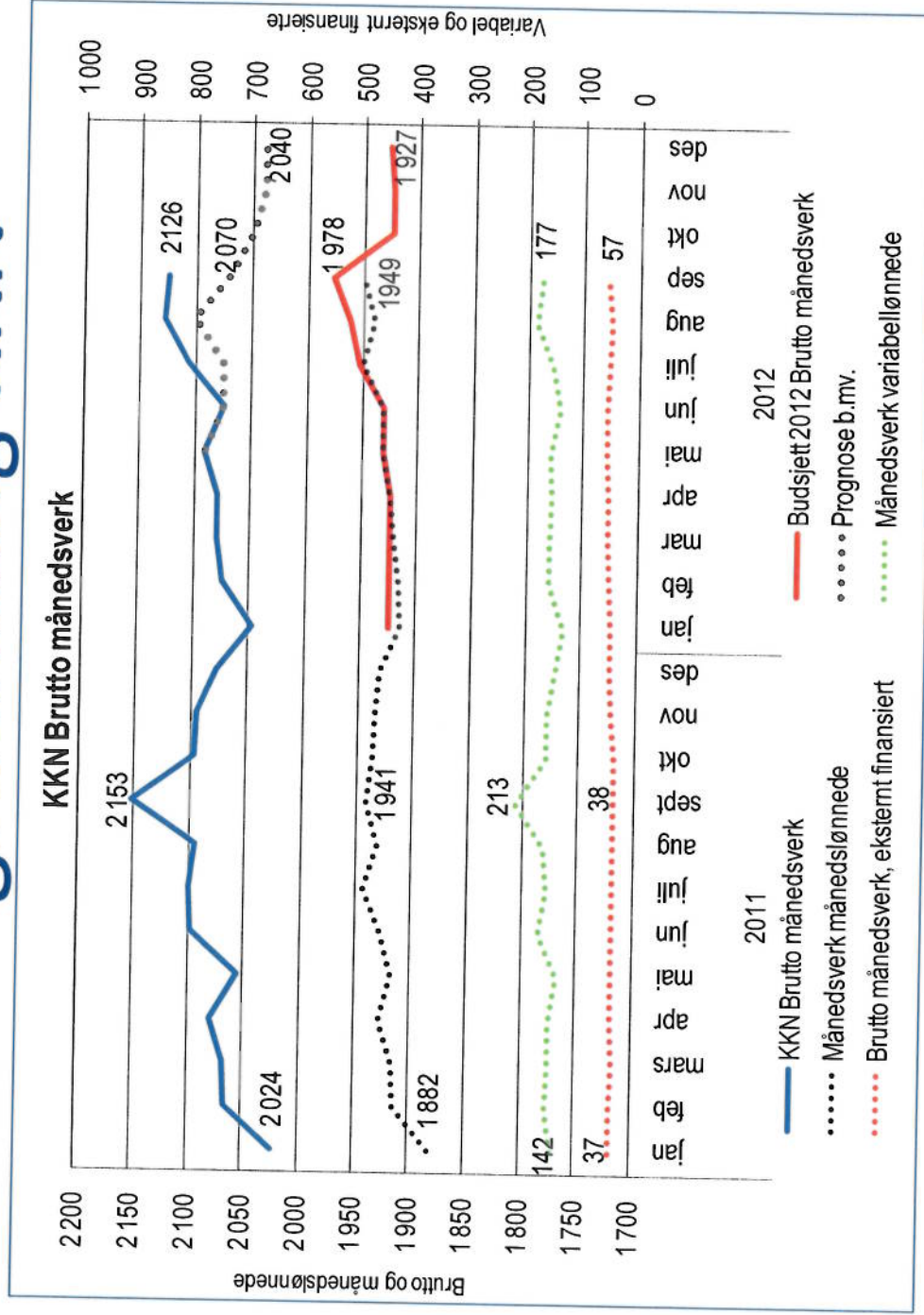
4.4 Bemanningutvikling PHA



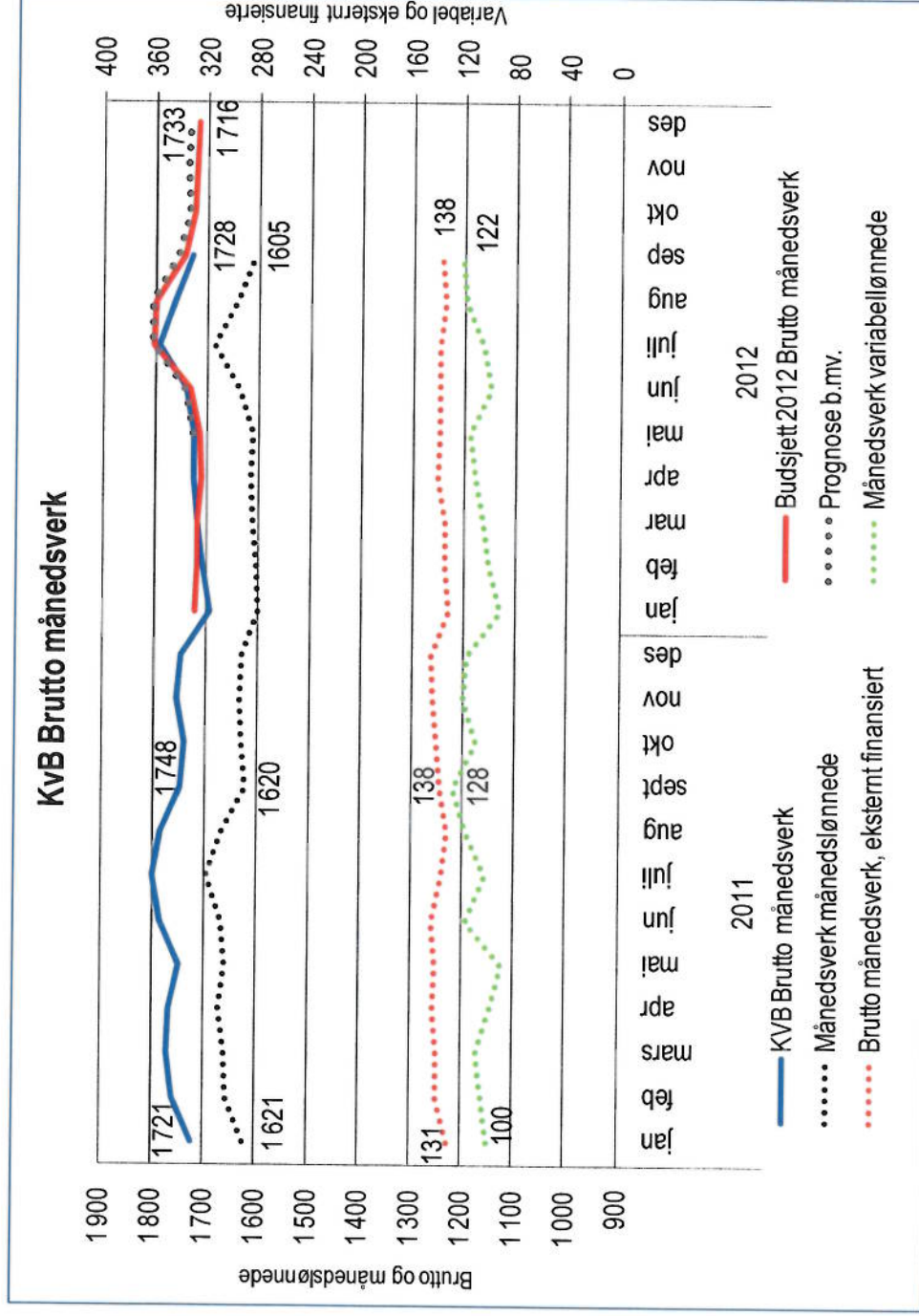
4.4 Bemanningutvikling Medisin



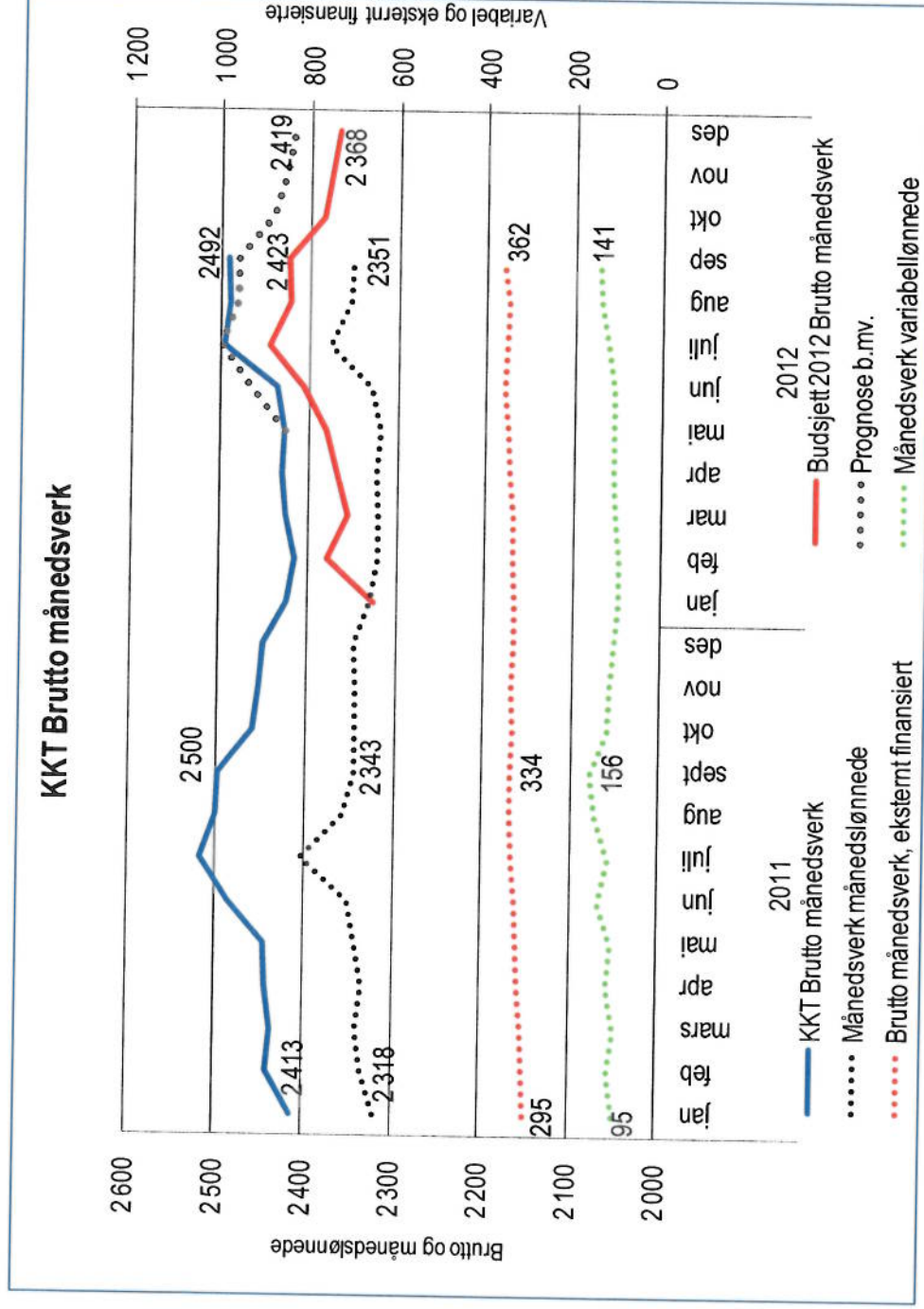
4.4 Bemanningutvikling KKN



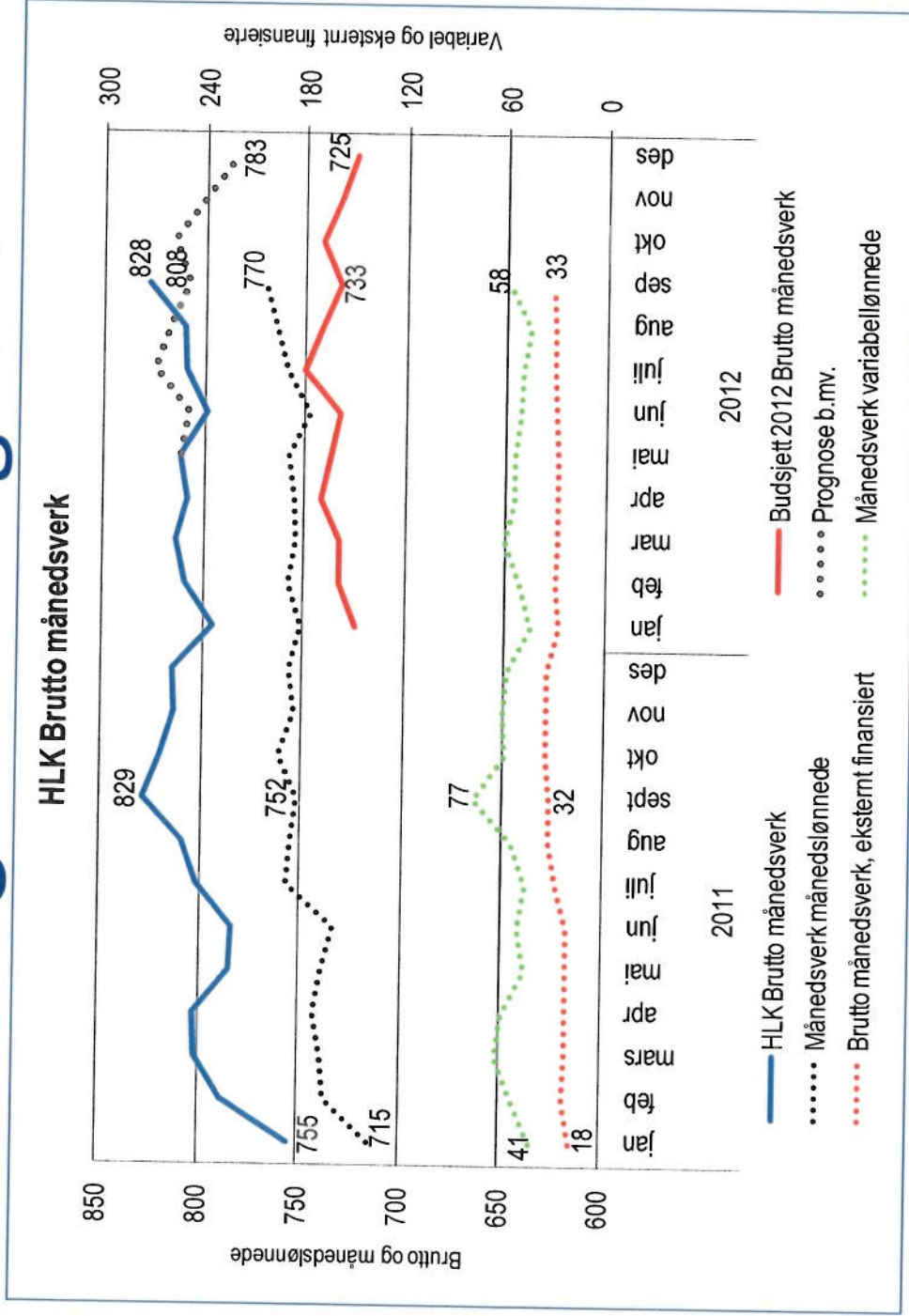
4.4 Bemanningutvikling KVB



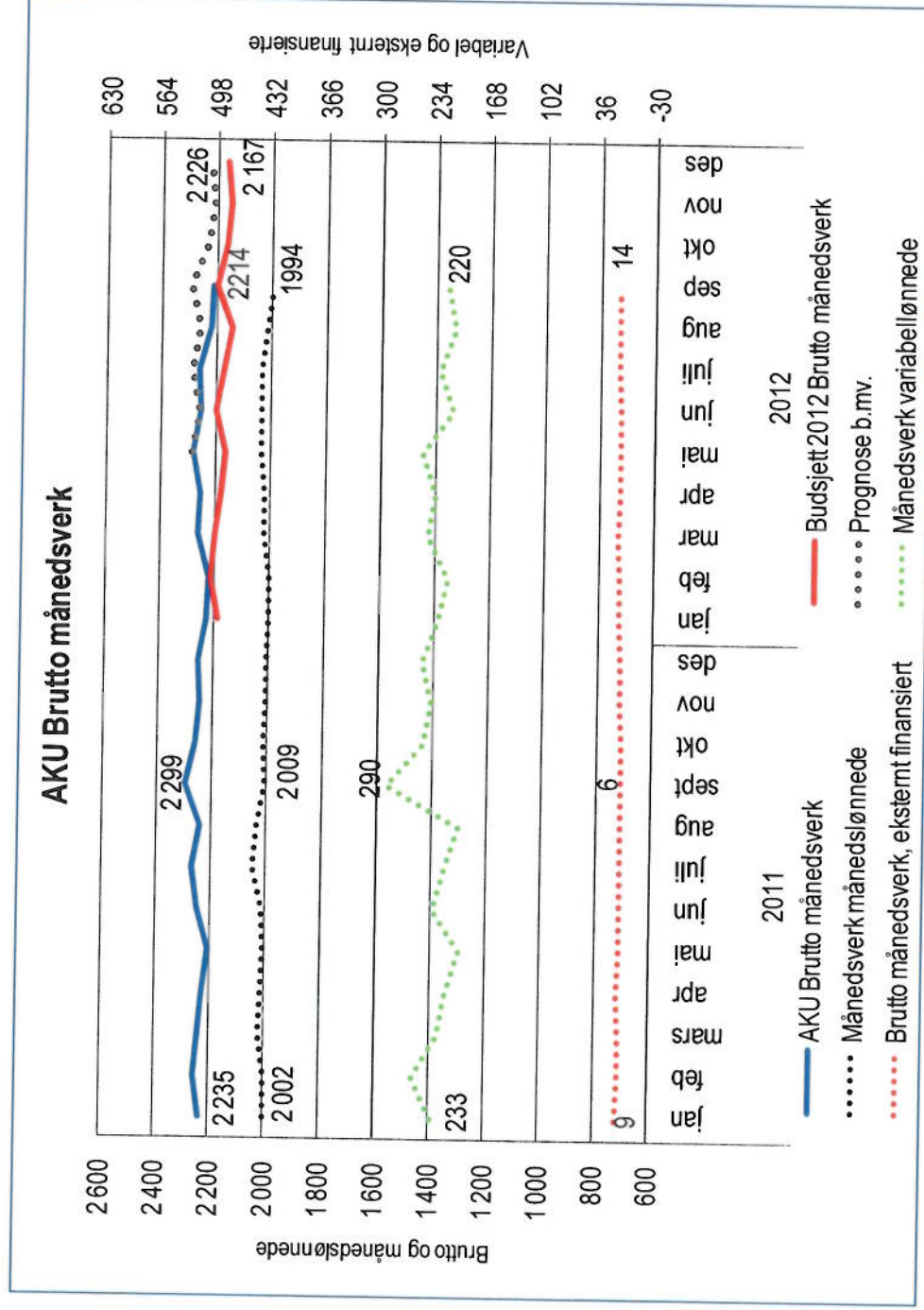
4.4 Bemanningutvikling KKT



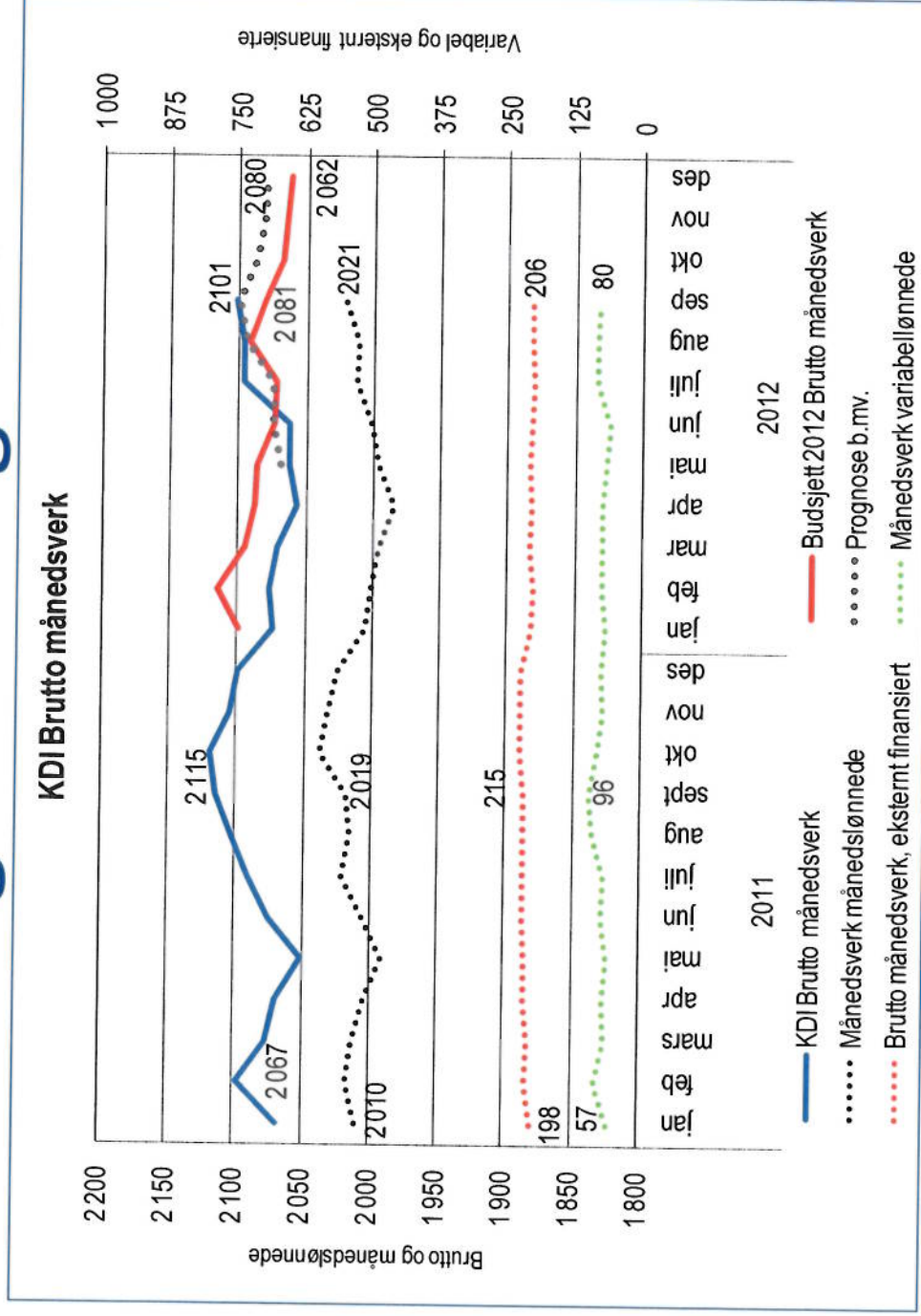
4.4 Bemanningutvikling HLK



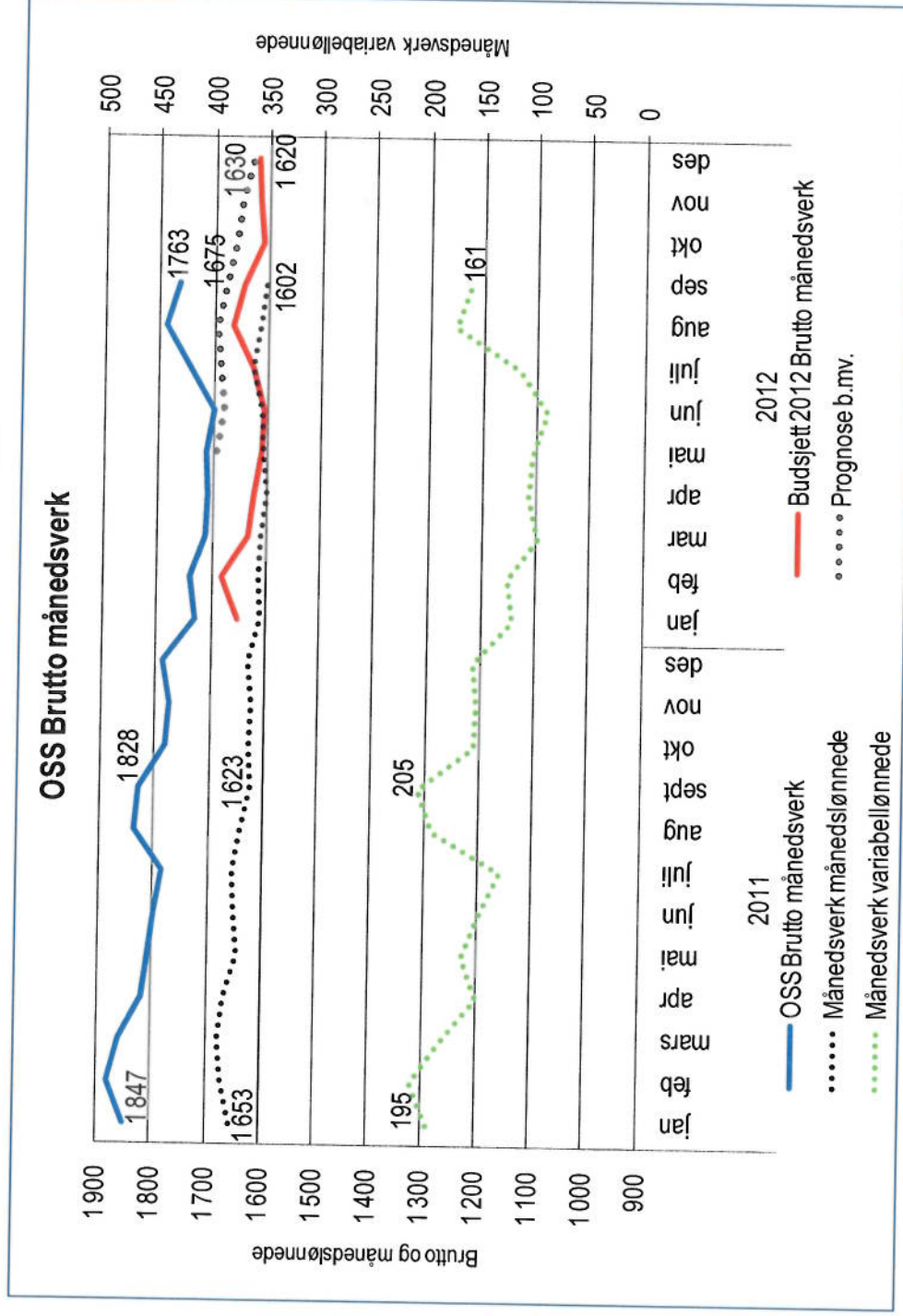
4.4 Bemanningutvikling Akuttlinikken



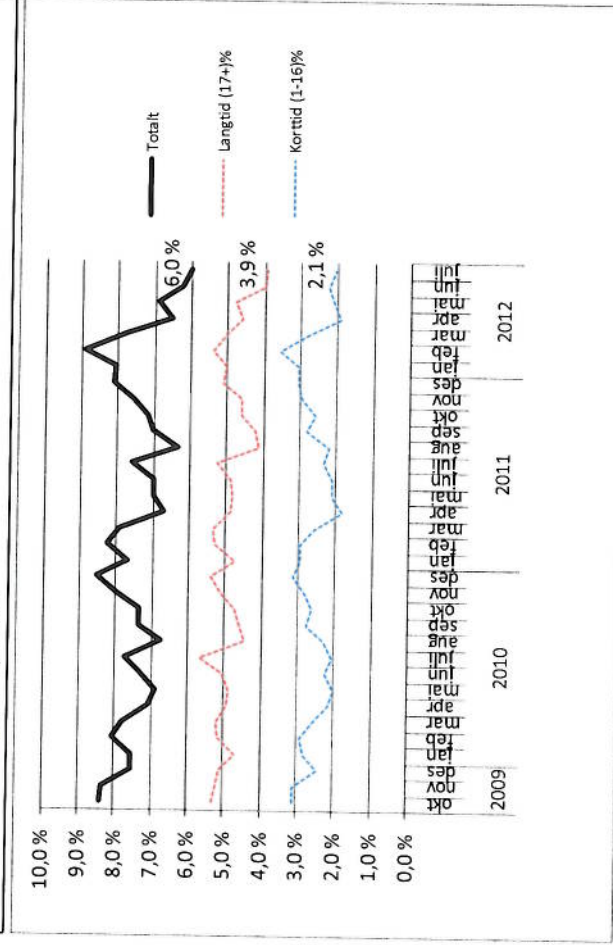
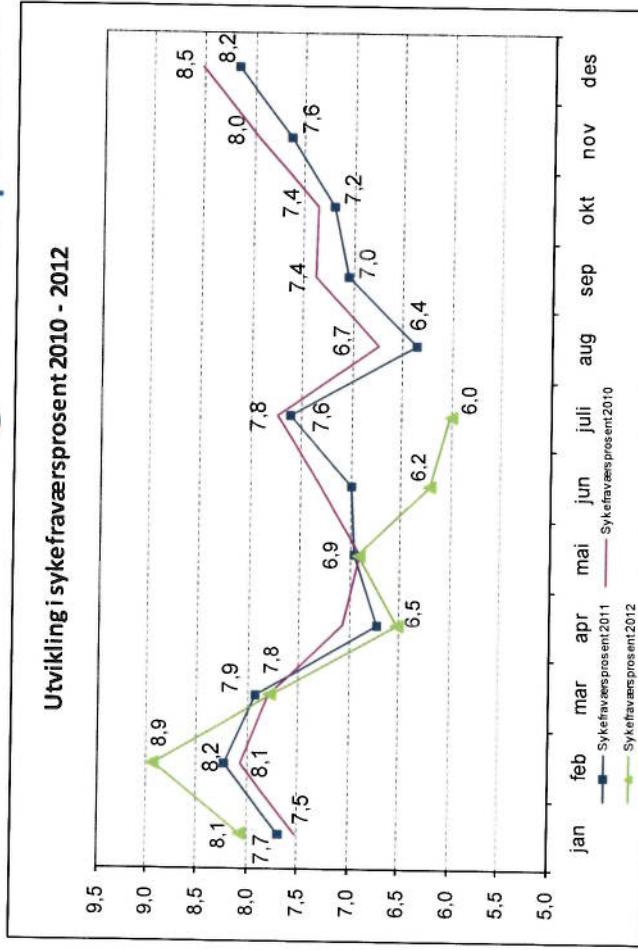
4.4 Bemanningutvikling KDI



4.4 Bemanningutvikling OSS



4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



Med forbehold om etterregistrering av sykefraværstall i sommermånedene.

4.6 Sykefravær per klinikk, per juni 2011-2012

Sykefraværs lengde per juli 2011	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
	PHA	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,4 %	4,0 %	
MED	1,1 %	1,3 %	2,4 %	1,5 %	3,0 %	4,6 %	6,9 %
KKN	1,1 %	1,1 %	2,2 %	1,3 %	4,2 %	5,6 %	7,8 %
KVB	0,9 %	1,2 %	2,2 %	1,4 %	4,1 %	5,5 %	7,7 %
KKT	0,9 %	1,0 %	1,8 %	1,2 %	2,7 %	3,9 %	5,7 %
HLK	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	4,2 %	5,5 %	8,1 %
AKU	1,0 %	0,9 %	1,9 %	0,6 %	2,6 %	3,2 %	5,1 %
KDI	1,5 %	2,1 %	3,6 %	1,6 %	4,4 %	6,0 %	9,5 %
KRG	0,5 %	0,7 %	1,2 %	0,8 %	2,0 %	2,8 %	4,0 %
OSS	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	1,2 %	1,2 %
STA	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,3 %	2,6 %	3,9 %	6,2 %
FPO	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
OUS	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,3 %	3,7 %	5,0 %	7,4 %

Sykefraværs lengde per juli 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
	PHA	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	4,0 %	
MED	1,1 %	1,1 %	2,3 %	1,2 %	2,9 %	4,2 %	6,5 %
KKN	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,5 %	3,2 %	4,6 %	7,0 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,1 %	1,6 %	4,1 %	5,7 %	7,8 %
KKT	1,0 %	1,1 %	2,1 %	1,4 %	3,1 %	4,5 %	6,5 %
HLK	1,3 %	1,4 %	2,7 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	7,1 %
AKU	1,3 %	0,6 %	1,9 %	0,4 %	2,1 %	2,6 %	4,4 %
KDI	1,6 %	2,3 %	3,9 %	1,9 %	4,1 %	6,0 %	9,9 %
KRG	0,4 %	0,6 %	0,9 %	0,6 %	2,8 %	3,4 %	4,3 %
OSS	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
STA	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,1 %	2,8 %	3,9 %	6,5 %
FPO	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,3 %	2,7 %	4,0 %	6,3 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	3,3 %	4,7 %	7,3 %

4.7 Definisjoner årsverksindikatorer

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

Se mottakertabell

Vår referanse:

12/00812-2

Saksbehandler:

Alice Beathe Andersgaard

Deres referanse:

Dato:

29.06.2012

Styring av aktivitet

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 7. juni 2012 viste Helse- og omsorgsdepartementet til at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ser ut til å virke etter intensjonen.

På bakgrunn av dette ba foretaksmøtet (se sak 6 i vedlagte foretaksmøteprotokoll) om at aktiviteten i sykehusene styres og tilpasses aktiviteten i kommunene og aktivitetsbestillingen i oppdragsdokumentet for 2012.

Helse Sør-Øst RHF ber om at helseforetakene styrer og tilpasser aktiviteten i tråd med dette.

Med vennlig hilsen

Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen

administrerende direktør



Alice Beathe

Andersgaard

fagdirektør

Vedlegg: foretaksmøteprotokoll, 7.6.2012

Mottaker	Adresse	Post	Kontaktperson
Helseforetakene i Helse Sør-Øst			
De fem private (ideelle - ikke kommersielle)			

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

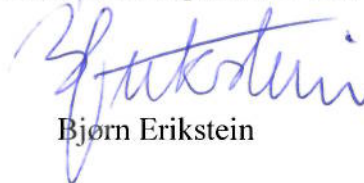
Vedlegg: Ingen

**SAK 60/2012 STATUS OMSTILLINGSPROSJEKTER FOR
SAMLOKALISERING**

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar status og redegjørelse for omstillingsprosjekter til orientering.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av en pacemakerstue i bygg 3 på Ullevål innenfor en ramme på 12,2 millioner kroner.*

Oslo, den 13. september 2012



Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Denne saken omhandler status for alle pågående omstillingsprosjekter for samlokalisering (omstillingsinvesteringer fase 1), oversikt over omstillingsprosjekter som allerede er gjennomført og oversikt over prosjekter som fortsatt er til utredning/gjennomgår virksomhetsavklaringer. Saken omfatter også en beskrivelse av finansieringskilder, samt en redegjørelse for dagens styrings- og gjennomføringsstruktur.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Flere av omstillingsprosjektene er omtalt i tidligere styresaker og etter gjeldende fullmaktsstruktur er alle delprosjekter med en samlet ramme på over 10 millioner kroner fremlagt styret for godkjenning. I statustabell over omstillingsprosjektene i denne saken fremkommer referanse til styresak for de enkelte delprosjektene.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at om lag en tredjedel av alle omstillingsprosjektene er gjennomført, ca. en tredjedel er under gjennomføring og resterende prosjekter er fortsatt i utredningsfasen. Samlet sett ligger gjennomføringen av prosjektene bak opprinnelig plan, men i henhold til revidert plan. Forsinkelser knyttet til opprinnelig plan skyldes dels at finansieringsavklaringer har kommet i to omganger, dels høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift og dels manglende virksomhetsavklaringer.

Kvalitetssikringen av de opprinnelige prosjektene og finansieringsavklaringer i to omganger har medført at alle prosjekter er revurdert og reprioritert i en helhetlig plan. I tillegg har det tilkommet nye prosjekter, blant annet samlokalisering av enheter innen psykisk helse og avhengighet og Helsearena Aker-prosjekter. En helhetlig plan sikrer at flere gjensidige avhengigheter og kvalitetssikring på tvers ivaretas samt at Arealutviklingsplan og andre overordnede planer hensyntas.

Det er administrerende direktørs vurdering at det holdes et høyt tempo på alle hovedlokalisasjoner for å sikre gjennomføring av de prosjektene som er vedtatt og avklart. De revurderte fremdriftsplanene overholdes og likeså budsjettestimaterne.

Administrerende direktør ønsker også å understreke at i mange av samlokaliseringsprosjektene tas det også hensyn til tilsynsavvik påpekt av Branntilsyn og Arbeidstilsyn. Dette øker kompleksiteten, men bedrer det totale resultatet.

Tillitsvalgte og verneombud er aktive medlemmer i strategisk koordineringsgruppe som er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene og er i tillegg involvert i de enkelte prosjektene.

Administrerende direktør vurderer dagens gjennomføringsstruktur som tilfredsstillende, men ser at ledelsen må vurdere å etablere en enda tettere styringsstruktur av prosjektene da disse i høy grad påvirker driften av virksomheten i Dette vil styret holdes orientert om.

Administrerende direktør ber videre om fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter pacemakerstue på Ullevål innenfor en ramme på 12,2 millioner kroner.

4. FAKTABESKRIVELSE

Finansiering av omstillingsinvesteringene

Oslo universitetssykehus HF har tidligere bedt om i alt 1500 millioner kroner til finansiering av prosjekter som raskt skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved foretaket. I Prop. 1 S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

"Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF er hovedsakelig knyttet til gjennomføring av første fase av samlokaliseringstiltak i forbindelse med omorganiseringene i hovedstadsområdet. Tiltakene er beregnet til om lag 1,5 mrd. 2012-kroner og får en samlet låneramme på 750 mill. 2012-kroner, som betales ut i perioden 2012–2013."

I tillegg til nevnte rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av egne eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

I investeringsbudsjettet for 2012 ble det budsjettetert med investeringer til samlokalisering på om lag 570 millioner kroner. Pådraget for 2012 er revurdert og estimatet for 2012 er nå redusert til om lag 500 millioner kroner. Dette representerer kun en begrenset forskyvning i tid for enkelte av investeringene og endrer ikke det samlede investeringsbehovet for samlokaliseringsprosjektene.

I estimatet for samlokaliseringsprosjektene for 2012 inngår også investeringer på 30 millioner kroner knyttet til Samhandlingsarena Aker. I revidert nasjonalbudsjett er finansieringen av Samhandlingsarena Aker omtalt:

"Oslo universitetssykehus HF er [...] i gang med utvikling av Aker som samhandlingsarena. For å sikre at nødvendige investeringer kan gjennomføres på Aker for å etablere gode samhandlingstiltak gis Helse Sør-Øst RHF anledning til å disponere til sammen inntil 75 mill. kroner i 2012 og i 2013 av den gitte lånerammen til investeringer på Aker. Dette påvirker ikke samlet låneramme for første fase av omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF, som fortsatt vil være 750 mill. kroner. Regjeringen vil komme tilbake på et senere tidspunkt med forslag til økt lånebevilgning."

Kort om beslutningsstruktur og gjennomføring av prosjekter

Omstillingstiltak er initiert med utgangspunkt i behov for samling av dublerede regionsfunksjoner og flytting av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker samt klinikkens behov for samlokaliseringer. Først gjennomføres virksomhetsavklaring og dette danner grunnlag for beslutning om igangsetting av forprosjekt. Forprosjektet skal både inneholde en virksomhetsbeskrivelse og i tillegg beskrive bygnings-, IKT-messige og tekniske forhold som grunnlag for en totalvurdering av omfanget. I et forprosjekt er både klinikken, verneombud, tillitsvalgte, sentral stab og Arealutviklingsenheten i Oslo sykehusservice representert. Etter dagens fullmaktsstruktur så er det administrerende direktør ved ledermøtet som beslutter igangsetting av forprosjekt. Før beslutning diskuteres forslagene i strategisk koordineringsgruppe. Dette er en rådgivende gruppe for administrerende direktør, ledet av viseadministrerende direktør

for medisin helsefag og utvikling. I tillegg består gruppen blant andre av økonomidirektør, direktør Oslo sykehuservice, forskningsdirektør, direktør pasientsikkerhet og kvalitet, representant for Universitetet, 3 hovedtillitsvalgte og hovedverneombud.

Alle delprosjektene inngår som del av en helhetlig plan slik at gjensidig avhengigheter ivaretas. I tillegg kvalitetssikres alle prosjekter når det gjelder tverrgående tjenester og det gjennomføres risikovurderinger. Videre vurderes alle delprosjekter opp mot Arealutviklingsplanen, vedlikeholdsplanen og andre overordnede planer.

Når forprosjektrapport foreligger fremlegges denne for strategisk koordineringsgruppe som kommer med anbefaling til administrerende direktør vedrørende evt gjennomføring med tilhørende fremdriftsplan og økonomisk ramme.

Administrerende direktør ved ledermøte fatter beslutning om gjennomføring. Når et delprosjekt er vedtatt gjennomført går bestilling om gjennomføring til Oslo sykehuservice med tildelt økonomisk ramme. Det er virksomhetsområdet Arealutvikling som både har ansvaret for å gjennomføre delprosjektene og rapportere om status vedr økonomi og fremdrift for hvert av dem. I statusstabell over omstillingsprosjektene i denne saken fremkommer referanse til beslutningsstatus for hvert av delprosjektene. Tilbakemelding om evt avvik eller behov for tilleggsmidler, skal løftes tilbake til ledelsen for beslutning.

Samtlige av omstillingsprosjektene håndteres i samme beslutningsstruktur i Oslo universitetssykehus HF for å sikre helhetlig koordinering og kontroll over fremdrift og at bruk av midler holdes innen de avtalte rammer. Prosjektstruktur og rapportering følger også retningslinjer, metodikk og fullmaktsstrukturer fra Helse Sør-Øst RHF.

Styringsstrukturen er under revurdering i forhold til oppfølging av prosjektene.

Status omstillingsprosjekter fase I

Per 1. september er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 mrd kroner. Delprosjektene knytter seg til samlokalisering av virksomhet innen eksisterende bygningsmasse i tillegg til nytt akuttbygg på Ullevål. Det er også satt i gang en rekke utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått endelige kostnadsramme, men som alle vil holde seg innenfor en samlet ramme på 1,5 milliarder kroner. Helsearena Aker- delprosjekter (Oslo universitetssykehus HF sin egen virksomhet) inngår som en del av totalporteføljen. I tillegg omhandler totalporteføljen Samhandlingsarena Aker- delprosjekter som gjelder tiltak for tilretteleggelse for virksomhet i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og andre aktører. Samhandlingsarena Aker-prosjektene trekker foreløpig på den samme totale rammen som de øvrige samlokaliseringstiltakene.

Omstillingsprosjektene er delt inn i ulike grupper og puljer. I første omgang ble det igangsatt delprosjekter for om lag 750 millioner kroner og alle inngikk i en portefølje kalt OUS-arealtiltak (også omtalt som OUS Dag 4-tiltak). I det en finansieringsramme på totalt 1,5 milliarder kroner var sikret ble alle delprosjekter som ikke var igangsatt kvalitetssikret, revurdert og reprioritert i en helhetlig plan sammen med nye behov som var tilkommet. De nye behovene som var identifisert knyttet seg blant annet til samlokalisering av enheter innen psykisk helse og avhengighet og Helsearena Aker-prosjekter, da dette ikke var en del av de opprinnelige OUS-arealtiltakene. I tillegg ble det identifisert en del utstyrsavhengigheter som ikke var ivaretatt i opprinnelig plan.

Samlingen av alle delprosjekter i en helhetlig plan sikrer at flere gjensidige avhengigheter og kvalitetssikring på tvers ivaretas samt at Arealutviklingsplan og andre overordnede planer hensyntas.

Det er deretter suksessivt igangsatt puljer av delprosjekter ettersom kvalitetssikring og virksomhetsavklaringer er foretatt.

I statustabeller over omstillingsprosjektene i denne saken er delprosjektene inndelt etter hvilken fase prosjektet befinner seg i.

En tabell viser gjennomførte delprosjekter, en tabell viser delprosjekter under gjennomføring og en tabell viser delprosjekter hvor forprosjektutredning er igangsatt.

I tillegg pågår det virksomhetsavklaringer for bl.a følgende fagområder:

- Karkirurgi – beslutning om videreføring til forprosjekt er tatt, men forprosjekt er ennå ikke påstartet
- Urologi
- Endokrinologi
- Endokrinkirurgi
- Barnemedisin

Siden siste rapportering til styret er det ferdigstilt forprosjektrapport for et nytt prosjekt. Dette gjelder etablering av en stue for økt stuekapasitet knyttet til hjertemedisinske prosedyrer (innleggelse av ICD og pacemakere) ved Ullevål. Behovet for denne er en konsekvens av allerede overført hjertevirksomhet fra Aker til Ullevål. Investeringsbehovet er anslått til 12,2 millioner kroner og ansvaret for gjennomføringen vil legges til Oslo Sykehusservice. Saken er ledermøtebehandlet med anbefaling om gjennomføring og administrerende direktør ber i denne saken om fullmakt til å igangsette delprosjektet.

Gjennomførte delprosjekter;

Navn	Bakgrunn	Bygg / sted	Referanse	Vedtatt budsjett (hele MNOK)
DP03- MR RH	Økt MR-kapasitet ved RH som følge av samlokaliseringer	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	43
DP04- CT RH	Økt CT-kapasitet ved RH som følge av samlokaliseringer	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	22
DP08-CT DNR	Økt MR-kapasitet ved Radiumhospitalet som følge av samlokaliseringer	Radiumhosp.	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	10
DP09- Flytting kontorbrakker	Flytting av kontorbrakker – klargjøring for nytt Akuttbygg	Ullevål	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	2
DP12- Generell gynekologi	Samlokalisering av generell gynekologi ved Ullevål	Ullevål	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	2
DP16-Vaskulær nevrokirurgi	Samling av vaskulær nevrokirurgi ved RH	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	1
DP18- Kardiologi og onkologi barn	Samlokalisering av barnekardiologi og barneonkologi ved RH	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	7
DP 19- Flytting administrasjon	Administrative samlokaliseringer	RH m.fl	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	0
DP 21- Hematologi	Samlokalisering av hematologi ved RH	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	16
DP29- Plastikk-kirurgi	Samlokalisering av plastikk-kirurgi ved RH	RH	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	13
OP1- 8 etg Radiumhospitalet	Oppgradering og etablering av spesialrom ifm funksjonsfordeling av pasientgrupper mellom Radiumhospitalet og Ullevål	Radiumhosp.	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	17
OP2-Automatisering lab KDI	Lab.automatisering ved Ullevål – understøttelse av flyttinger		OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	17
OP3- IKT basisplattform	Etablering av felles basisplattform for OUS		OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	14
OP4-Kjøkken – Ullevål	Kjøkkenutbedringer Ullevål – understøttelse av flyttinger	Ullevål	OUS arealtiltak , Styresak 143/2011	10
DP55- Flytting av nevrologi	Flytting av nevrologi internt på Ullevål – tilrettelegging for samlokalisering av ortopedi	Ullevål	Pulje I tiltak; Ledermøtesak 56/2012	1
DP56- Ortopedi og gastrokirurgi bygg 7	Samlokalisering av ortopedi og gastrokirurgi på Ullevål	Ullevål	Pulje I tiltak; Vedtatt i styresak 5/2012	26
DP59- Kapasitetøkning radiologi	Økt behov for radiologisk kapasitet ved Ullevål som følge av samlokaliseringer	Ullevål	Pulje I tiltak; Ledermøtesak 29/2012	2

IKT Ris/PACS – konsolidering Aker og Ullevål	Konsolidering av Ris/PACS-løsning ved Ullevål og Aker for understøttelse av flyttinger	Ullevål / Aker	Pulje I tiltak; Leder møtesak 455/2012	3
Garderobeløsning Ullevål	Utvidet garderobekapasitet ved Ullevål – understøttelse av flyttinger	Ullevål	Pulje I tiltak; Leder møtesak 238/2012	1
Kapasitetsøkning Intensiv 3	Oppgradering og kapasitetsøkning ved Intensiv 3 – understøttelse av flyttinger	Ullevål	Pulje II tiltak, Vedtatt i styresak 26/2012	11

Pågående delprosjekter (delprosjekter der det foreligger forprosjekt og som nå er under gjennomføring):

Navn	Bakgrunn	Sted	Referanse	Budsjett i hele MNOK	Forventet ferdigstillelse
DP05- Nytt akutbygg	Understøttelse av overflytting av akutt- og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål	Ullevål	OUS arealtiltak, styresak 113/2011	380	Våren 2014
DP07- Postoperativ/ intensiv	Kapasitetsøkning av postoperativ og intensiv ved RH – understøttelse av flyttinger	RH	OUS arealtiltak, styresak 143/2011	19	Sept 2013
DP15- Diagnostikk og intervensjon	Samlokalisering av laboratoriediagnostikk inkl etablering av felles eksternt prøvemottak ved Ullevål	RH og Ullevål	OUS arealtiltak, styresak 16/2012	50	Påske 2013
DP24- Gynekologisk onkologi	Samlokalisering av gynekologisk onkologi ved Radiumhospitalet	Radiumhosp.	OUS arealtiltak, styresak 143/2011	37	Tidlig 2013
DP31- UPS	UPS (avbruddsfri strømforsyning) ved Rikshospitalet som følge av økt belastning knyttet til flyttinger	RH	OUS arealtiltak, styresak 143/2011	11	Våren 2013
DP32- Adgangskontroll	Kapasitetsøkning adgangskontrollsystem ved RH – understøttelse av flyttinger	RH	OUS arealtiltak, styresak 143/2011	3	Våren 2012
DP33-Infrastruktur (teknisk)	Infrastrukturtiltak ved RH knyttet til kjøling, trafo, gass og varme som følge av økt belastning knyttet til flyttinger	RH	OUS arealtiltak, styresak 143/2011	5	Utgangen av 2013
DP50- Samlokalisering barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	Samlokalisering av barne- og ungdomspsykiatri til Sognsvannsveien	Sognsvannsveien	Pulje I, ledermøtesak 238/12	7	Oktober 2012
DP53- Indremedisin bygg 3 (Størstedelen er gjennomført)	Samlokalisering av indremedisinsk døgnvirksomhet ved Ullevål (Det gjenstår kapasitetsøkning av prøvetakingsarealer).	Ullevål	Pulje I, vedtatt i styresak 5/2012	30	Februar / mars 2013
DP57- MR til Radiumhospitalet	Økt MR-kapasitet ved Radiumhospitalet som følge av samlokaliseringer	Radiumhosp.	Pulje I, ledermøtesak 455/2012 og fullmakt i styresak 43/2012	25	April 2013
Utstyr knyttet til gastrokirurgi	Utstyr knyttet til samlokalisering av gastrokirurgisk døgnvirksomhet ved Ullevål	Ullevål	Pulje I, ledermøtesak 238/2012	0,5	Høsten 2012
DP(01)/ 62 Etablering av 2	Etablering av 2 operasjonsstuer på RH for understøttelse av samlokalisering av	RH	Pulje II; vedtatt i styresak 43/2012	49	Forsommer 2013

operasjonsstuer	regionsfunksjoner				
DP 76 – SA6- Etablering av kommunal legevakt Oslo kommune	Samhandlingsarena Aker-tiltak, etablering av kommunal allmennlegevaktsbase ved Aker	Aker	Samhandlingsarena Aker tiltak, ledermøtesak 267/12 og fullmakt i styresak 43/2012	14	Oktober 2012
DP78 - Etablering av poliklinikk Sunnaas	Samhandlingsarena Aker-tiltak, etablering av poliklinikkarealer for Sunnaas ved Aker	Aker	Samhandlingsarena Aker tiltak, ledermøtesak 280/12	1	November 2013
DP72- Etablering av dagkirurgisk senter	Helsearena Aker-tiltak, etablering av dagkirurgisk senter ved Aker	Aker	Helsearena Aker, ledermøtesak 267/2012	0,3	

For følgende delprosjekt foreligger det ferdig forprosjektrapport og det bes i denne styresak om fullmakt til igangsetting av delprosjektet;

DP54- Pacemakerstue	Økt stuekapasitet for hjertemedisinske prosedyrer ved Ullevål – understøttelse av flyttinger	Ullevål	Pulje I, ledermøtesak 298/2012, fremlegges styret i denne saken	12,2	Våren 2013
---------------------	--	---------	---	------	------------

Delprosjekter som er vedtatt utredet, men der det ikke foreligger godkjente forprosjekt er;

Navn	Bakgrunn	Bygg / sted	Referanse
DP 58- Gjennomlysningslab. for gastromedisin	Økt gjennomlysningskapasitet for gastromedisinske prosedyrer ved Ullevål – understøttelse av flyttinger	Ullevål	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 455/2012
DP51 - Samlokalisering av Rusavhengighet langtid	Samlokalisering av langtidsbehandling rusavhengighet	Ullevål	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 455/2012
DP 52- Alderspsyk pol	Samlokalisering av alderspsykiatri	Ullevål	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 455/2012
DP 37- Kapasitetsøkning PO1 Rikshospitalet (utvidelse DP 07)	Postoperativ kapasitetsøkning ved RH – understøttelse av flyttinger	RH	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
DP64- Samlokalisering fostermedisin og reproduksjon Rikshospitalet	Samlokalisering av fostermedisin og reproduksjon ved RH med etablering av "fast-track" IVF ved Ullevål	RH	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
DP 65- Samlokalisering av smertebehandling Ullevål	Samlokalisering av smertebehandling ved Ullevål	Ullevål	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
DP66- Samlokalisering spiseforstyrrelsespoliklinikk og RASP Ullevål	Samlokalisering av spiseforstyrrelsespoliklinikk og RASP ved Ullevål	Ullevål	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
DP67/ (DP23)Etablering brystsen-ter Radiumhospitalet - forprosjekt 2 operasjonsstuer	Økt operasjonskapasitet ved Radiumhospitalet som ledd i planer for etablering av brystsen-ter ved Radiumhospitalet	Radium	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
Forskning og undervisning: egne samlokaliseringsbehov og følgebehov flyttinger	Egne samlokaliseringsbehov og økt kapasitetsbehov knyttet til forskning og undervisning som følge av flyttinger	Alle	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
Helsearena Aker			
DP 70 – A4 Samlokalisering DPS nord til Aker	Samlokalisering av DPS nord (flere lokalisasjoner per i dag) til Aker	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012
DP 69 A1 og A2 Flytte rehabilitering døgn, dag og poliklinikk Aker syd til Aker nord	Flytting av døgn-, dag- og poliklinikkvirksomhet fra Aker syd til Aker nord som ledd i frigjøring av	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 214/2012

(store deler gjennomført)	Aker syd til evt omregulering		
DP 71- A5 Mammascreening	Etablering av mammascreening på Aker (flytting fra sentrum)	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 238/2012
Samhandlingsarena Aker prosjekter			
DP 77 – SA1 Ressurscenter Kontorer i bygg 6	Flytting av ressurscenter til Aker	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 238/2012
DP79 – SA 3 Arealer for fellesfunksjoner	Arealer for fellesfunksjoner	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 238/2012
DP 81- SA4 Kommunal rehabilitering	Etablering av kommunal rehabilitering ved Aker	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 238/2012
DP 80- SA5 Treningsarealer til spesialisert rehabilitering	Etablering av treningsarealer knyttet til rehabilitering ved Aker	Aker	Forprosjektutredning vedtatt i ledermøtesak 238/2012

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

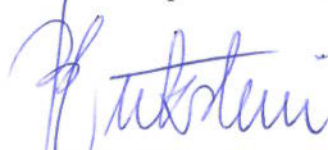
- I. Forslag til Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF 2013-2016.
- II. Tabellvedlegg
- III. Drøftingsprotokoll

SAK 61/2012: ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for Oslo universitetssykehus HF og ber administrerende direktør legge denne til grunn for videre planlegging av drift og investeringer i Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret ber administrerende direktør legge til grunn et null-resultat som økonomisk styringsmål for 2013.

Oslo den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Etter styrebehandling av Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF den 14. mai og 20. juni er planen behandlet i Helse Sør-Øst RHF sitt styre den 21. juni. Vedtakspunktene er gjengitt i denne saken.

Hovedinnhold i denne styresaken er endelig forslag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 for Oslo universitetssykehus HF (vedlegg 1). Den vedlagte versjonen er oppdatert med den informasjon som nå foreligger og endringene blir gjennomgått i saken. De viktigste er:

- endret fremdrift i omstillingsinvesteringene (Fase1-3)
- nytt IKT-budsjett etter avgjørelse om forprosjekt for felles PAS/EPJ (DIPS) implementering
- nye inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF
- mer detaljert beskrivelse av arbeidet med innsatsområder for kostnadsreduksjoner

2. TIDLIGERE VEDTAK

Styret behandlet 14. mai sak 027/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016 med følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret tar forslag til bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering og ber under henvisning til de merknader som fremkom i møtet, administrerende direktør oversende det til Helse Sør-Øst RHF.*
2. *Styret legger til grunn at videre prosess med langtidsplan 2013-2016 gjennomføres i overensstemmelse med de tolv prinsippene for medvirking i omstilling som er vedtatt i Helse Sør-Øst.*
3. *Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016 og resultatmål for 2013 for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet 20. september.*

Styret behandlet 20. juni sak 45/2012 Budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan 2013-2016 med følgende enstemmige vedtak:

Styret tar saken til orientering

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 21. juni 2012 styresak 044/2012 økonomisk langtidsplan 2013-2016 (2026) med følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret understreker at gjennomføringen av den vedtatte plan for strategisk utvikling, herunder omstillingsprogrammet (sak 108-2008) fortsatt vil være hovedfokus i den kommende økonomiske langtidsplanperioden 2013-2016. En vellykket gjennomføring av pågående omstillinger er avgjørende for at plan for strategisk utvikling nås og for foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Overordnet målsetning er de nasjonale kvalitetsmålene. Tjenestene skal være;*
 - *Virkningsfulle (fører til helsegevinst)*

- Trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Tilgjengelig og rettferdig fordelt

Økonomisk langtidsplan utgjør en overordnet konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategi og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser.

2. Følgende mål videreføres i perioden

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

3. Økonomisk langtidsplan 2013-2016 tas til etterretning. Foretaksgruppens samlede resultatmål for perioden anses som krevende å realisere, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig handlingsrom for investeringer. De nødvendige omstillinger av driften vil kreve økt og kontinuerlig ledelsesmessig fokus på kostnadstilpasning. Sentrale elementer vil være riktig bemanningsnivå og – sammensetning, at foretakene ivaretar behov for rett kompetanse, og god kapasitetsutnyttelse på utstyr. Kostnadseffektive driftsløsninger må realiseres med særlig vekt på å ta ut økonomiske gevinster som følge av etablering av standardiserte løsninger innen pasientforløp, teknologi og innkjøp.

4. Det forutsettes at pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen ivaretas. Sentralt for å nå målene om reduksjon av ventetider og fravær av fristbrudd vil være forbedringer i det pasientadministrative arbeidet.

5. Det forutsettes at alt omstillingsarbeid for å nå de oppsatte resultatmålene skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn i dette samarbeidet, og denne dialogen. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for dialogen med brukerne og deres organisasjoner.

6. For å sikre kontinuitet i tjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet, skal hovedregelen i Helse Sør- Øst være hele stillinger, i samsvar med nasjonale mål. Utviklingen på dette området vil bli fulgt nøye opp.

7. Styret slutter seg til de aktivitets- og inntektsforutsetningene som er forutsatt for 2013. Disse forutsetningene legges til grunn for det videre arbeidet mot budsjett 2013.

8. Realisering av resultatmålene for 2013 minst på nivå med det som er meldt inn fra helseforetakene er en forutsetning for å sikre et økonomisk handlingsrom og legge til rette for nødvendige investeringer i helseforetakene. De resultatkrav som settes fra det regionale helseforetaket i Oppdrag- og bestillerdokument for 2013 skal gjenspeile dette.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

På bakgrunn av styrets vedtak 14. mai legger administrerende direktør fram sitt endelige forslag til økonomisk langtidsplan for perioden 2013-2016. Forutsatt styrets tilslutning vil denne planen ligge til grunn for arbeidet i foretaket i planperioden. Planen er imidlertid rullerende slik at en oppdatert plan (2014-2017) vil bli lagt fram for styret i 2013.

Formålet med den økonomiske langtidsplanen er å bidra til en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF og dermed sette foretaket i stand til å løse de faglige oppgavene som er pålagt.

Den økonomiske langtidsplanen viser behov for omfattende investeringer i bygninger, medisinsk-teknisk utstyr og IKT i de kommende årene. Dette er nødvendig for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet, gi god og fremtidsrettet pasientbehandling, ha en ledende rolle i medisinsk utvikling, møte lovkrav og andre myndighetspålegg, sikre foretakets framtidige mulighet for å levere tjenester og være et attraktivt sykehus for pasientene og for å sikre de ansatte gode og trygge arbeidsvilkår. For å kunne finansiere dette er det nødvendig med store endringer i driften av foretaket. Produktiviteten må forbedres betydelig ved at ressursbruken per pasientbehandling reduseres. Samtidig er det et mål at kvaliteten i pasientbehandlingen skal forbedres og pasientsikkerheten ivaretas.

Samlet innebærer gjennomføring av den økonomiske langtidsplanen svært store omstillinger for Oslo universitetssykehus HF i årene framover. I dette ligger det også en betydelig gjennomføringsrisiko.

På bakgrunn av vedtaket i styret i Helse Sør-Øst RHF 21. juni foreslår administrerende direktør at det settes et null-resultat som økonomisk styringsmål for 2013. Behovet for investeringer i MTU med videre tilsier isolert sett høyere ambisjoner, men dette vurderes ikke som realistisk å kunne få til.

FAKTABESKRIVELSE

Endrede forutsetninger etter styrebehandling 14. mai og 20. juni.

a. Økonomiske rammetildelinger og aktivitetsmål satt av eier

Inntektsrammer

Per 2. juli mottok Oslo universitetssykehus oppdaterte (foreløpige) rammer for 2013. Disse rammene er lagt til grunn i denne styresaken. Oppdateringen innebærer følgende endringer:

- Finansiering av økte pensjonskostnader med 320 mill kroner. Tildelingen dekker ikke fullt ut den beregnede kostnadsøkning. Underdekning fra 2012 budsjett til 2013 budsjett er beregnet til 25 mill kroner.
- Innføring av gjestepasientoppgjør for flerområdefunksjonen stråleterapi. Inntektsrammen er redusert med 51 mill kroner. (Vår beregning tilsier at rammen skulle vært redusert med 30 mill kroner. Det pågår en diskusjon mellom Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF om disse beregningene.)
- Økt tildeling på 1 mill kroner til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (inntektsmodell).
- Justering av andre statlige tilskudd med 1 mill kroner.

Endelig inntektsramme vil ikke foreligge før 8. november med forutsetning om endelig styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF den 22. november. Usikkerheter ved inntektsrammene for 2013 er beskrevet i styresak 62/2012 Budsjett 2013. Det er ikke tilkommet ny informasjon om endringer i inntektsgrunnlaget som følge av det videre arbeid med enkelte komponenter i inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF.

Aktivitetsmål

Etter samtaler med Helse Sør-Øst RHF ble det for planperioden satt et vekstmål innen somatikk på 0,9 pst. i vekst i DRG-poeng i 2013. Status for aktivitet per august 2012 er en meraktivitet på 2,4 pst. Det vil i forbindelse med budsjett 2013 bli gjennomført en ytterligere vurdering av aktivitetsmålet for Oslo universitetssykehus. For 2013-2016 er det lagt til grunn en årlig vekst på 0,9 pst. fra budsjett 2012.

B. Endringer i investeringsbehov for OUS HF 2013-2016 (26)

Det er ikke tilkommet ny informasjon som medfører en endring i de totale planene for omstillingsinvesteringer i Fase 1-3 på totalt 17 milliarder. Det er imidlertid gjort en ny vurdering av anslått fremdrift i prosjektene. Revurderingen har i hovedsak medført en betydelig forskyvning av prosjektene i Fase 2. Flere av prosjektene er forskjøvet med ett år. Dette vil medføre et noe lavere kapitalbehov i perioden 2013 til 2017.

I arealutviklingsplanen forutsatte man umiddelbar iverksetting av idefaser for flere prosjekter. I praksis har det vært nødvendig å sikre tilstrekkelig tid til å harmonisere arealutvikling med foretakets fag- og virksomhetsstrategi og med andre pågående prosjekter som bl.a Storbylegevakten. I tillegg gjennomføres det forberedende prosesser som blant annet omfatter en gjennomgang av den totale infrastruktur i de tekniske bygg (IKT og varme) hvor nytt klinikkbygg er planlagt på Ullevål. I sum innebærer dette nærmere ett års ekstra planleggingstid.

I tabellen under fremkommer akkumulert endring i periodisering av investeringer i Fases 1-2 fra 2012-2016.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Forskyvning i investeringsnivå	-145	-532	-857	-1 151	-1 187	-1 451	-1 120	-917	-9

Som det fremkommer av tabellen er det lagt inn en forskyvning i investeringsprofilen. Dette blir utlignet inn mot 2020, når Fase 2 investeringene er gjennomført. Nye og oppdaterte beregninger gir noe lavere byggelånrenter og deretter avskrivninger i planperioden.

b. IKT planer og implementering av PAS/EPJ (DIPS)

Det er lagt inn oppdaterte tall for IKT-kostnader basert på blant annet vedtak om forprosjekt for felles PAS/EPJ (DIPS), konsekvenser av forsinkelse av felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI), mv. Tallene innebærer at IKT-kostnadene forventes å øke med om lag 220 mill kroner (fra budsjett 2012). Det er usikkerhet knyttet til om alle prosjektene vil bli gjennomført ihht plan.

Økningen i kostnader er i stor grad knyttet opp mot avskrivning av investeringer som gjennomføres for å konsolidere IKT-løsningene i det fusjonerte sykehuset og økte tjenestepriiser til Sykehuspartner for å drifte de nye løsningene. I en overgangsperiode er det nødvendig med parallell drift av flere av de største systemene.

c. Renteforutsetninger

Ved behandling av økonomisk langtidsplan i mai ble det benyttet 3 pst. rente for lån og innskudd i hele planperioden. Det er nå lagt inn nye renteforutsetninger basert på Norges banks rentebane. Det nye nivået medfører følgende endring i rentenivå og ny rentebane:

	2013	2014	2015	2016-
Endret rentenivå	-0,48 %	0,39 %	0,74 %	0,74 %
Årlig rente	2,52 %	3,39 %	3,74 %	3,74 %

d. Likviditetssituasjon etter endringene omtalt over

Resultatet av alle de oppdateringer som er omtalt over gir ingen vesentlig endret likviditetssituasjon i planperioden. Det vil si at det innenfor planperioden ikke legges til grunn en økning eller reduksjon i den driftskreditt som er opparbeidet i Oslo universitetssykehus.

e. Økonomisk resultat mål og totalt utfordringsbilde for Oslo universitetssykehus HF

I innspillet til økonomisk langtidsplan for 2013-2016 meldte Oslo universitetssykehus HF inn følgende resultatambisjoner for perioden:

Tall i mill kroner	2013	2014	2015	2016
Årsresultat	0	170	350	350

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at foretakene skal styre mot minimum det innmeldte resultatmålet.

Det er ingen vesentlig endring i utfordringsbildet fra den beskrivelse som ble gitt til styret 14. mai. Det er siden 14. mai lagt frem en negativ prognose for resultatet

inneværende år på 525 mill kroner (hvorav 125 mill kroner er avvik fra budsjettet underskudd og 400 mill kroner er budsjettet underskudd). Driftsavviket er vurdert til 600 mill kroner ettersom årets resultat inneholder engangseffekter i form av eiendomssalg. Driftsavvik på 600 mill kroner blir lagt til grunn ved beregning av utfordringsbildet fra resultat i 2012 til budsjett i 2013.

f. Strategi for gjennomføring av budsjett 2013

Det er etter styrebehandling 20. juni arbeidet videre med de syv innsatsområdene som ble omtalt i styresaken og som skal bidra til kostnadsreduksjoner ved Oslo universitetssykehus i planperioden. Det er også arbeidet videre med ytterligere et tiltaksområde innenfor innkjøp. Oppdatert tekst i vedlegg 1 viser hvor langt Oslo universitetssykehus er kommet i planlegging av områdene. Det henvises også til styresak 62/2012 Budsjett 2013 for mer informasjon om klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene i utarbeidelsen av neste års budsjett.

13.09.2012

Økonomisk langtidsplan 2013-2016

Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Den økonomiske utviklingen de siste årene for Oslo universitetssykehus HF har ikke vært bærekraftig: Underskuddene er store og foretaket har pådratt seg stor kortsiktig gjeld. Samtidig øker gjennomsnittsalder for bygninger og utstyr og IKT-systemene er i stor grad knyttet til tidligere foretak og dermed ikke gjennomgående. Foretaket er stilt overfor krevende myndighetspålegg som krever omfattende investeringer for å komme ut av dagens situasjon.

Oslo universitetssykehus HF står dermed overfor store økonomiske utfordringer i de nærmeste årene: Lovpålagte og forventede oppgaver skal gjennomføres med god kvalitet samtidig som foretaket skal komme over i en økonomisk sett bærekraftig utvikling. Kombinasjonen av et stort investeringsbehov og krav til overskudd på drift med rask driftseffektivisering, vil bli krevende å gjennomføre innenfor planperioden.

I dette dokumentet presenteres en tallfestet økonomisk strategi for å komme over i en mer bærekraftig situasjon for Oslo universitetssykehus HF. Det er tatt utgangspunkt i de oppgavene helseforetaket er pålagt og forventes å bli pålagt og i det man på dette tidspunkt kjenner til om de økonomiske rammebetingelsene. Tallene viser et krevende utfordringsbilde: Det er nødvendig med store investeringer i bygninger, IKT og MTU. Hoveddelen av disse investeringene vil i realiteten være lånefinansiert, og det er ikke mulig å håndtere de påfølgende kapitalkostnadene uten at de øvrige driftskostnadene reduseres betydelig og at effektiviteten i foretaket forbedres i høyt omfang hvert år framover.

Det understrekes at situasjonen slik den er beskrevet i denne planen bærer med seg en høy risiko i forhold til gjennomføring. Ambisjonsnivået for driftsforbedringer og kostnadsreduksjoner må settes svært høyt, og store deler av dette må realiseres før foretaket kan få full nytte av investeringer i samlokaliseringer og i nye gjennomgående IKT-løsninger.

2. Foretakets arbeid for å oppnå foretaksgruppens hovedmål og –krav med nødvendige tiltak

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo universitetssykehus vil ha et kontinuerlig fokus på ventelister og fristbrudd, og målet er at ventetidene skal reduseres og at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Ventelistene skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet, og det skal arbeides for langtidsplanlegging hvor timebøker etableres minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset vil også ha fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Oslo universitetssykehus planlegger jevnlig registreringer av infeksjoner, hvor resultatene inklusive utvikling vil brukes i oppfølgingen av de enkelte avdelinger. Smittevernarbeidet ved sykehuset vil videre vektlegge kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsurr, riktig bruk av antibiotika og forebygging av infeksjoner med resistente bakterier. Dette forventes å gi god effekt slik at målet om sykehusinfeksjoner på under 3 % kan nås.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Etablering av timebøker fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området. Ajourførte ventelister vil gi grunnlag for god planlegging og logistikk som også vil legge til rette for en positiv utvikling.

d. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet

Oslo universitetssykehus HF har som mål at alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. I 2012 er målsettingen å øke antall medarbeidere som har deltatt i tilbakemeldingsmøter til 60 pst, en økning på 26 pst poeng fra 2011. For å legge til rette for en slik økning i involvering i oppfølging vil foretaket jobbe med 3 hovedtiltak:

- Sikre at ledere som trenger støtte til gjennomføring, får dette. Dette gjør vi blant annet gjennom at klinikkene har dedikerte veiledere som har fått grundig opplæring i analyse av resultater og hvordan tilbakemeldingsmøter kan gjennomføres.
- Tett oppfølging av gjennomføring i klinikkene. Dette gjøres ved at det distribueres egne rapporter til klinikkledelsen over hvilke organisasjonsenheter i klinikkene som har lav score på en eller flere kritiske faktorer.
- Forenkle og forbedre arbeidet med utvikling og oppfølging av handlingsplaner. Dette skjer gjennom at alle ledere/enheter får sin egen elektroniske handlingsplan.

e. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Dette hovedmålet er omtalt under kapittel 5 og 6.

3. Aktivitetsvurderinger og forventede konsekvenser av Samhandlingsreformen.

a. Totalvurdering av aktivitetsnivået

Somatikk

Oslo universitetssykehus HF har med bakgrunn i budsjettsskriv fra Helse Sør-Øst RHF lagt til grunn 0,9 pst vekst i antall DRG-poeng i planperioden. Veksten tar utgangspunkt i foregående års budsjett. Per medio september er prognosen for aktiviteten i 2012 om lag 3 pst over plantallet for antall DRG-poeng. Endelig aktivitetsmål for 2013 budsjettet er ikke avklart med Helse Sør-Øst RHF. Dette vil først bli avklart etter at statsbudsjettet er lagt frem og møter med Helse Sør-Øst RHF om bestiller og oppdragsdokumentet er gjennomført.

Det er i henhold til planforutsetningene i budsjettsskrivet lagt til grunn en vekst på 3 pst fra 2012 til 2013 i antall behandlede pasienter. Dette innebærer en dreining fra døgnbasert til dag- og poliklinisk behandling. Denne dreiningen er i tråd med Oslo universitetssykehus HF' strategi. Det er budsjettet med økte konserninterne gjestepasientinntekter på deler av aktivitetsøkningen.

Oslo universitetssykehus HF har en annen pasientsammensetning enn de andre foretakene i helseregionen (jfr tabellen på neste side). Knappt to tredeler av den somatiske virksomheten i Oslo universitetssykehus HF er spesialisert somatikk (lands- og regionsfunksjoner). Oslo universitetssykehus HF mottar finansiering for et omfang av vel 40 DRG-poeng per 1000 innbyggere innen helseregionen til Helse Sør-Øst. Det er forutsatt at omfanget av denne virksomheten vil vokse i takt med befolkningen i helseregionen i årene framover med en anslått vekst på 1,3 pst per år. Oslo universitetssykehus HF har de siste årene hatt relativt sterk vekst innenfor enkelte lands- og regionsfunksjoner, blant annet transplantasjoner, multitraume, regional kreftbehandling og deler av hjertebehandling (ablasjoner), mens på andre områder, f eks hjertekirurgi, har omfanget gått noe ned.

Oslo universitetssykehus HF utfører flerområde funksjoner for andre sykehusområder i Helse Sør Øst. Dette gjelder spesielt stråleterapi og en egen avtale med Akershus universitetssykehus HF om leveranse av områdefunksjon for Øye, hud og revmatologi. Det er lagt til grunn en vekst innen denne pasientbehandlingen på 2 pst i planperioden.

For lokalsykehusfunksjonene og områdefunksjonene for Oslo sykehusområde HF er det lagt til grunn en vekst på 1,2 pst i planperioden. Den relativt høye vekstraten skyldes to forhold:

- Oslo sykehusområde har en forventet befolkningsvekst på 2,3 pst pr år i planperioden. (Mellomalternativet for befolkningsframskrivning i Oslo)
- Det er lagt til grunn en fortsatt overføring av oppgaver fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen. Oslo universitetssykehus HF betjener imidlertid flere områdefunksjoner (barn, øye, gynekologi, fødsler, stråle, kirurgisk akuttfunksjon) som i liten grad vil påvirkes av samhandlingsreformen. Områdefunksjonene omfatter en større andel enn lokalsykehusansvaret da sistnevnte deles med Lovisenberg diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS.

Ut over det definerte pasientansvaret som er dekket i inntektsmodellen til Helse Sør-Øst RHF (lands- og regionsfunksjoner, flerområdefunksjoner og lokal- og områdefunksjoner) har Oslo universitetssykehus HF et høyere aktivitetsnivå særlig knyttet til høye pasientvolum fra sykehusområdene til Akershus universitetssykehus HF , Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF. Det er forutsatt at disse helseforetakene tar et større ansvar for lokal- og områdepasienter og at Oslo universitetssykehus HF dermed kan redusere kapasiteten, slik at dette volumet kan reduseres med om lag 5 pst per år i planperioden.

Oslo universitetssykehus vil utarbeide ytterligere analyser i forhold til forbruksmønsteret for innbyggere i eget sykehusområde og pasienttúlstrømningen fra de andre sykehusområdene. Analysene ønskes gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF vil ut over dette fortsette arbeidet med å overføre til andre områdesykehus de deler av pasientforløpene som ikke må være på regionsykehuset.

Aktivitet for:	DRG poeng 2012	Vekst faktor	Endring fra 2012 til 2013
Andre regioner (i hovedsak landsfunksjoner)	12 846	1,30 %	167
HSØ Lands- regionfunksjoner (Abonnementsordning)	107 000	1,30 %	1 391
Flerområde funksjoner (stråleterapi og Ahus avtale)	12 421	2,00 %	248
Fritt sykehusvalg etc.	11 621	-6,00 %	-697
Lokal- og områdefunksjoner	60 711	1,20 %	729
SUM DRG budsjett	204 599	0,90 %	1 838

Psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) er det ut fra planforutsetningene til Helse Sør-Øst RHF lagt til grunn en vekst i antall behandlede pasienter på 3 pst i 2013. Også innenfor psykisk helsevern og TSB har Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn en dreining fra dag og døgn til poliklinikk. På denne bakgrunn er hele veksten i planperioden lagt inn som økning i poliklinisk aktivitet. For 2013 gir dette følgende økning i antall polikliniske konsultasjoner per område:

Psykisk helsevern for voksne: 3,0 pst
 Psykisk helsevern for barn: 3,2 pst
 TSB: 4,3 pst

Prognosen for poliklinisk aktivitet i 2012 ligger over plantall innen voksne og på plantall for barn og TSB. Det vil på lik linje med plantall for somatikk bli fastsatt endelige aktivitetsmål innen psykisk helsevern for 2013 budsjettet etter at det er gjennomførte møter med Helse Sør-Øst RHF om bestiller og oppdragsdokumentet.

For 2014 og resten av planperioden har ikke Helse Sør-Øst RHF gitt spesifikke aktivitetsføringer. Som følge av videre implementering av ny inntektsmodell vil det komme en inntektsreduksjon også innenfor psykisk helsevern og rus. Oslo universitetssykehus HF har lagt til grunn en vekst på 1 pst i den polikliniske virksomheten i hvert av årene fra 2014-2016.

Oslo universitetssykehus HF har etter etableringen av nye opptaksområder fra 1.1.2011 opprettholdt noe døgnkapasitet (28 døgnplasser) til Akershus universitetssykehus HF innenfor voksenpsykiatrien. Avtalen med Akershus universitetssykehus HF er forutsatt avvirket innen 31.12.2013, og det er fra 2014 som følge av dette lagt til grunn en reduksjon i antall utskrevne døgnpasienter på 45 per år.

b. Andre lovpålagte oppgaver; forskning, utdanning av helsepersonell, samt opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 pst av de samlede kostnadene. Målet inkluderer både interne og eksterne forskningsmidler. Oslo universitetssykehus HF er i oppdragsdokumentet bedt om, i løpet av 2012, å legge fram for Helse Sør-Øst RHF en langsiktig plan for opptrapping av sykehusets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler. Det er lagt til grunn en mindre økning av eksternt finansierte forskning i planperiodene. Det legges i planperioden opp til en skjerming av internt finansierte forskningsressurser. Økt ekstern finansiering forutsetter imidlertid en solid basisfinansiering og stillingsportefølje.

For de andre lovpålagte oppgavene (utdanning av helsepersonell og pasientopplæring) er det forutsatt om lag uendret aktivitet.

c. Faglige prioriteringer

Oslo universitetssykehus HF arbeider med en fag- og virksomhetsstrategi som skal beskrive ønsket utviklingsretning for organisasjonen frem mot 2018. Den overordnede strategien vil foreligge i løpet av 2012 og vil gi et faglig grunnlag for å kunne foreta nødvendige valg og prioriteringer samt gi føringer for de prinsippene som legges til grunn for å nå målene. Våren 2013 skal det arbeides med en overordnet handlingsplan for Oslo universitetssykehus HF. Denne skal peke på felles fokusområder for sykehusets faglige utvikling og særlig vektlegge tverrgående prosesser mellom dagens organisasjonsheter. Planen skal tydeliggjøre hva sykehuset skal ha som sin kjernevirksomhet og hvordan man ser for seg at de oppgavene som ikke blir prioritert skal løses sammen med og av samarbeidspartnere.

d. Effekter av samhandlingsreformen

Etter åtte måneders drift i 2012 er nedgangen i antall utskrivningsklare pasienter innen somatikk betydelig. Utskrivningsklare pasienter medfører ikke lenger drifts- eller kapasitetsutfordringer for sykehuset. Kommunehelsetjenesten håndterer oppgavene på en tilfredsstillende måte, og felles rutiner og retningslinjer fungerer etter intensjonen. Det forventes at denne utviklingen vil fortsette.

Oslo universitetssykehus HF har fremdeles et betydelig antall utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern som legger beslag på sengekapasiteten (15-20 senger). Det er Oslo universitetssykehus HF sin vurdering at det bør innføres en oppgjørsordning også for denne pasientgruppen, dette er signalisert til Helse Sør-Øst RHF. I økonomisk langtidsplan er det ikke forutsatt endringer i aktivitet eller inntekter som følge av utviklingen i utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern.

Det vil fortsatt være usikkerhet knyttet til gjennomføring og effekten av samhandlingsreformen de nærmeste årene. Etablering eller utvidelse av tilbud på kommunalt nivå forventes å ta tid - særlig med tanke på et fullskala kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud innen 2016. Oslo kommune og sykehusene i Hovedstadsområdet tar imidlertid sikte på å etablere de første 32 sengeplassene i løpet av første kvartal 2013. Kommunens forpliktelser avtales i egen tjenesteavtale. I hvilket omfang dette vil redusere antall innleggelses ved sykehuset er imidlertid fremdeles ukjent, men Oslo universitetssykehus vil bidra aktivt med kompetanseoverføring, hospitering og konsultasjonsmuligheter.

Det er grunn til å anta at Oslo kommune som følge av samhandlingsreformen over tid vil redusere den relative andel av pasienter som innlegges på sykehuset. Dette vil være en konsekvens av økt satsing på forebyggende helsearbeid, etablering av en allmennlegevakt på Aker og etablering av observasjonssenger blant annet på Aker. Oslo kommune åpnet i juni egen rehabiliteringsavdeling på Aker. Det er videre grunn til å forvente at kommunen/bydelene vil håndtere mer komplekse lidelser pga kompetanseoverføring og utvikling av nye arbeids- og samarbeidsformer. Flere nye samhandlingsprosjekt har kompetanseoverføring som primærfokus.

Fastlegene forventes å ta over mer av det arbeidet som i dag utføres ved sykehusets poliklinikker, samt overta mer etterarbeid og kontroller etter utskrivning. Dette fordrer klare omforente rutiner

og retningslinjer. Det stiller også krav til rask og rettidig informasjon, det er derfor planlagt et arbeid som skal sikre at alle fastleger mottar elektronisk epikrise. Praksiskonsulentene ved Oslo universitetssykehus er en betydelig ressurs i dette arbeidet.

Samtidig må det tas hensyn til at Oslos befolkning øker med 12-15 000 pr år. Det forventes flere i fertil alder, flere barn og flere med flerkulturell bakgrunn. Det kan derfor ventes en økning i antall fødsler, en økt pasienttilgang til barneavdelingene, en økning innen psykisk helse og rusbehandling, og et økt behov for tolketjeneste og andre tiltak for å sikre et likeverdig tilbud til Oslos befolkning.

4. Investeringer i ordinær drift og store byggeprosjekter

a. Investeringer i ordinær drift og særskilt fokus på Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Oslo universitetssykehus HF har medisinsk-teknisk utstyr i bruk til en samlet anskaffelsesverdi på om lag 3,1 milliarder kroner. Det lave investeringsnivået de siste årene har ført til at det medisinsk-tekniske utstyret (MTU) ved sykehuset får en stadig høyere gjennomsnittlig levetid (nå 10,6 år). De siste to årene er det med noen få unntak kun gjennomført investeringer for å erstatte kassasjoner. Det er forventet at omfanget av kassasjoner fremdeles vil tilta ettersom levealder på utstyret er så vidt høyt.

Investeringsnivået på 315 mill kroner til videreføring av drift er isolert sett ikke tilstrekkelig til å sørge for en god nok forvaltning av bygningsmassen og utskifting av medisinsk teknisk utstyr i hele planperioden. Ved gjennomføring av omstillingsprosjekter vil det imidlertid også inngå omstillingsinvesteringer til ombygging og oppgradering av bygningsmassen og omstillingsinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr. Dette vil delvis kompensere for den lave investeringsrammen til ordinære investeringer. Over tid er det likevel nødvendig å heve investeringsnivået fra nevnte 315 mill kroner. Erfaring fra 2011 og 2012 er at underskuddene på drift medfører redusert investeringsnivå. For 2011 ble rammen redusert fra 315 mill kroner til 240 mill kroner og for 2012 er rammen redusert til 250 mill kroner.

En foreløpig analyse tilsier at et investeringsnivå ved videreføring av ordinær drift bør ligge på om lag 500 mill kroner per år. Dette nivået blir delvis kompensert ved at det også gjennomføres omstillingsinvesteringer i planperioden. Disse forholdene er hensyntatt i investeringsplanen som er finansiert med overskuddslikviditet fra et positivt driftsresultat fra og med 2014. Slik det fremgår av kapittel 5 planlegges det med overskudd på drift fra 2014 for bl.a å finansiere økte investeringer i MTU. Disse midlene vil først komme til anvendelse i 2015. Oslo universitetssykehus HF løper en betydelig risiko for manglende investeringer i MTU i perioden 2013-2015. Det kan derfor bli behov for særskilte lån fra Helse Sør-Øst til finansiering av sammenbrudd i MTU i perioden 2013-2015.

b. Vedlikeholdsplaner for bygg

I Oslo universitetssykehus HF's styresak 6/2012 Vedlikeholdsplan – Pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet, ble styret orientert om den tiltakslisten sykehuset har for å utbedre de forhold som tilsynene har påpekt. I økonomisk langtidspan forutsettes det at en stor del av myndighetspåleggene vil kunne håndteres som del av den arealutviklingsplan som inngår i Fase 1,

2 og 3, jf nevnte styresak. Det vil likevel måtte utføres ytterligere enkeltinvesteringer/utbedringer som vil bli belastet budsjett for ordinære investeringer.

c. Store byggeprosjekter – Fase 1-3, Samhandling Aker og Storbylegevakt

Oslo universitetssykehus HF planlegger og gjennomfører omfattende omstillingsinvesteringer. Investeringene går i tre faser. Tabellen under viser omfang og periodisering for Fase 1-3.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
2012 akk.	711	6	-
2013	525	162	-
2014	253	805	-
2015	76	1 629	-
2016	10	1 981	34
2017	-	1 960	86
2018	-	2 049	593
2019	-	1 168	1 100
2020	-	842	759
2021	-	-	667
2022	-	-	438
2023	-	-	491
2024	-	-	372
2025	-	-	-
SUM	1 575	10 602	4 541

Tabell 2: Pålopte/planlagte investeringer innen Fase 1, 2 og 3, ekskl byggelånsrenter. Tall i millioner kroner.

Fase 1

Det ble som del av økonomisk langtidsplan 2011-2014 bedt om finansiering for enkeltprosjekter som skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved sykehuset. Disse enkeltprosjektene skulle realiseres raskt og innenfor et budsjett på 1 500 mill kroner. Helse Sør-Øst RHF har sikret finansiering for disse byggeprosjektene blant annet med lån på 750 mill kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet. Resterende finansiering kommer fra gjennomførte eiendomssalg i Oslo universitetssykehus HF og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

Flere enkeltprosjekter i Fase 1 er ferdigstilt og mange er i gjennomføring. Det forventes at i underkant av 50 pst av midlene vil være disponert i løpet av 2012. Det største enkeltstående prosjektet er nytt akuttbygg på Ullevål sykehus. En rekke prosjekter, blant annet for å gjennomføre flytting fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet og fra Aker sykehus til Ullevål sykehus, er allerede gjennomført eller blir fullført i nær framtid. Av andre større prosjekter som skal gjennomføres i planperiodene inngår blant annet:

- Flytting av døgnvirksomhet innen karkirurgi og urologi fra Aker
- Flytting av gynekologisk kreft fra Ullevål til Radiumhospitalet og etablering av et samordnet brystsenter ved Radiumhospitalet
- Samlokaliseringer innen psykisk helse
- Tilpasninger i kapasitet og utstyr innen diagnostikk og intervensjon på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet
- Tilpasninger innen operasjon, postoperativ og intensivkapasitet på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet

Samhandlingsarena Aker

Det er budsjettet med 29,5 mill kroner i 2012 og 45,5 mill kroner i 2013 i samhandlingsarena Aker, beløpene inngår i Fase 1. Dette er et foreløpig investeringsbudsjett for de områder der det så langt er kommet en avklaring av innholdet i tjenester som skal utføres ved Aker. Dette budsjettet vil derfor kunne øke ettersom nye funksjoner blir avklart. Nytt grunnlag vil foreligge i neste økonomiske langtidsplan 2014-2017. Dette er arealer som skal disponeres av, eller i samarbeid med Oslo kommune. Oslo universitetssykehus HF forutsetter at disse investeringene finansieres ved en utvidelse av investeringsramme til omstillingsinvesteringer.

Fase 2 og fase 3

Arealutviklingsplan 2025 er behandlet i styresak 7/2011 og 18/2011. Denne planen danner grunnlag for det investeringsnivået som inngår i økonomisk langtidsplan. I tabellen under fremgår det investeringsnivået som følger Fase 2 og Fase 3. I tillegg til disse beløpene vil det påløpe byggelånsrenter i byggeperioden på i overkant av 650 mill kroner.

De midler som disponeres i Fase 2 og Fase 3 er delt i fire investeringskategorier, nybygg, ombygging, oppgradering og riving. I tabellen under fremgår fordelingen av investeringene i disse kategoriene, der nybygg utgjør over 65% av de totale investeringene i fase 2 og fase 3.

	Nybygg	Ombygging	Oppgradering	Riving	SUM
Fase 2	7 304	1 351	1 765	182	10 602
Fase 3	2 546	328	1 605	62	4 541

De største investeringsprosjektene i fase 2 er:

- Ullevål: Erstatningsbygg (IKT, varme) og UiO-funksjoner. Nytt klinikkbygg med integrerte forsknings- og utviklingsarealer. I tillegg kommer oppgraderinger
- Rikshospitalet: Til- og påbygg for somatisk virksomhet, forskningsarealer og hotell
- Radiumhospitalet: Ombygning og oppgradering av kliniske/diagnostiske bygg
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Nybygg for forsterkede plasser
- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Nybygg for samling av voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er i Fase 2 budsjettet med betydelige investeringer allerede i 2013 og 2014. Disponering av så vidt store investeringsmidler fra 2013 og 2014 knyttet til Fase 2 er betinget av både idéfaser og forprosjektering. Det pågår nå en utredning for å kartlegge forhold knyttet til teknisk infrastruktur på Ullevål (IKT, vann, strøm, reservekraft, varme, kjøling og gass m.m) sett opp mot planlagt erstatningsbygg og nytt klinikkbygg på denne lokalisasjonen. Det presiseres at investeringsnivået i Fase 2 på 10,6 milliarder er basert på et anslag og ikke et detaljert investeringsbudsjett fra forprosjektrapporter. Erfaring fra Fase 1 investeringene tilsier en meget stor usikkerhet i kostnadsanslagene for ombygging og oppgradering. Denne usikkerheten vil også gjelde de anslag som er gjort for Fase 2, der cirka 30% av foreslått investeringsbehov gjelder ombygginger og oppgraderinger i eksisterende bygningsmasse.

De største investeringsprosjektene i fase 3 er:

- Rikshospitalet: Utvidelse av F-avsnittet (teknisk)

- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Nybygg for alderspsykiatri
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Nybygg for langtidsbehandling av avhengighet
- Ullevål: Nybygg for geriatri og øye. I tillegg kommer ombygning og oppgradering

Tiltakene som inngår i Fase 3 er langt frem i tid. Generelt betyr dette at usikkerheten er størst når det gjelder disse prosjektene. Det kan i den videre planlegging vise seg at deler av de prosjekter som inngår i Fase 3 er mulige å integrere med prosjekter som går i Fase 2.

Det skal også presiseres at arbeidet med overordnet fag- og virksomhetsstrategi vil kunne medføre endringer knyttet til de ulike delprosjektene i Fase 2 og 3 slik at byggene understøtter den fremtidige utviklingen av Oslo universitetssykehus HF.

Storbylegevakt

Investeringer i storbylegevakt er ikke inkludert i økonomisk langtidsplan 2013-2016. Det er behov for en avklaring av ansvar og finansiering av dette prosjektet før det inngår i planforutsetningene for Oslo universitetssykehus. I dialog med kommunen legger Oslo universitetssykehus til grunn at erstatningslokaler for de funksjoner som må flyttes ved en evt. storbylegevakt må inngå i prosjektet (sentrallager, kjøkken og parkering). Avklaring av omfang og finansiering av nytt bygg for storbylegevakt kan påvirke investeringsplanene slik de er omtalt ovenfor.

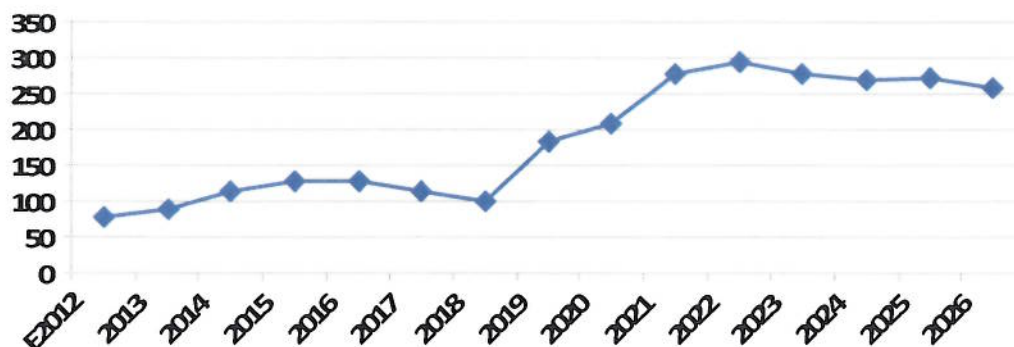
d. Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået er planlagt finansiert gjennom tre kilder. Investeringer til løpende drift håndteres gjennom likviditetstildeling i dritsbudsjettet på om lag 300 mill kroner. Dette investeringsnivået er forutsatt å øke i samsvar med resultatutviklingen/tilgjengelig likviditet og en vurdering av behovet for ytterligere investeringer i MTU. Vurdering per april 2012 tilsier at en økning i investeringsrammen først vil være mulig fra 2015. I 2015 er det lagt til grunn et utvidet investeringsnivå med 150 mill kroner innen MTU.

Investeringer i Fase 1-3 er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak og 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF), tilsvarende håndtering i økonomisk langtidsplan 2012-2015. I byggeperioden for fase 2-3 vil det opparbeides byggelån. Når byggene tas i bruk konverteres lånene til avdragslån med nedbetalings tid 20 år. Nedbetaling av lån er likviditetsmessig håndtert med overskudd på drift. Dette overskuddet må økes fra 2019/2020 når store deler av Fase 2 utbygging tas i bruk.

Gitt investeringer og de driftsresultater som er planlagt vil gjeldssituasjonen innvirke på kostnadsnivået de kommende år. I grafen under viser netto finanskostnader eksklusive byggelånsrenter for foretaket i planperioden.

Netto finanskostnader

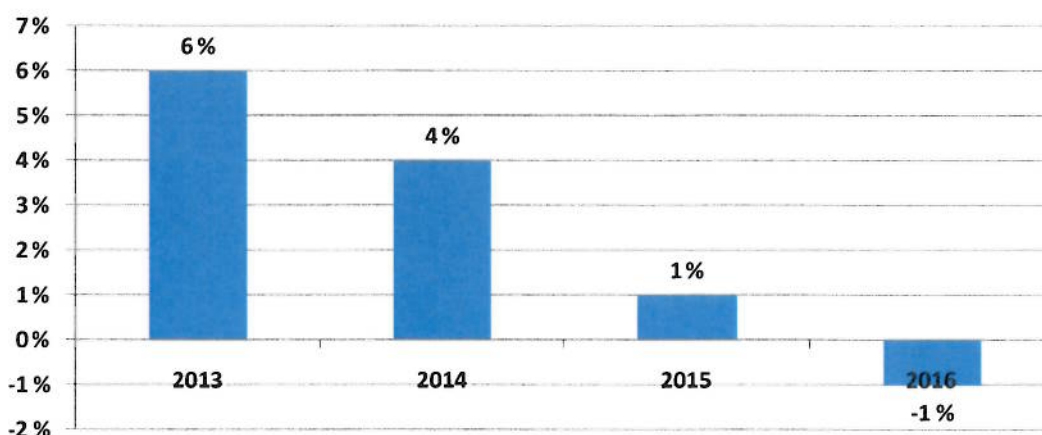


5. Økonomisk resultat

Behovet for økonomisk resultat er styrt av to sentrale forhold: Eksterne rammebetingelser i form av løpende inntekter og aktiva i form av bygningsmasse, medisinsk teknisk utstyr og IKT-systemer. Disse forholdene er i stor grad gitt når økonomisk langtidsplan for 2013-2016 utformes. Ny inntektsmodell ble vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF den 19. april 2012, og beskaffenheten ved MTU og bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF er kjent og gjenstand for de vurderinger som er gjort i forhold til investeringsnivå.

Det er med bakgrunn i resultat per april og behovet for å etablere et høyere investeringsnivå lagt en ambisjon om å levere et resultat med overskudd fra 2014 på om lag 1 pst av omsetningen (om lag 170 mill kroner) og 2 pst (om lag 350 mill kroner) av omsetningen fra 2015. Behovet for økte investeringer er presserende, men det har ikke vært vurdert som mulig å oppnå positive resultater på drift før 2014. For å belyse den utfordring som foretaket står overfor er det prosentmessige kravet til bemanningsreduksjoner driftseffektivisering (tilpasning av bemanning) innen somatikk og støtteklinikker vist i grafen under. Kravet til bemanningsreduksjon på 6 pst. fra 2012 resultat til 2013 budsjett er basert på prognose for 2012 resultatet.

Årlig bemanningsreduksjon innen somatikk i prosent



Driftseffektiviteten ved Oslo universitetssykehus sank etter reduksjon i opptaksområder ved overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, noe som tilsier at foretaket har et vesentlig potensiale for effektivisering av driften. Årlige krav til

effektivitetsforbedringer utover 2 pst har imidlertid erfaringsmessig vært vanskelige å realisere innenfor helseforetakene. Kravet til effektivisering hvert enkelt år fra 2013 til 2015 er derfor meget krevende å gjennomføre. Tiltak for å håndtere utfordringsbildet er skissert under kapittel 7.

Vurdering av likviditet i planperioden

Det er foretatt en gjennomgang av bygningsmassen/tomtearealene ved Oslo universitetssykehus HF med det formål å vurdere mulighet for realisering ved salg. Det legges til grunn at deler av tomten ved Aker sykehus kan selges i langtidsplanperioden. Eventuell salgssum vil være beheftet med stor usikkerhet ettersom det er mange uavklarte forhold. Dette gjelder blant annet regulering, fordeling av utbygging mellom bolig og næringsareal og Oslo universitetssykehus HF's strategi for realisering.

6. Vurdering av kostnadsreduksjonene og bemanningsreduksjonene i planperioden

Endringer i resultatposter i planperioden er i hovedsak avledet av de eksterne rammebetingelsene og Oslo universitetssykehus HF's investeringsbehov i både eiendomsmasse, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Dette medfører et krav om overskuddslikviditet fra drift, jf omtale ovenfor. De kostnadsreduksjoner som følger av disse betingelsene er i økonomisk langtidsplan i hovedsak håndtert med lavere lønnskostnader, men det er også forutsatt reduksjon i andre driftskostnader, blant annet som følge av forbedringer innenfor innkjøp. Det vil arbeides med tiltak og kostnadsreduksjoner innen medisinkostnader og andre varekostnader.

De vesentligste endringene i resultatbudsjettet er som følger:

- Reduksjonen i lønnskostnader på over 400 mill kroner fra 2012 til 2013 som følge av reduksjon i styringsmålet på 400 mill kroner
- Netto driftskostnader omtrent uendret fra 2012 til 2013, men det er reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT som følge av samlokalisering og rasjonalisering for å finansiere økning i driftskostnader til IKT med om lag 70 mill kroner
- Reduksjon i lønnskostnader med ytterligere om lag 500 mill kroner fra 2013 til 2014 som følge av:
 - Redusert basisramme fra 2013 til 2014 med om lag 140 mill kroner (innføring inntektsmodell)
 - Redusert salg av interne helsetjenester til Ahus (psykisk helsevern) med om lag 90 mill kroner
 - Innføring av et overskuddskrav på 170 mill kroner for å muliggjøre bl.a. MTU-investeringer og investeringer for å håndtere myndighetspålegg
 - Økte IKT-kostnader med om lag 150 mill kroner
 - Videre dreining med reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT med om lag 40 mill kroner fra 2013 til 2014
- Reduksjon i lønnskostnader med ytterligere om lag 120 mill kroner fra 2014 til 2015 som følge av
 - Overskuddskrav som øker fra 170 mill kroner til 350 mill kroner for å dekke investeringer i MTU, investeringer for å håndtere myndighetspålegg og avdrag på lån/sparing
 - Netto driftkostnader omtrent uendret, men det er reduksjon i driftskostnader eksklusive IKT med om lag 20 mill kroner som finansierer en tilsvarende økning i driftskostnader til IKT
 - Økning i basisramme med om lag 60 mill kroner (økt aktivitet)

IKT-kostnader

Budsjettøkningen for IKT-kostnader i planperioden er i stor grad knyttet opp mot avskrivning av investeringer gjort for å konsolidere IKT-løsningene i det fusjonerte sykehuset og økte tjenestepriiser til Sykehuspartner for å drifte de nye løsningene. I en overgangsperiode er det nødvendig med parallell drift av flere av de største systemene. Dette alene beløper seg til titalls millioner. Først etter at avskrivning av disse løsningene er ferdig, vil dette reflekteres i budsjettene i form av redusert tjenestepriis fra Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus HF har ikke mottatt konkrete planer eller prognoser fra Helse Sør-Øst RHF som tilsier reduserte kostnader knyttet til stordriftsfordeler hos Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus vurdering er at kostnadene kommer til å være høyere i fremtiden enn de var for konsolidering av løsningene.

Budsjett i M NOK	2012	2013	2014	2015	2016
IKT-kostnader	740	814	967	984	958

Tabell: IKT-kostnader 2012-2016

Ettersom kostnadsøkningen er så vidt stor gis her en kort redegjørelse for de årlige endringene:

- Budsjettøkning 2012-2013: mesteparten av investeringen fra 2011 og 2012 skal aktiveres i løpet av 2012. Disse investeringene gir først i 2013 en helårseffekt med avskrivningskostnad og tjenestepriis. I tillegg kommer kostnader for regionale investeringer og prosjekter som Oslo universitetssykehus HF skal begynne å betale tjenestepriis på fra 2013. Etter planen skal Oslo universitetssykehus HF foreta lineær nedskrivning av hele investeringen i felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI) innen 2015 (jfr. styresak).
- Budsjettøkning 2013-2014: Over halvparten av budsjettøkningen er et resultat av økte avskrivninger. Det er som foutsætningener i tallgrunnlaget lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF ta i bruk DIPS som felles PAS/EPJ, nytt laboratorieinformasjons-system og nytt RIS/PACS i 2014. Dette kommer til å gi parallell kostnad på mange titalls mill knyttet til eksternt vedlikehold og meget høy tjenestepriis til SP i en overgangsperiode. Deler av ny plattform skal også tas i bruk i 2014.
- Budsjettøkning 2014-2015: som følge av betydelige parallelle kostnader etter innføring av DIPS det første halvåret i 2015, vil Oslo universitetssykehus HF ikke kunne forvente budsjettreduksjon i 2015. Avskrivning og tjenestepriis for ny plattform er også inkludert i kostnadene for 2015
- Budsjettreduksjon 2015-2016: I 2016 er de store nye systemene innført og de gamle systemene er avvirket i 2015. Helårseffekt av tjenestepriisreduksjon kommer i 2016. Investeringsbehovet for 2015-2016 har en rekke usikkerhetsmomenter.

Det er betydelig usikkerhet knyttet til disse kostnadene framover i og med at det på dette tidspunkt ikke er besluttet hvilke regionalt eide prosjekter som Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre, når disse eventuelt skal gjennomføres og hvilken prioritering som blir gitt til Oslo universitetssykehus HF. Prognosen over er basert på de føringer som i dag ligger i forhold til regional IKT Strategi og Langtidsplan 2013 – 2016. Planen skal opp som styresak i Helse Sør øst RHF i slutten av oktober 2012. Mangel på vedtatte planer knyttet til den regionale porteføljen skaper usikkerhet knyttet til vurderingen av de fremtidige IKT-kostnadene i Oslo universitetssykehus HF.

Oppsummering reduksjon i lønnskostnader og innvirkning på bemanning

Samlet innebærer disse vurderingene et krav til reduksjon i lønnskostnadene på om lag 1 milliard kroner fra 2012 (budsjett) til 2016, dvs en nedgang på om lag 8 pst. Dette vil medføre en reduksjon i antall årsverk i planperioden på over 1 100 årsverk fra budsjett 2012 eller om lag

1 500 årsverk fra bemanning per august 2012. Vedlagt tabell 5 viser foreløpig fordeling av brutto månedsverk per tjenesteområde. Fordelingen gjenspeiler blant annet endringene per år knyttet til implementering av ny inntektsmodell. Fordelingen mellom tjenesteområdene er ikke endelig fastlagt og vil være gjenstand for ytterligere vurderinger ved utarbeidelse av budsjett 2013.

7. Foretakets vesentligste tiltak for å oppnå resultatutvikling i tråd med målsettingen for økonomisk langtidspan

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet med en tilnærming for å oppnå resultatutvikling i tråd med økonomisk langtidspan. I denne strategien inngår 8 hovedsatsingsområder der innholdet er gitt en omtale i dette kapittelet. Det arbeides allerede med tiltak og endringer innenfor en rekke av disse områdene.

Driftsorganisering/strukturelle endringer inklusive samlokaliseringer og realisering av gevinster fra investeringer

Etter etablering av klinikkene 1.1.2010 er det gjennomført få justeringer i organisasjonen. Det er behov for å gjennomføre endringer i struktur på sykehus- og klinikknivå som gir mer optimal ledelses- og driftsstruktur. Arbeidet er startet med at det er gitt konkrete oppdrag til enkelte klinikker om bedre funksjonsfordeling og organisering av enkelte fagområder. Et eksempel på dette er bedre funksjonsfordeling mellom de to lokalisasjonene for thoraxkirurgi slik at kapasitet på tvers av lokalisasjoner utnyttes og en mer effektiv vaktberedskap sikres. Tilsvarende arbeides det med konkretisering av oppdrag innen andre fagområder hvor urologi, lungemedisin og gastromedisin er eksempler på fagområder der det er behov for en bedre funksjonsfordeling og utnyttelse av kapasitet på tvers.

Samlokalisering – realisering av gevinster fra investeringer

Oslo universitetssykehus HF vil i planperioden 2013-2016 gjennomføre omstillingsinvesteringer for samlokalisering (Fase 1). Investeringene muliggjør flyttinger og samlokalisering av fagmiljøer som har potensialet til å gi en bedre driftsøkonomi. Det vil gjennomføres særskilt oppfølging av de flytteprosjekter som er realisert og realiseres i planperioden for å sikre hensiktsmessig drift i nye lokaler. Det arbeides med rutine og verktøy for monitorering og særskilt oppfølging av flytteprosjektene. Med mange flytteprosjekter blir det viktig å underbygge god planlegging og gjennomføring av prosjektene, sikre effektiv drift ved ny organisering og gode pasientsløyer for å optimalisere pasientbehandlingen med tilhørende riktig bemanning.

Døgn- til dag- til poliklinisk behandling og redusert antall senger

Oslo universitetssykehus HF skal forsterke utviklingen til mer dag- og poliklinisk basert behandling. Gjennomføring skal koordineres med støtteklinikker som leverer operasjonsressurser og diagnostisering (lab/rad). Dette skal redusere senge- og ressursbehovet i sykehuset. Utviklingen vil monitoreres innen de enkelte fagområder og det er som et første ledd i denne utviklingen etablert et eget prosjekt for dagkirurgisk behandling. Det er i tillegg lagt opp til mer dagbehandling av indremedisinske pasienter hvor dagenheten på Ullevål er styrket. I tillegg starter man nå lean-prosjekt innen gynekologisk onkologi. Arbeidet videre vil omfatte konkrete planer for de ulike fagområdene i den enkelte klinikk.

Felles normering

Ved etableringen av Oslo Universitetssykehus HF fulgte det med til dels ulik praksis og kulturer vedrørende den daglige håndtering av driften og bruk av ressurser. Ulikhetene forekommer mellom de tidligere sykehusene, men også innenfor det enkelte sykehus. Som en del av en overordnet strategi for Oslo Universitetssykehus HF er det et mål å oppnå en større grad av likhet i praksis mellom de tidligere foretakene og fagområdene. Det vil på bakgrunn av dette

gjennomføres tilpasninger på tvers av klinikker/lokaliseringer innen flere områder av sykehusets drift. Dette vil blant annet gjelde:

- Sengenormering (antall senger til disposisjon i en samlet enhet)
Det er etablert en anbefalt norm for størrelse på sengeposter i Oslo universitetssykehus på mellom 25-30 senger (voksen-poster). En gjennomgang av sengepoststørrelser ved foretaket viser at 75% av sengepostene i OUS har færre enn 20 senger og 30% har færre enn 10 senger. På bakgrunn av dette legges det opp til et arbeid hvor man vil forsøke å samle mindre sengeposter til mer robuste og effektive felles driftsenheter/sengeområder. En samordnet drift av mindre sengeenheter gjør det enklere å tilpasse bemanning i helgene og lavaktivitetsperioder. Innenfor noen få fagområder er det gjennomført samordning/felles sengeposter på tvers av fag. I det videre vil det utarbeides konkrete planer for hvilke fagområder slik samdrift kan gjennomføres.
- Bemanningsnormering på sengepost (gitt sengetallet og pasientbelegg)
Høsten 2011 vedtok Oslo Universitetssykehus HF en omforent bemanningsnorm på sengepostene. Initiell kartlegging av eksisterende bemanning mot estimert bemanning i henhold til vedtatte bemanningsnorm viser et potensial for omfattende kostnadsbesparelser gitt eksisterende pasientbelegget. Det er derfor etablert egne prosjekter i klinikkene som forestår innføring av bemanningsnormeringen. Prosjektene koordineres av sentral stab som vil gjennomføre kartlegging og sammenlikninger innad i organisasjonen for å sikre lik praksis og gjennomføring i hele Oslo Universitetssykehus HF.
- Ledelses- og støtteressurser på enheter
Det er til dels stor forskjell mellom klinikkene, avdelingene og seksjonenes omfang av ledelses- og støtteressurser. Det er et behov for å harmonisere klinikkene praksis på området. Som eksempler nevnes koordinerende stillinger, assisterende stillinger og fagutviklingsansatte. Det tas sikte på å utarbeide oversikt over eksisterende praksis og deretter enes om en felles tilnærming i Oslo universitetssykehus HF.
Det er gjennomført kartlegging av uformelle ledere i organisasjonen, ofte benevnt koordinatorstillinger. Antall medarbeidere med denne type stilling utgjør ca 200 og er et eksempel på en funksjon med stor utbredelse der det er behov for å ha en enhetlig praksis.
- Utvidet arbeidstid for leger
De totale kostnader ved kjøp av utvidet arbeidstid er betydelige og det er også store variasjoner i legenes arbeidstid mellom lokasjonene og fagområder i Oslo Universitetssykehus HF. Dette gjenspeiler igjen store forskjeller i både lønnsnivå og arbeidsbelastning. Det er nå implementert et felles verktøy der alle vakt- og tjenesteplaner for leger er innarbeidet. Som et ledd i å utjevne arbeidsbelastning på legeressursene og tilstrebe en omforent praksis iverksettes et arbeid med å gjennomgå alle vakt- og tjenesteplaner i Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med klinikkene og avdelingene.

Effektivisering av pasientforløp

Kompetansenivået innen arbeidet med å utarbeide bedre og mer effektive pasientforløp skal styrkes. Dette vil være et ledd i å heve kvaliteten på helsetjenestene i Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides for tiden aktivt med evidensbaserte pasientbehandlingslinjer og pasientforløp i foretaket. Det er bl.a. utarbeidet et eget veilederhefte for pasientforløp og behandlingslinjer og en nivå 1-prosedyre for utarbeidelse og koordinering av pasientforløp og behandlingslinjer. I tillegg

ble første prosessveilederkurset gjennomført i juni. Arbeidet videre følges opp i en serie av månedlige møter.

Det er laget en nettside hvor behandlingslinjene merket med behandlingslinjeansvarlig, aktuelle ICD10-koder og angivelse av forventet ferdigstillelsesdato står oppført slik at oversikt over arbeidet enkelt kan kommuniseres både internt og eksternt. Det er for øyeblikket mer enn 30 identifiserte behandlingslinjer med ulik status på listen og alle klinikker er i arbeid med minst ett pasientforløp. Sykehuset deltar også aktivt i pasientforløpsarbeid initiert fra Oslo kommune og fra Helse Sør-Øst RHF. Sentral stab vil følge opp klinikkene i det videre arbeid med effektivisering av pasientforløp slik at gjennomføring og koordinering sikres samt at arbeidet med nye pasientforløp startes kontinuerlig.

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Personalressursstyringen ved sykehuset skal styrkes. Mange avdelinger er gode innenfor dette området, men interne og eksterne gjennomganger viser at det er store variasjoner og behov for økt ansvarliggjøring av lederne. Et pilotprosjekt i Klinik for kirurgi og nevrofag avdekket store variasjoner i planlegging og bruk av personell. Erfaringer viser at det er store kostnadsbesparelser ved i større grad å planlegge bemanningen ut i fra aktivitet, lage arbeidsplaner i henhold til behovet samt gjennomføre faktisk bemanning ut fra behov fremfor å ha roterende arbeidsplaner som i for liten grad samsvarer med den løpende aktivitet og behov. Implementeringen av et nytt ressursstyringsverktøy (GAT) vil bidra til bedre oversikt og kontroll på området og vil også kunne kobles med aktivitetsdata.

Det er til vurdering å etablere en egen sentral enhet (alternativt nettverk) som både kan analysere, vurdere og styrke kompetanse og gjennomføring i klinikkene. Innføringen av et felles GAT på Oslo Universitetssykehus HF gjennomføres parallelt med BRASSE-prosjektet (Bedre Ressursstyring, Arbeidsplanlegging, Styring, Systemer og Endringsledelse) i regi av Helse Sør-Øst RHF. BRASSE-prosjektet er per i dag i en piloteringsfase ved Sykehuset i Vestfold, og Helse Sør-Øst RHF vil parallelt med dette startes opplæring av personell fra andre helseforetak i den metode som blir tatt i bruk i BRASSE-prosjektet. Det er forventet at organisasjonen vil kunne realisere betydelige kostnadsbesparelser knyttet til bedre ressursstyring.

Samhandling med Oslo kommune

Oslo universitetssykehus HF vil trekke opp tydeligere grenser for det ansvaret foretaket har i pasientbehandlingen opp mot førstelinjeansvaret til Oslo kommune (se omtale under kapittel 3 d. effekter av samhandlingsreformen). Oppgavedeling med Oslo kommune vil vurderes både innen psykisk helsevern og somatikk.

Samhandling med de andre sykehusområdene

Oslo universitetssykehus HF vil utvide den praksis som eksisterer innenfor enkelte fagområder med tidlig utskrivning av pasienter til lokalsykehusene. Oslo universitetssykehus HF vil endre praksis i oppgavedelingen i pre- og post-klinisk fase for pasienter som kommer til behandling på flerområde, regions- og landfunksjonsnivå. Endringene må skje i samarbeid med de andre foretakene og bygge på forbedringsinitiativ knyttet til kvalitativt gode og effektive pasientforløp. Det er behov for støtte fra Helse Sør-Øst RHF i gjennomføringen. I oppdragsdokumentet for 2012 heter det:

"Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide retningslinjer for når en pasient skal få behandling på regionsnivå og når pasienten kan utskrives til områdenivå. Dette arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med de enkelte helseforetak i regionen."

Det er i tråd med dette oppdraget inngått intensjonsavtale med Sykehuset Innlandet. Det er også etablert en dialog med Sykehuset i Østfold. Gjennom planperioden vil arbeidet med å få på plass gode ordninger med deling av kompetanse med mottakende sykehus for flere fagområder intensiveres. Som del av dette arbeidet har Oslo universitetssykehus HF noe erfaring i bruk av felles prosedyrer og videokonferanser innenfor fagområder som kan utnyttes. Det er stort potensiale for å øke omfanget av slik samhandling. Det er også ønskelig å få etablert rotasjonsordninger med andre sykehus i regionen slik at for eksempel LIS-leger kan ha kortere opphold ved Oslo universitetssykehus HF for å bli fortrolig med prosedyrer og manualer.

I tillegg skal strategiarbeidet som pågår høsten 2012 gi føringer for satsningsområder og områder hvor Oslo universitetssykehus HF kan samarbeide mer med omkringliggende sykehus slik at det skaffes et rom for strukturelle endringer og optimalisering av driften i Oslo universitetssykehus HF og foretaksgruppen.

Innkjøp

Innkjøp representerer totalt ca 4,5 milliarder i verdi. Av dette går vel 2,5 milliarder til medisinske formål i klinikkene samlet. Det inngås rammeavtaler på tre nivåer, lokalt, regionalt og nasjonalt. Avtaledekningen er 70-75 pst, hvorav nasjonale og regionale avtaler dekker til sammen om lag 35 pst av innkjøpsvolumet. En del større kostnadsområder er ikke egnet for rammeavtaler, som kommunale avgifter, avtaler med UiO, husleier, pasientskadeerstatninger m.m.

Bruk av avtaler ved bestilling er en forutsetning for å kunne styre kostnaden. I tillegg til pris påvirkes sluttkostnaden også av forbrukt volum. Klinikken påvirker valg av produkter og står for bestillingen. Våre tre elektroniske bestillingssystemer utfordrer Oslo universitetssykehus HF på produktvalg, oppdatering av kataloger, kontroll og rapportering. Innkjøpsavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF vil i 2013 gjennomgå innkjøpsprosessen og forbedre opplæring av de med bestillingsfullmakt. Det vil bli rapportert på faktisk bruk av rammeavtaler pr klinikk og innkjøpsavdelingen vil i større grad følge opp med veiledning. Utrulling av aktiv forsyning på Ullevål sykehus vil ytterligere bidra til bedre kontroll på vareforbruk totalt sett. Målsettingen er å øke den totale forståelse av bruk av rammeavtaler i Oslo universitetssykehus HF.

I løpet av planperioden forventes det innført et felles regionalt innkjøpssystem. Tidsplanen er per i dag usikker. Ved implementering forventes det effekt innenfor avtalebruk og volum bla som følge av felles kataloger som kan implementeres og enklere fullmaktstruktur, herunder bedre utnyttelse av kompetanse ved gjennomføring av innkjøp.

Tabellvedlegg ØLP 2013-2016 (2026)

1. Investeringer
2. Aktivitet
3. Resultat
4. Årsverk
5. IKT: Drift og investering

1. Investeringer 2013 – 2016 (2026)

Investeringer pr Prosjekt	Påløpt pr 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	Snitt per år 2017-2026	Totalt	Totalt inkl påløpt før 31.12.2012
Investering MTU finansiert av overskudd	-	-	4 000	150 000	90 000	149 000	1 734 000	1 734 000
Videreføring eksisterende drift bygg	-	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	1 050 000	1 050 000
Videreføring eksisterende drift MTU	-	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000	2 240 000	2 240 000
Videreføring eksisterende drift annet	-	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	840 000	840 000
Lånefinansiering RHF Byggelånsrenter	-	20 621	15 736	3 516	48 939	57 712	665 935	665 935
Fase 1 samlokalisering (1)	681 023	479 800	253 000	76 200	10 000	-	819 000	1 500 023
Samhandlingsarena Aker (2)	29 500	45 500	-	-	-	-	45 500	75 000
Fase 2	6 000	161 629	805 487	1 629 163	1 980 985	601 919	10 596 455	10 602 455
Fase 3	-	-	-	-	33 694	450 702	4 540 713	4 540 713
Sum	716 523	1 002 550	1 373 223	2 153 879	2 458 618	1 554 333	22 531 603	23 248 126

1) Påløpt per 31.12.2012 er ut fra prognose per 2. tertial 2012.

2) Midlertidig finansiert av Fase 1.

2. Aktivitet

Somatikk	F2011	B2012	2013	2014	2015	2016
Sum antall DRG-poeng i ht. "sørge-for"-ansvaret	204 070	191 753	193 480	195 223	196 983	198 758
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (ekskl. dyre biologiske legemidler utenfor sykehus)	216 857	204 599	206 437	208 290	210 158	212 040
Totalt antall DRG-poeng : Endring i %		-5,65 %	0,90 %	0,90 %	0,90 %	0,90 %
Psykisk helsevern	F2011	B2012	2013	2014	2015	2016
Psykisk helsevern for voksne						
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (VOP)	1 415	1 087	1 087	1 042	1 042	1 042
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	678	-	-	-	-	-
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	69 074	70 713	72 834	73 562	74 298	75 041
Psykisk helsevern for barn og unge						
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (BUP)	140	92	92	92	92	92
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 707	3 020	3 020	3 020	3 020	3 020
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	46 344	49 189	50 763	51 271	51 783	52 301
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)						
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt (TSB)	3 282	2 287	2 287	2 287	2 287	2 287
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	659	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	8 966	9 642	10 057	10 158	10 259	10 362

3. Resultat

Resultatbudsjett ØLP 2013 - 2016 Beløp i TNOK	Resultat 2011	Budsjett 2012	Estimat 2012	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016
Basisramme	9 924 662	10 421 368	10 421 368	10 350 830	10 212 591	10 272 287	10 338 752
Aktivtetsbaserte inntekter	5 990 784	5 843 893	5 863 744	5 897 151	5 850 432	5 894 297	5 938 504
Andre inntekter	1 929 683	1 600 193	1 695 193	1 620 193	1 620 193	1 620 193	1 620 193
Sum driftsinntekter	17 845 129	17 865 454	17 980 305	17 868 174	17 683 216	17 786 777	17 897 449
Varekostnader inkl. kjøp av helsejenester	2 507 747	2 408 964	2 462 964	2 424 440	2 440 123	2 463 905	2 487 878
Lønn- og innleiekostnader	12 493 646	12 468 100	12 687 951	12 037 422	11 535 869	11 412 193	11 488 250
Avskrivninger/hedskrivninger	873 215	800 000	800 000	794 603	801 696	811 276	847 685
Andre driftskostnader	2 413 414	2 490 832	2 476 833	2 523 605	2 620 463	2 620 498	2 596 767
Sum driftskostnader	18 288 021	18 167 896	18 427 748	17 780 071	17 398 152	17 307 873	17 420 580
Resultat før finans	-442 892	-302 442	-447 442	88 103	285 064	478 904	476 869
Netto finans	115 869	97 558	77 558	88 104	115 065	128 904	126 869
Driftsresultat	-558 761	-400 000	-525 000	-1	169 999	350 000	350 000

4. Bemanning (årsverk)

	Resultat 2011	Budsjett 2012	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016
Bemanningsutvikling:						
Brutto månedesverk totalt	17 376	16 540	16 137	15 460	15 298	15 394

5. IKT: Drift og investering

	Estimat 2012	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016
Drift					
Omslingsaktiviteter og driftskostnader i prosjekter	55 700	51 000	61 500	51 000	35 000
Driftskostnader i prosjekter for videreføring av ordinær drift	2 300	5 000	13 000	13 000	13 000
Lokale IKT avd kostnader (ekskl. prosjekter og SP)	40 568	42 524	42 524	42 524	42 524
Tjenestevtale (SLA)	440 250	471 718	511 198	556 258	591 918
Tjeneste pris til nye og endrede tjenester	31 468	59 480	85 060	95 660	51 900
Tjenestepriis reduksjon i følge av terminering av systemer		-20 000	-40 000	-60 000	-80 000
Bestillinger til SP som ikke er prosjekter.	14 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Totalt Avskrivningskostnader	129 588	183 964	273 796	266 478	283 760
SUM driftskostnader	658 174	762 687	905 578	933 920	923 102
Sum drift	713 874	813 687	967 078	984 920	958 102
Investeringer					
Regionalt finansierte omslingsprosjekter	134 000	25 300	39 300	8 000	0
Lokalt finansierte prosjekter	40 000	32 500	31 500	29 500	26 500
Annen finansiering	0	0	0	0	0
Regionalt finansierte prosjekter	123 400	361 000	419 000	215 000	103 000
SUM prosjekter for videreføring av ordinær drift	163 400	393 500	450 500	244 500	129 500
Sum investeringer	297 400	418 800	489 800	252 500	129 500

Merknad: Alle beløp er basert på foreløpige vurderinger og foreløpig budsjettgrunnlag.

	PROTOKOLL Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	13.09.2012
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Budsjett 2013 Sak 2 Økonomisk langtidsplan 2013-2016
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Bjørn Erikstein (dir.), Rolv Økland (HR-dir), Morten Reymert (ØK-dir), Johnny Olsen (PHA) <u>Referent:</u> Mari Torset (HR-stab)
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Aasmund Bredeli (Dnlf), Bjørn Wølstaad-Knudsen (Fagforbundet), Jorun Clemetsen (FO), Jonathan Faundez (NITO), Julie Dybvik (NITO), Eli Skorpen (NRF), Ruth Foseide Flenning (Dnlf/Ylf), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Knut Sandli (FF), Birgit Aanderaa (NPF), David Pearson (Parat)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> Per Oddvar Synnes (fvo)

Sak 1 Budsjett 2013

Utkast til styresak var sendt ut.

Morten Reymert orienterte om budsjett 2013. Det ble redegjort for utfordringsbildet i 2013 og hovedstrategi for gjennomføring av tiltak.

Arbeidstakersidens kommentarer

- Utfordringsbildet er krevende og innspill fra klinikkene tyder på lite eller manglende handlingsrom for å møte utfordringene. Budsjettbalanse i 2013 fremstår som urealistisk
- Det er et misforhold mellom forventet aktivitetsøkning (0,9 pst) og reell aktivitetsøkning (3 pst).
- Tilstand på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og bygg er kritisk og det ble stilt spørsmål om hvor ansvaret skal plasseres dersom det oppstår fatale situasjoner
- Det er en mulig risiko forbundet med muligheten til gjennomføring av tiltak som bør skriftliggjøres i teksten
- Det påpekes at tiltakspakken er ikke endelig og stilles spørsmål om "andre forhold" som ikke er tallfestet kan resultere i store beløp
- Det bør samarbeides over klinikkgrensene. Enkelte tiltak forutsetter endringer i andre klinikker enn der tiltakene skal gjennomføres
- Det ble for øvrig gitt noen innspill på begrepsbruk i teksten

Det vises til utfyllende protokolltilførsler vedlagt.

Arbeidsgiversidens kommentarer

- Investeringsbudsjettet presenteres i endelig versjon i desember
- Det er ingen grunn til å forvente at ukjente faktorer skal gi særlig større utslag enn tidligere år
- Det presiseres at sykehusledelsen har det endelige ansvaret for forsvarlig drift (herunder MTU)
- Koordinering på tvers av klinikker er nødvendig og vil også skje i ledergruppen

Sak 2 Økonomisk langtidsplan 2013-2016

Utkast til styresak var sendt ut.

Morten Reymert orienterte om prosessen og arbeidet med økonomisk langtidsplan og innholdet i planen for 2013-2016.

Planen inneholder

- Aktivitetsforutsetninger
- Inntekstmodell
- Investeringer
- Resultatutvikling
- Bemanningstilpasninger
- Driftseffektivisering (krav om fjerning budsjettert underskudd 2013)

Arbeidstakersidens kommentarer

- Arbeidstakersiden peker på mange uavklarte forhold som gir økonomisk usikkerhet, eksempelvis IKT og ulike investeringer
- Det pekes på at budsjettrammen ikke tar høyde for at foretaket er i en omstillingsfase. Heller ikke investeringsbehovet mht bygningsmasse, medisinsk-teknisk utstyr og IKT
- Arbeidstakersiden er bekymret for kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen ved gjennomføring av ØLP
- Det ble for øvrig gitt noen innspill på begrepsbruk i teksten

Det vises til utfyllende protokolltilførsler vedlagt.

Arbeidsgiversidens kommentarer

- Det pekes på at ØLP er retningsgivende for Oslo universitetssykehus i fireårsperioden.
- Sikkerhet for finansiering av investeringer betinger vedtak i Helse Sør-Øst ved godkjenning av forprosjekter

Vedlegg:

Protokolltilførsler fra arbeidstakersiden

- Felles protokolltilførsel fra organisasjonene s. 3
- Norsk radiografforbund s. 4
- NITO s. 5

Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, NITO, Den norske legeförening, Parat, Norsk radiografförbundet, Norske fysioterapeuters förening, vernetjenesten

Dröftingsinnspill til budsjett 2013

Dröftingssaken er en underveis rapportering. Dette innspillet er derfor basert på den kunnskapen vi har om budsjettarbeidet i klinikkene p.t.

Organisasjonene vurderer det totale utfordringsbildet som svært krevende, og at målet om budsjettbalanse i 2013 fremstår som høyst urealistisk.

Inntrykket fra det foreløpige budsjettarbeidet i klinikkene er at det er et marginalt handlingsrom for å møte budsjettutfordringene. Organisasjonene vil også påpeke misforholdet mellom forventet aktivitetsøkning fra HSØ på 0.9 % for 2013, sammenliknet med den reelle aktivitetsøkningen i OUS som er 3 % i inneværende år. Dette misforholdet forverrer utfordringsbildet, og gjør budsjettarbeidet vanskelig. Eksempelvis må bemanningen etter organisasjonenes syn være tilpasset reelt aktivitetsnivå, både for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen, og for å sikre gode arbeidsforhold for de ansatte.

Dröftingsinnspill økonomisk langtidsplan (ØLP) 2013 – 2016

Det er nødvendig for OUS å komme i en situasjon med økonomisk kontroll på driften, som kan gi handlingsrom for investeringer. Dette synliggjøres i målbildet i ØLP.

Organisasjonene kan imidlertid ikke se at det er en realistisk plan som er beskrevet i ØLP. Dette begrunnes med følgende forhold:

- Budsjetttrammen fra eier tar ikke høyde for at OUS har vært, og er, i en omstillingsfase.
- Budsjetttrammen fra eier tar ikke høyde for OUS sitt investeringsbehov i forhold til eksisterende bygningsmasse, nybygg og medisinsk teknisk utstyr.
- Budsjetttrammen fra eier tar ikke høyde for OUS sin reelle aktivitetsvekst inn i 2013

Disse forhold medfører så store og krevende budsjettutfordringer at det ikke vil være realistisk å nå målsettingen i ØLP på en forsvarlig måte. Organisasjonene er på bakgrunn av dette svært bekymret for negative konsekvenser for kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen, og for arbeidsforholdene til de ansatte.



120912

Protokolltilførsel drøftingsmøte ØLP og budsjett 2013.

Vi setter pris på at ledelsen til en viss grad synliggjør de risikoene som de stramme økonomiske rammene gir Oslo universitetssykehus.

Vi må likevel melde at det er svært alvorlig at ikke investeringer er med i budsjettet før man kommer i balanse med de økonomiske rammene Oslo universitetssykehus har fått tildelt.

Det kan få fatale konsekvenser for pasientene.

Tilstanden på MTU og bygg er svært kritisk.

Dersom det ikke blir vurdert som kritisk nok at det kan få fatale konsekvenser at MTU havarer, så er det svært dyrt og lite konstruktivt for anbudsprosesser å handle når utstyr havarerer.

Det er destruktivt for ansatte stadig å bli konfrontert med påstander om ineffektiv drift, og krav om å finne de hender man ikke har bruk for.

I stedet bør man få kostnadskontroll på hva ”sørge for ansvaret” koster, og hvor mange hender trenger man for å svare ut dette. Videre så er det bakstreversk og uøkonomisk å hindre investeringer for å gjøre arbeidet vi er pålagt å utføre mer hensiktsmessig.

Det er ikke fokus på liggedøgn pasientene får fordi de venter på radiologiske tjenester. Det er ikke fokus på de sengeposter som har gjennomsnittlig 100 % belegg. Det er ikke fokus på de sekundærkostnadene ved å tvinge Oslo universitetssykehus til å drifte med gammelt falleferdig utstyr, eller utstyr som ikke lenger er diagnostisk holdbart.

Eli Skorpen
Foretakstillitsvalgt
Norsk Radiografforbund
Oslo universitetssykehus

Protokolltilførsel fra NITO

Viser til drøftemøtet holdt 11.09.12 med sakene Budsjett 2013 og ØLP 2012 – 2016.

Innledningsvis

NITO ser positivt på at Oslo universitetssykehus HF fokuserer på resultatmål som tydelig er rettet mot høy kvalitet på virksomhetens tjenester, faglighet og samtidig fokuserer på medarbeidernes involvering. Dette er faktorer som er viktige hvis foretaket skal oppnå de høye krav som stilles under særdeles tøffe forhold.

NITO støtter foretakets vurdering om at planene bærer med seg en høy risiko i forhold til gjennomføring. NITO er svært bekymret for konsekvensene dette medfører for pasientsikkerhet, kvalitet, muligheten og evnen til å investere riktig, utviklings aktivitet og arbeidsmiljø.

ØLP 2012 – 2016

Utfordringsbildet er svært vanskelig og NITO stiller seg kritisk til mange av de uavklarte forhold som gir økonomisk usikkerhet. Jfr. vedlegg for drøftesaken gjelder dette spesielt IKT – kostnader, uavklart mulighet for salg av tomter og at investering i storbylegevakt er som ikke inkludert i ØLP 2013 – 2016. Dette er særdeles viktige faktorer for det totale økonomiske bildet til foretaket og bør avklares med partene som er involvert. Det er også bekymringsfullt at foretaket settes i en kritisk og vanskelig situasjon i arbeid som inkluderer andre parter.

Foretakets evne til å realisere måloppnåelsen er avhengig av mange faktorer, som krever ressurser og investering i ny teknologi og bygningsmasse. Foretaket er etter NITOs syn i et uføre på grunn et lavt investeringsnivå over lang tid. Det er derfor svært bekymringsfullt at fremtidens investering er ivarett av et lavt investeringsnivå i kombinasjon med omstillingsinvesteringer. NITO hevder at foretaket trenger et reelt løft i nær framtid og kan ikke være avhengig av en overskuddslikviditet fra et positivt driftsresultat fra og med 2014. Beklagelig anser NITO dette som svært lite realistisk sett i lys av foretakets resultatutfordring for budsjett 2013.

NITO tilslutter seg organisasjonenes innspill og bekymringer omtalt under saken for ØLP 2012 – 2016.

Budsjett 2013

Utfordringsbildet bærer preg av høye kostnader og et klart behov for effektiv drift. Situasjonsbildet, sett i sammenheng med ØLP, indikerer at oppnåelse av et positiv driftsresultat er svært lite realistisk. Mangel på teknologi, bygningsmasse og høy usikkerhet på kostnadsposter skaper en usikker fremtidsplan. Utdatert medisinsk teknisk utstyr med behov for en massiv investering for å tilfredsstille dagens krav, gjør ikke situasjonen noe bedre. NITO er derfor svært bekymret for hvilke tiltak foretaket blir nødt til å gjennomføre, da de rasjonelle tiltakene blir vanskelig å gjennomføre, som resultat av manglende investeringsmidler.

NITO hevder at klinikkens budsjettarbeid må inkludere løsninger som internfakturering eller andre metoder for å finansiere tjenestene klinikkene yter for hverandre. Separert budsjettarbeid medfører mangel på helhetlig syn av aktivitet og kostnader. Foretaket bør prioritere å opprette systemer, verktøy og prinsipper som ivaretar dette arbeidet.

NITO er svært bekymret for mellomlederne i foretaket. Utfordringsbildet for budsjett 2013 krever svært mye av lederne, som allerede har gjennomført krevende tiltak knyttet til P500. NITO frykter at en det økonomiske fremtidsbildet skaper en skepsis og svært lite motiverende hverdag for lederne. NITO er redd for at foretaket vil lekke mye leder kompetanse, som representerer en viktig rolle for vårt langsiktige mål.

Med vennlig hilsen
Rita von der Fehr
NITO Foretakstillitsvalgt

Jonathan Faundez
Stedfortreder NITO foretakstillitsvalgt

Brynhild Asperud
NITO Klinikktillitsvalgt KDI

Julie Dybvik
Stedfortreder NITO klinikktillitsvalgt KDI

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Klinikkenes rapportering på status

SAK 62/2012: BUDSJETT 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om status for arbeidet med budsjett 2013 til orientering

Oslo den 13. september 2012



Bjørn Erikstein

INNLEDNING

Denne styresaken gir en kort orientering om arbeidet med budsjett for 2013. Klinikken har levert foreløpige innspill på de områder de vil arbeide videre med for å håndtere budsjettutfordringen for 2013 (vedlegg 1). Saken inneholder en kort oppsummering fra klinikkenes innspill, informasjon om de foreløpige rammer for 2013, oversikt over utfordring for 2013 budsjettet, involvering av tillitsvalgte og ansatte og innholdet i styrets videre arbeid med budsjett 2013.

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Administrerende direktør vil understreke at den økonomiske utfordringen for 2013 er meget stor. Basert på den informasjonen som foreligger kan det tyde på at foretaket må redusere kostnadene med over 700 millioner kroner. Dette utgjør en effektivisering av driften i forhold til påvirkbare kostnader på i størrelsesorden 6 pst. innenfor somatikken og støttedfunksjonene. For enkelte klinikker vil dette slik budsjettet så langt er lagt, bety en reduksjon i kostnader på over 10 pst. Dette skyldes både at driftskostnadene i klinikken til dels er betydelig høyere enn budsjettet i 2012, hvilket gir en for høy inngangsfart inn i 2013, og klinikkenes andel av budsjettutfordringen i 2013.

Det er holdt igjen en sentral pott på i størrelsesorden 100 millioner kroner. I det videre budsjettarbeidet er det viktig å vurdere hvordan deler av denne potten kan understøtte driftsendringer på tvers av klinikker som totalt sett gir driftseffektivisering og kostnadsreduksjoner.

Administrerende direktør har lagt vekt på å gi styret en så god orientering om status for budsjettarbeidet som mulig. I vedlegg til denne styresaken er det gjengitt de tiltakene klinikken arbeider med, og vedlegget gir også et bilde av status for budsjettarbeidet i den enkelte enhet. Administrerende direktør vil understreke at det med dette ikke er tatt stilling til de enkelte tiltakene. Oversikten viser imidlertid at det arbeides omfattende og grundig med budsjettet, men at det på dette tidspunkt ikke er tilstrekkelig med tiltak for å håndtere utfordringen.

På bakgrunn av klinikkenes innspill og interne diskusjoner vil administrerende direktør spisse arbeidet med budsjett 2013 ved at sykehusledelsen i større grad enn tidligere går inn og bistår klinikken på utvalgte gjennomgående områder. De områdene som så langt er valgt ut er:

- Størrelse, bemanning og drift av sengeposter
- Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)
- Innkjøp
- Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune
- Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring

FAKTADEL

a. Økonomiske rammetildelinger og aktivitetsmål satt av eier

I tabellen under omtales de forhold som påvirker kostnadsrammen for Oslo universitetssykehus HF fra 2012 til 2013 budsjettet.

Moment	Økonomisk konsekvens
Kompensasjon for økte pensjonskostnader 2012	Økte pensjonskostnader er kompensert med 320 mill kroner. Dette er en reduksjon i finansieringen fra 2012 til 2013 på 25 mill kroner.
0,25 % til regionale prioriteringer	Basisrammen er redusert med 11,6 mill kroner for å bidra til regionale prioriteringer.
RASP (regional enhet for spiseforstyrrelser) – økt kapasitet	Økning på 10 mill kroner relatert til helårseffekt av tildeling for økning i 2012.
Implementering av inntektsmodeller	Implementering av inntektsmodeller gir en netto reduksjon i basisramme på 59 mill kroner. Det er 51 mill kroner mer enn det som fremkom av inntektsramme benyttet i ØLP i mai. Dette relateres til utvidet gjestepasientoppgjør for poliklinisk stråleterapi som skal budsjetteres som en aktivitetsbasert inntekt og ikke basistilskudd. Reduksjonen er imidlertid om lag 20 mill kroner for høy etter Oslo universitetssykehus vurderinger, og dette er tatt opp med Helse Sør-Øst RHF.
Økte midler til aktivitet og omfordeling av midler til sparing	Økt basis med 29,7 mill kroner. Uendret fra økonomiske forutsetninger benyttet i ØLP i mai,
Samhandlingsreformen, overføring til kommuner knyttet til utbygging av ø-hjelpstilbud	14,6 mill kroner overføres fra foretaket til kommunen.

Aktivitetsmål i DRG

Foreløpige aktivitetsforutsetninger er gitt av eier og innebærer en vekst på 0,9 pst. fra 2012 budsjettet til 2013 budsjettet. Etersom Oslo universitetssykehus HF har et estimert avvik på 2-3 pst ut over budsjettet for 2012 innebærer dette en reell reduksjon i aktivitet for 2013. De endelige aktivitetsforutsetningene er imidlertid ikke satt og vil både avhenge av den beregnede vekst i statsbudsjettet og Helse Sør-Øst RHF's vurderinger i forbindelse med bestillings- og oppdragsdokument-møtene.

Utfordring for 2013

En foreløpig vurdering viser en samlet utfordring i 2013 på mellom 7-800 millioner kroner:

- 200 millioner kroner i budsjettavvik i 2012 (utenom eiendomssalg og ekstraordinære nedskrivninger)
- 400 millioner kroner i endret styringsmål fra 2012 til 2013
- Om lag 100 millioner kroner i økte IKT kostnader fra 2012 resultat til 2013 budsjett

- 25 millioner kroner i ytterligere underdekning pensjon fra 2012 resultat til 2013 budsjett
- Usikkerhet om andre forhold

På dette tidspunktet i budsjettarbeidet er det usikkerhet knyttet til de økonomiske rammebetingelsene innenfor flere områder. Erfaringen er at det er størst usikkerhet knyttet til større budsjettposter som avsetning til lønnsoppgjør, endringer i økonomiske forutsetninger for pensjon og uforutsette endringer i rammebetingelser som innsatsstyrt finansiering (grupper-endringer). Det er også stor usikkerhet knyttet til kostnadsnivået til Sykehuspartner IKT, og hvorvidt det lave rentenivået fra 2012 vil videreføres. Av denne grunn deles ikke alle budsjettmidler ut til klinikkene. For å kunne håndtere uforutsette forhold både under budsjettarbeidet og i løpet av budsjettåret er det behov for å ha noe ufordelte budsjettmidler sentralt. Det er foreløpig budsjettert om lag 100 millioner kroner for å ivareta denne usikkerheten. Ved tildeling av endelige rammer til klinikkene medio november vil det bli foretatt en ny vurdering av behovet for midler til uforutsette forhold, og hvordan deler av sentral pott kan benyttes for å understøtte driftsendringer på tvers av klinikker som totalt sett gir driftseffektivisering og kostnadsreduksjoner.

c. Tiltak det arbeides med i klinikkene for å håndtere den økonomiske situasjonen

Tilpasningen til budsjettet for 2013 har vært hovedtema på flere utvidede ledermøter og klinikkene har lagt ned et omfattende arbeid med å konkretisere nødvendige tiltak og områder der driften kan effektiviseres for å tilpasses gjeldende rammer.

Oppsummeringen under baserer seg på klinikkens første budsjettleveranse 3. september. De ble der bedt om å foreta en vurdering av utfordringen, beskrive hovedstrategien for å møte den, og hvordan klinikkene organiserer arbeidet med budsjett 2013. Tilbakemeldingene er gruppert i åtte områder som omtales under. Samtlige av klinikkens tilbakemeldinger finnes i vedlegg 1. Det presiseres at vurderingen av utfordringen i klinikkene er basert på den rammetildeling som ble foretatt ultimo juli. Det vil forekomme justeringer i budsjetttrammene til klinikkene frem til medio november og endelig budsjettleveranse.

Generelt vurderer klinikkene det som krevende å tilpasse driften til de tildelte rammer. Det er fremdeles variasjon i hvor langt klinikkene har kommet i prosessen med konkretisering. Det presiseres at dette er en foreløpig budsjettleveranse. Neste leveranse fra klinikk er forventet den 9. oktober og presenteres på styremøtet den 25. oktober. Det vil da foreligge en vurdering fra hver klinikk når det gjelder omfang av tiltak og i hvilken grad tiltakene vil være tilstrekkelige til å dekke den økonomiske utfordring.

1. Driftsorganiseringer, strukturelle endringer

Flere klinikker har over lengre tid jobbet med strukturelle endringer, men melder om ytterligere planer for 2013 som innbefatter sammenslåing av sengeposter og flytting av aktivitet. Noen eksempler er:

- Samling av gynekologisk kreft ved Radiumhospitalet (KVB)
- Flytting og omstrukturering av Karavdelingen (HLK).
- Tre avdelinger til en avdeling for forebyggende medisin, senter for sykkelig overvekt og endokrinologisk avdeling (MED)
- Slå sammen sengeposten KAB1 og KAB3 i lavaktivitetsperioder (KKN).

Enkelte av disse tiltakene vil kreve investeringer og bygningsmessige tilpasninger, men kan bidra til mer effektiv drift. Herunder samlokalisering etter overføring av aktivitet. Samlokaliseringen ved OUS HF har vært sterkt knyttet til aktivitet som tidligere var utført ved Aker. Selv om mye av aktiviteten er flyttet ut av Aker er det fortsatt en rekke klinikker som har drift tre steder, slik at samlokalisering fortsatt er et relevant virkemiddel for å nå budsjettet for 2013. Som et eksempel utreder Klinikk for Kvinne og barn om sengepost 3 etg. barn Ullevål (10 senger) kan flyttes til Rikshospitalet. Klinikk for Kreft, Kirurgi og Transplantasjon (KKT) ser på gjennomføring av flytting av urologi til Ullevål som et viktig virkemiddel for å kunne nå sin budsjettbalanse.

2. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

En omlegging av aktivitet fra døgn til dag og poliklinikk vil gi reduserte driftskostnader for OUS, gjennom reduserte senger og mindre behov for dyre vakter på kveld og natt. En slik omlegging av driften vil kunne realiseres i forbindelse med strukturelle endringer, men vil også kunne realiseres innen de eksisterende strukturene. Enkelte fagområder jobber særskilt aktivt med slike omlegginger. Flere klinikker trekker frem innføringen av sammedagskirurgi og etablering av en ny dagenhet for voksne som en mulighet til å redusere behovet for senger.

3. Effektivisering av pasientforløp

Det er stilt særskilte krav til klinikkene om å jobbe med effektivisering av sine pasientforløp. Dette spesielt med tanke på bedre utnyttelse av den kirurgiske operasjonskapasiteten. Det legges opp til en rapportering på ett til to pasientforløp ved samtlige klinikker. Det er etablert flere LEAN prosjekter ved klinikkene som forventes å gi besparelser.

Som en del av dette arbeidet jobber KDI og AKU med hvordan støtteklinikkenes ressurser kan bidra på en mest mulig effektiv måte inn i pasientbehandlingen. Dette omfatter prosjekter knyttet til riktig bruk av rekvisisjoner, prøvetakning på post og koordinering av operasjonsprogram.

Samhandling og oppgavedeling

Samhandling med andre omsorgsnivåer, kommune og private aktører er et viktig virkemiddel for å tilpasse aktiviteten til OUS sine rammer. For å trekke frem noen konkrete prosjekter jobbes det blant annet med:

- Føde/barsel vil intensivere samarbeid med Oslo kommune om oppfølging av bl.a. barselkvinner (KVB)
- OUS HF deltar i prosjektet Kommunal Akutt Døgnpost (MED)
- Ultralydundersøkelser, CT og MR skal i større grad utføres ved henvisende sykehus (HLK)

Også ytterligere samhandling med private aktører vurderes innen områdene øye og nevrokirurgi.

5. Felles normering

OUS HF har etablert en bemanningsnorm for sengepostene. Denne normen er retningsgivende for drift av sengeposter i Oslo universitetssykehus. Det har i flere klinikker pågått et omfattende arbeid for å vurdere og deretter tilpasse bemanning på sengeposter til den vedtatte bemanningsnormering. Det forventes full implementering i løpet av 2013 med god effekt. Som eksempel var Medisinsk klinikk tidlig ute med normering og Klinikk for Kreft, Kirurgi og Transplantasjon gjennomførte et bemanningsnormeringsprosjekt som i løpet av 2012 ga bemanningsbesparelser, men der den fulle effekten av dette tiltaket er forventet å komme i 2013. Det arbeides også med andre områder for felles normering i Oslo universitetssykehus. Eksempler på dette er kapasitet for ledelses og støtteressurser, kapasitets og bemanningsjusteringer i helg, vaktordninger for leger m.m.

6. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser.

I tillegg til innføringen av bemanningsnormer på sengeposter melder flere klinikker om forventede gevinster knyttet til redusert kjøp av UTA-tid for leger og bedre planlegging av bemanning for eksempel i forbindelse med lavaktivitetsperioder, som ferier, helg og helligdager. Dette arbeidet vil bli koordinert og det vil rettes særskilt oppmerksomhet på at dette følges opp i alle klinikker.

7. Innkjøp

Selv om den største andelen av Oslo universitetssykehus sine driftskostnader er knyttet til lønn er årsbudsjettet for andre kostnader på 4,5 milliarder kroner. Det vil derfor bli vurdert hvilke særskilte tiltak som bør gjennomføres for å redusere innkjøpskostnadene hva gjelder volum og benyttet leverandør/pris i 2013. Et element i dette er at foretaket også i 2013 må benytte tre separate innkjøpssystemer. I klinikkens vurdering av tiltak melder blant annet Hjerter-Lunge og Karklinikken at de vil forvente gevinster av HINAS avtalene og Klinikk for Kreft, Kirurgi og Transplantasjon forventer reduserte kostnader til medikamenter.

d. Investeringsbudsjett for 2013

I behandlingen av økonomisk langtidsplan 2013-2016 er det lagt til grunn et budsjett for omstilling (Fase 1-3) og videreføring av drift. Det tas sikte på å utarbeide et endelig investeringsbudsjett for 2013 som er innenfor rammene av økonomisk langtidsplan 2013-2016. Styret vil den 17. desember bli forelagt et forslag til periodisert budsjett for Fase 1 og Fase 2 for 2013 og et periodisert investeringsbudsjettet til videreføring av drift inndelt i områdene IKT, eiendom, medisinsk teknisk utstyr og annet.

e. Timeplan for det videre arbeidet med budsjett 2013

Det er lagt opp til en tretrinns behandling av budsjett 2013 i styret gjennom høsten, med tilsvarende leveranser fra klinikkene. Første leveranse fra klinikk er

til styremøte 20. september. I det videre budsjettarbeidet er det lagt opp til følgende hovedleveranser fra klinikkene:

Til styremøte	Innhold	Leveranser fra klinikk
25. oktober	<ul style="list-style-type: none">• Detaljert beskrivelse av utfordringsbildet• Foreløpig tiltaksversikt• Overordnet risiko- og konsekvensvurdering• Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte• Investeringsbehov	9. oktober
17. desember	<ul style="list-style-type: none">• Detaljbudsjett innenfor aktivitet, bemanning, økonomi, tiltak og investeringer• Risiko- og konsekvensvurderinger• Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte og referat fra behandling i AMU	23. november
Januar / februar	<ul style="list-style-type: none">• Periodisert budsjett	

f. Medvirkning og drøfting av budsjettet

Det er tydeliggjort en klar forventning til alle ledere med budsjettansvar ved Oslo universitetssykehus om å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombud i budsjettprosessen for 2013. Det er presisert at prinsippene for medvirkning skal følges.

Det er iverksatt en egen kontroll for å sikre at dette overholdes ved gjennomføring av årets prosess. Hver klinikk skal oppdatere et skjema med kontrollspørsmål som skal følge budsjettleveranse fra klinikk.

Klinikk

Klinikk psykisk helse og avhengighet - PHA

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ¹	2.121
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	-30
Resultatavvik per juli (mill.kr)	12.138
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mill.kr)	-14.800

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Klinikken har lagt budsjettforutsetningene i budsjettskriv nr 2 til grunn for sine klinikkvise budsjettforutsetninger.

Klinikkens krav for 2013 er budsjettbalanse. Målsettingen for 2012 er også budsjettbalanse. Utfordringene fra 2012 til 2013 knytter seg opp til håndteringen av netto nedtrekk i ramme, p.t. på 14.8 mill. kr.

3. Klinikkens hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Klinikken forankrer sine budsjettforutsetninger, -krav, -føringer og rammefordelinger i klinikkens ledergruppe. I regi av klinikkens økonomistab gjennomføres det informasjonsmøter med alle ledere, inkludert enhetsledere på kostnadssteder der klinikkens budsjettforankringer blir gjennomgått. Klinikkens ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i henhold til føringer fra OUS. Klinikk A utvidere generell informasjon med opplæring i budsjettverktøy i september 2012.

Klinikkens reduksjon i rammen på 14.8 mill kr fordeles utover i klinikkens avdelinger avhengig av endringer i drift og relativ fordeling av nedtrekk i ramme som en effekt av revidert inntekstmodell. Den relative fordelingen baseres på samme fordeling som for 2012.

Netto nedtrekk i ramme på 14.8 mill. kr håndteres ved en netto reduksjon på 30 årsverk fordelt utover i klinikken. Reduksjonen blir en videreføring av innplasseringsprosessen 2011-2012, idet vi viderefører ukentlig møter med ledergruppen i fordeling tilbud om ledig stilling avdelingsoverspennende til ansatte. Driftsendringene for 2013 er ulike utover i klinikken. I hovedtrekk er endringene følgende;

- a. Samlokalisering / arealeffektivisering
- b. Samhandling med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) i henhold til Områdefunksjoner neni Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB), Spiseforstyrrelser og Rehabilitering av pasienter med omfattende funksjonssvikt
- c. Reduksjon i antall døgnplasser
- d. Sammen slå enheter
- e. Aktivitetsendringer fra døgn til poliklinisk og ambulant behandling

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

f. Samhandling med bydelene

På enkelte områder er det også behov for å styrke fokuset på fagutvikling og nødvendig kvalitetsheving i pasienttilbudet.

Driftsorganisering, strukturelle endringer

Situasjonen er ulik utover i klinikken. Noen avdelinger har gjennomført en vurdering – faglig og bemanningsmessig i tilknytning til innplasseringsprosessen. Andre avdelingers sengeposter arbeider med tiltak til å utnytte bemanningsressursene mer optimalt: flere bemanningsmøter ukentlig med allokering av personale sengeposter i mellom, ”ressurspool” av ansatte i en enkelt avdeling for ny fordeling ved vakanser.

Avdelinger vil ha varierende antall senger på sine poster. Det vil fortsatt være poster med under 25 senger, grunnet forskrifter for pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern (TPH).

Noen sengeposter slås sammen, stenger eller holder lavere aktivitet i lav aktivitetsperioder. Det vil bli fokusert på en større bevissthet mht bemanningen i de ulike avdelinger gjennom året

Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

Det arbeides med ulike tiltak for endring fra døgn-, dag til poliklinisk og ambulant behandling, der det etableres TIPS-team, ROP team og et økt samarbeid kommune / spesialisthelsetjenesten. Fortrinnvis for pasienter innenfor avhengighetsbehandling voksne, førstegangpsykosser, sikkerhetspsykiatri og for pasienter med andre rus og psykiske lidelser.

Vaktordninger og tjenesteplaner vil kunne samordnes og frigi personellressurser. Samlokalisering og arealeffektivisering vil redusere behovet for støttetjenester:

- Transport
- Renhold
- Faste drift- og vedlikeholdskostnader vil reduseres

Effektivisering av pasientforløp

Førstegangpsykosser, rus, affektlidelser, ustabile personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, sikkerhetspsykiatri, utviklingshemning/autisme, ADHD.

I arbeid og under vurdering ved prosedyrer for ”Behandlingslinjer”
Samhandling med andre avdelinger i klinikken, samt mot Psykiatrisk legevakt.

Det er opprettet ventelisteansvarlige på ulike områder, det arbeides med felles inntaksprosedyrer og henvisningsmottak og innføring av nye prosedyrer vedrørende ventelisteadministrering

Samhandling og oppgavedeling

Spiseforstyrrelse, personlighetspsykiatri, affektive lidelse, førstegangpsykosser, barnevern/BUP og områdefunksjoner, akutt og avgiftning (rus), alderspsykiatri

Lovisenberg, Diakonhjemmet, barnevernet, Oslo kommune, private avtaleleverandører innen rus og avhengighet.

Situasjonen ulik utover i klinikken; Mandat er utarbeidet, områdeplan utarbeidet, koordineringsmøter med Oslo kommune. Område funksjoner og finansiering må avklares.

Samlokalisering

- ALD: APS fra Grønland til Ullevål – 16 årsverk (2013)
- JSF : Poliklinikk fra Josefinesgt. 30 til Aker
Ruspoliklinikk fra Ullevål til Aker
Ambulant virksomhet fra Geitemyrsveien 67 til Aker
Adm. Fra Geitemyrsveien 67 til Aker
Døgn fra Pilestredet 77 til Geitemyrsveien 67
- Avdeling avh.beh. voksen er planlagt samlokalisert i felles bygg på sykehusområde Ullevål. Forprosjekt rapport foreligger 3. sept 2012. Pr i dag drifter avdelingen med en seksjon på Gaustad og en på Ullevål. Avdelingen har 58 årsverk.
- SPHBU har i løpet av 2012 gjennomført utredning av en samlokalisering av BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS på Mortensrud. Arbeidet fortsetter inn i 2013.
- SPHBU har behov for ytterligere utredninger vedrørende en eventuell samlokalisering av Barne- og Spesialavdelingen på samme område som Ungdomsavdelingen. Utredningen ferdigstilles i løpet av høsten 2012. En eventuell samlokalisering av Barne- og Spesialavdelingen vil bli gjennomført i løpet av 2013, med fremleie av lokaler i Nydalen.
- Forprosjekt oppstart – Alder
- Forprosjekt oppstart – Josefinesgt. Til Aker

Normering

Ved klinikken ble det våren 2012 satt i gang et arbeid knyttet til bemanningsnormering med utgangspunkt i retningslinjer fra nivå 1. Det inkluderer prosesser med omstilling og innplassering: utarbeidet nye bemanningsplaner med tilhørende stillingsbeskrivelser.

Hovedferieavvikling for 2012 er evaluert i samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud. Planlagt oppstartsmøte i januar 2013 for planlegging av hovedferieavvikling 2013: inkludert vurdering av behov for bemanning og opplæring av ferievikarer.

Avdelingene har vedtatt og vil vurdere nye bemanningsplaner i 2012. Endret saksbehandling knyttet til vurdering av ledige stillinger bør på sikt medføre mindre bruk av variabel lønn.

Avdelinger/seksjoner med høyt sykefravær har bedt om bistand fra arbeidsmiljøavdelingen med sikte på samarbeid for å redusere fravær og gjennom det redusere bruken av variabel lønn.

Avdelingene i utarbeider nye bemanningsplaner. For SRA - I all hovedsak er dagansatte i fagstillinger (unntatt ved Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker) satt inn i helgearbeid (hver 4. eller 6. helg)

Nye tjeneste- og vaktplaner for leger er under utarbeidelse i samarbeid med senterets tillitsvalgte samt med bistand fra klinikkstillitsvalgt

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Bemanningsplaner og styring av personellressurser skal ta utgangspunkt i enhetens behov til hver tid.

GAT brukes aktivt i styring av ressursene og oppfølging av enhetene
Personaldata benyttes til å analysere driften og sammenligne ressursbruken i enhetene

Bemanningen tilpasses aktivitet i lavaktivitetsperioder. Det er fortløpende vurdering av oppgavedelingen mellom faggruppene.

Enheter med høyt sykefravær følges opp individuelt. Sykefraværstatistikken gjennomgås månedlig.

Innkjøp

Driftskostnader utgjør en beskjeden andel av senteres total kostnader ca 10%.
Den største besparelsen vil være å fokusere på medikamentkostnader. Det er allerede igangsatt et arbeid med å overføre ansvaret for depotmedikasjon til fastlegekontorene.

Gjennomgang av antall bestillere i systemet og lære opp disse skal sikre at nye avtaler tas i bruk. Gjennomgang av fullmaksstrukturen skal sikre begrensning i antall ansatte med bestillingsmyndighet og sikre god kompetanse.

4. Hvordan har klinikken organisert sitt arbeid med å redusere driftskostnadene

Klinikken har etablert 10 prosjekter innenfor ulike områder. Det er etablert en prosjekt- organisasjon for hvert prosjekt, denne støttes av ulike stabsressurser. Det er også en målsetting at ressurser, både innenfor stab og drift, koordineres med et strengere krav om tettere samhandling, både vertikalt og horisontalt.

KLINIKK PHA TOP 10 OPPDRAG

Nr	OPPDAG	Ansvarlig	Stab- støtte	Spesifisering
1	Tematiserte fagmøter på klinikknivå	Lars	Ewa	<ul style="list-style-type: none"> Felles fagmøter/dager på tvers av sentrene Fire ganger i løpet av året Øke andelen forskere med klinisk tilknytning med 20 %
2	Ungdoms- medisinsk forum	Ellen	Morten	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan behandles ungdom 15-25 år i klinikk A? Hvilke avdelinger er involvert? Hva vil være den mest hensiktsmessige behandlingen for denne aldersgruppen? Hvilke områder skal det satses på?

3	Storforbrukere av klinikkens tilbud	Øystein	FoU v/Svein Friis	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor mange, hvem og hvilke kjennetegn? • Hvordan kan vi få til behandling på beste effektive omsorgsnivå? • Hva slags samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten vil være nyttig? • Konkret gjennomgang av den enkelte pasient med sikte på å etablere et godt og tilstrekkelig tilbud • Koordineringsenhetens rolle • Bestilling av pasientflytanalyse
4	Spesialisering på DPS-nivå	Øystein	Ulrica	<ul style="list-style-type: none"> • Velge ut ett område for hvert av DPSene • Beskrive hva spesialisering betyr i praksis • Gjennomføring • Akuttfunksjon på DÅS – hvordan dekker vi det?
5	Behandlingslinjer	Anne-Karin	Torun	<ul style="list-style-type: none"> • Ferdigstille behandlingslinjene for: <ul style="list-style-type: none"> * psykososer/ førstegangpsykososer * affektive lidelser • Implementere de ferdig utarbeidede behandlingslinjene • <i>Etablere behandlingslinjer innenfor følgende områder i løpet av 2012:</i> <ul style="list-style-type: none"> * Spiseforstyrrelser * Ustabil personlighetsforstyrrelse
6	Spiseforstyrrelser	Anne-Karin	Torun	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan kan veien inn og ut av et DPS for denne pasientgruppen best ivaretas? • Hvordan bør funksjonsfordelingen være mellom de ulike nivåene – Regionalt nivå, områdenivå og DPS – nivå? • Hva bør vektlegges faglig for å fordele pasientene etter BEON (beste effektive omsorgsnivå)? Hva slags inntakskriterier bør vektlegges på de ulike nivåene? • Hvordan kan samhandlingsreformens intensjoner med BEON settes ut i livet før og etter en poliklinisk behandling evt. innleggelse på sykehusnivå? Hvordan kan alliansen til pasienten og pårørende opprettholdes gjennom hele forløpet? • Hvordan kan DPS og poliklinikkene samarbeide best om å gi denne pasientgruppen en god behandling?
7	Etablere casemøter	Anne Beate	Hilde / Guri	<ul style="list-style-type: none"> • hver annen måned med akuttpsykiatrisk avdeling, rusakuttmottak og legevakt
8	Samhandling	Ewa	Egen stab	<ul style="list-style-type: none"> • Videreføring av arbeidet med redesign og pasientforløp og arenafleksibilitet.
9	Regionalt vs lokalt	Yngve, Karin Petter-Andreas	Gry	<ul style="list-style-type: none"> • Forslag til felles retningslinje for inntak og differensiering mellom lokalt og regionalt nivå • Retn.linje sendes på høring til de HF i HSØ og Oslo Sykehusområde som har flest pasienter knyttet opp regionale avdelinger.
10	Evalueringsbehandlings-effekt	Lars	Morten / Ewa	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk evaluering av behandlingseffekt både for voksne og barn i hele klinikken • Inngå i Portalprosjektet som egen aktivitet

Klinikk

Medisinsk klinikk (MED)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ²	1185	
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	-164	
Avvik fra budsjett per juli	-7.247.000	
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-76.086.000	OBS: utfordringsbildet er større i henhold til forhold beskrevet under.

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**Tilbakeblikk**

Medisinsk klinikk har ved alle budsjettprosesser etter sammenslåingen i 2009 – 2010, pekt på utfordringene OUS har hatt ved etablering av budsjettammer for klinikkene. Vi mener at flere av disse forholdene har medført betydelig utfordring og skjevhet for Medisinsk klinikk, og medfører stor risiko for gjennomføring av budsjett 2013.

Innledningsvis ønsker vi å vise til utfordringene nok en gang:

- Ved sammenslåing til nye OUS ble de historiske rammer videreført. Budsjettering og håndtering av regnskapsmessige forhold var ulikt ved de sammenslåtte HF'ene. Dette medførte betydelig ulikt handlingsrom for klinikkene, med samlet avvik – 44 mill. for Medisinsk klinikk ved inngang ny struktur. Medisinsk klinikk hadde høyt belegg, de laveste tjenesteplaner og laveste lønnskostnader i OUS som understøtter lite rom for reduksjon.
 - **Risiko** for at reduksjon i rammen var historisk betinget og ikke driftsbetinget. Reduksjonen vil ramme pasientbehandlingen, da det ikke er reell mulighet for kostnadsreduksjon av den størrelsesorden.
- Budsjettet er videre vurdert gjennom to tekniske modeller
 - besparingspotensial for sammenslåing (2010)
 - effekt av overføring av pasientgrunnlag til Ahus / VV(2011)
 - **Risiko** for tekniske beregninger som ikke identifiserer reelt potensial.

Omfang av risiko samt samme budsjettmessige skjevheter internt i klinikken medførte at Medisinsk klinikk valgte å ikke benytte flate kutt, men bygget budsjett fra bunnen av. Dette ble gjort ved å etablere felles forankrede prinsipper for ressursallokering (for eksempel bemanningsnorm). Ved den metoden har vi ryddet internt i det vi så i flere år med akkumulerte skjevheter i økonomisk handlingsrom.

² Eksklusive eksternt finansierte stillinger

Utfordringsbilde

Medisinsk klinikk har et betydelig utfordringsbilde i 2013 og kommende år. For 2013 ser utfordringsbildet slik ut pr juli 2012.

	DRG	krav til kostnadsreduksjon	endringer relatert til ny ramme	årsverk	endring fra juli nivå
1 Fart (beregnet)		-7 000	-1 %	-10	-1 %
2 Midlertidig ramme trukket inn		-48 780	-6 %	-73	-6 %
3 Kutt (budsjettskriv 2)		-27 288	-3 %	-41	-3 %
4 Krav til redusert aktivitet	-1 540	-30 738	-3 %	-39	-3 %
5 Uk-meldte		-1 000	0 %	-1	0 %
Totalt krav	-1 540	-114 806	-13 %	-164	-13 %

Fart

Fart vil si det kostnadsnivået vi mener klinikken har ved utgangen av 2012 gitt dagens rammeforutsetning. Det er relativt stor usikkerhet knyttet til dette tallet på nåværende tidspunkt, siden vi har hatt betydelige kostnadsreduksjoner i 2012 og høy aktivitet. Det er krevende å identifisere både de indirekte og direkte konsekvensene av endret driftform. Klinikken er i gang med kontroll av budsjetter etter tiltak for å forankre en baseline for budsjettprosess 2013. Dette vil i større grad sikre et bilde av fart og nyansene i denne.

Midlertidig ramme trukket inn

I 2012 fikk klinikken midlertidig tilført ekstra midler for gjennomføring av budsjett. Dette er for 2013 trukket tilbake. I lys av de prosesser som er gjennomført, sammenslåing og overføring av aktivitet, vil det bli krevende å håndtere en slik reduksjon. Som nevnt innledningsvis mener vi at allerede ved inngangen til OUS (2010) hadde den nye klinikken et utfordringsbilde i denne størrelsesorden.

Kutt

Ved sammenslåingen i 2009 – 2010 arbeidet man med mulige innsparinger. I denne prosessen ble det meldt inn en rekke gode tiltak fra klinikkene. Kostnadsrammene på den enkelte klinikk ble redusert tilsvarende innmeldt potensial.

Disse innsparingene er for 2013 reversert og midler tilbakeført de opprinnelige klinikkene. I utgangspunktet er dette ok gitt at innsparingsforslagene ikke er mulig å gjennomføre, men det er vanskelig å tro at dette gjelder alle forslag opprinnelig meldt inn. Før man reverserer innsparingspotensialet bør OUS ta stilling til om:

1. innsparingen er gjennomført?
2. om det fortsatt er innsparingspotensial?

De reverserte beløpene er for 2013 fordelt flatt ut på klinikkene hvorav Medisinsk klinikk isolert sett får en økt utfordring på 6,4 mill. Dette blir krevende å håndtere.

For 2013 er 325 mill. fordelt flatt etter lønnsmasse. Flatt kutt i 2013 har følgende risikoelementer:

- Vi stiller ikke krav til enheter som har handlingsrom
- Ved stort økonomisk press kan tilbud og kvalitet i pasientbehandling bli redusert uten at pasientgrupper er faglig prioritert
- Urealistiske budsjetter på lave organisatoriske nivåer kan føre til redusert motivasjon som følge av dette økte kostnader

Krav til redusert aktivitet

Medisinsk klinikk har pr. juli 2012 en aktivitet målt i DRG på 6,5 % foran krav. Dette tilsvarer en fart på ca. 1540 DRG poeng over plantall for 2013. Årsaken til dette er:

1. Balansert endring³ 250 DRG lavere enn estimert for 2012
2. Krav om reduksjon på 773 DRG poeng ikke innfridd
 - a. Fritt sykehusvalg
 - b. Høy grad av øyeblikkelig hjelp
3. Tildelt aktivitetsvekst på 0,8 % er i underkant av forventet vekst
4. Overført aktivitet fra annen klinikk ikke justert p.t.

Aktivitetskravet er på et så lavt nivå at det er krevende å legge et forventningsrett budsjett for klinikkens enheter. Særlig i lys av andelen øyeblikkelig hjelp. Klinikken er avhengig av en god prosess rundt balansert endring av aktivitetskrav og at dette blir gjort før arbeidet med innlevering 2 settes i gang for fullt.

UK-meldte

For 2012 budsjettet ble inntektskravet til Medisinsk klinikk økt med 12 mill. Tanken er at denne inntekten ikke vil bli innfridd siden kommunen tar imot pasienter fra første dag. Denne manglende inntekten hentes inn ved å redusere kostnader (les: redusere senger). Siden klinikken har en beleggspersent opp mot 100 er det krevende å ta ned denne kostnaden.

Konklusjon

Fra dagens nivå ned til ny kostnadsramme må klinikken redusere sin aktivitet med ca. 1500 DRG poeng (6 %), 115 mill. i kostnadsramme (13 %) med tilhørende 164 brutto årsverk (13 %).

Dette vil for 2013 med de kutt og endringer som er forespeilet, medføre at klinikken må følge den sentrale metodikk og fordele rammer flatt til avdelinger og koststeder.

³ Balansert endring: endring i aktivitetskrav (DRG poeng) med dertil endring av kostnadsramme basert på gjennomsnittskostnad pr DRG.

Risiko ved dette er:

- Flate kutt – kan ramme skjevt
- Opplevelse av dårligere arbeidsmiljø med mindre lojalitet og lavere motivasjon
- Påvirkning av pasientbehandling

Medisinsk klinikk har i de tre siste årene hatt synlig suksess med å budsjettere fra bunn med knappe og realistiske budsjetter med forankrede tiltaksplaner på laveste nivå. Dette har resultert i uløst utfordringsbilde som er sentralisert i budsjettet (les: usaldert). Vi mener en slik tilnærming gir bedre økonomiske resultater ved årets slutt enn om uløst utfordringsbilde spres til laveste nivå uten synlige handlingsrom for endret kostnadsbildet. Det kreves altså større grep for å løse en felles utfordring på tvers av avdelinger, klinikker og sykehus i Oslo området.

Suksessfaktor for å holde budsjett:

- Bygge opp budsjett fra bunnen, hele OUS
- Kutt plasseres der det gir minst påvirkning på pasientbehandling

3. Klinikkenes hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Medisinsk klinikk har siden sammenslåingen i 2009 bygd budsjetter fra bunn og forankrede prinsipper for ressursallokering. Klinikken er ikke i mål med denne jobben, men har kommet langt med blant annet:

- Innføring av bemanningsnorm på sengepost allerede gjennom prosjekt Redesign
- Ekstensiv kartlegging av overleger med mantra om intet idnr. intet budsjett
- Gjennomgått kjøp av legetid som har resultert i omfordeling og reduksjon (Medisinsk klinikk sammen med Kvinne og Barn klinikken har det laveste kjøp av tid pr lege i OUS).
- Redusert sengeantall
- Andre kostnadsreduserende tiltak

I lys av de grep vi allerede har gjennomført er det marginalt handlingsrom for videre reduksjon i kostnader.

Klinikken vil følge samme metode som beskrevet i budsjettsskriv nr 2, og fordele utfordringen flatt ned til laveste nivå.

a. Driftsorganisering, strukturelle endringer

Klinikken har:

- Slått sammen tre avdelinger (Avdeling for forebyggende medisin, Senter for sykelig overvekt og Endokrinologisk avdeling) til en avdeling.
- Tilbakeført PCI til HLK klinikken og overført Hormonlaboratoriet til KDI klinikken.

Klinikken ønsker å se på:

- Gå i dialog med "speilavdelinger" i andre klinikker og vurdere
 - å slå sammen vaktlag
 - å slå sammen fagområder
- Vurdere utvikling av oppgaver som ikke er lovpålagt

b. Døgn - til dag - til pol og redusert antall senger

Klinikken har:

- Redusert 4 senger i inneværende år. Med bakgrunn i klinikkens beleggsprosent er det ikke mulig med ytterligere reduksjon.

Klinikken ønsker å se på:

- Styrke dagpost tilbud, både internt i klinikken og utover klinikkens grenser
- Etablere ny behandlingssløyfe for pasienter med brystmerter, fra døgn til dag
- Bedre koordinering og logistikk av undersøkelser og prosedyrer med andre enheter, i egen og i andre klinikker (serviceenheter)

c. Effektivisering av pasientforløp

Klinikken har:

- Startet innføring av LEAN som metode for kontinuerlig forbedring

Klinikken ønsker å se på:

- Utbedring av venteseone for pasienter som venter på transport eller som skal til annen behandling
- Styrke akuttmottaket med en overlege til kl 23:00 for å høyne kompetansen i et lengre tidsrom
- Overføre Endokrinologisk poliklinikk fra Aker til Ullevål
- Vurdere dimensjonering av sengekapasitet for å sikre rett pasient til rett fagområde
- Fortsette arbeidet og implementering av LEAN-kultur
- Utarbeide pasientforløp innen KOLS, Lungekreft, samt Slagbehandling (regi av Pasientsikkerhetskampanjen)

d. Samhandling og oppgavedeling

Klinikken har:

- Vært aktivt med i planlegging og gjennomføring av Samhandlingsarena Aker

Klinikken ønsker å se på:

- I hvilken grad Kommunal Akutt Døgnpost (KAD) kan påvirke klinikkens pasientforløp
- Felles møtearenaer mellom klinikkens avdelinger og bydeler for å imøtekomme felles utfordringer.

e. Samlokalisering

Klinikken har:

- Etter overføring til Ahus har klinikken gjort mye og gjennomført samlokalisering av de fleste fagområder på Ullevål, med unntak av endokrinologi, sykkelig overvekt og deler av geriatri.

Klinikken ønsker å se på:

- Flytte endokrinologisk poliklinikk fra Aker til Ullevål
- Vurdere lokalisasjon for Lipidklinikken

f. Felles normering

Klinikken har:

- Gjennomført bemanningsnorm på alle sengeposter i 2011
- Gjennomgått tjenesteplaner for leger, med omfordeling og reduksjon

Klinikken ønsker:

- Å se på felles normering for intensivsenger i samarbeid med Akuttklinikken
- Å se på en mulig omfordeling av sengekapasitet på tvers av klinikker med bakgrunn i objektive beleggstall

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Klinikken har:

- Etablert, som et prosjekt, en bemanningsenhet med stor suksess, for håndtering av delte stillinger

Klinikken ønsker:

- Å gjennomføre Produksjonsplanlegging på alle poliklinikker (pilotprosjekt i gang satt på gastromedisinsk poliklinikk)
- Å benytte EFO-modul i GAT for å styre variable lønnskostnader
- Å videreføre tidligere års arbeid med tjenesteplaner og sommerturnus

h. Innkjøp

- Økonomi har gjennomført eget møte med innkjøp (vedr medikamenter) hvor vi konkluderte med lite potensial for Medisinsk klinikk. 85 % av driftskostnader er lønn.

4. Ressurser i klinikken som arbeider med virkemidler for å redusere driftskostnadene

Samtlige ledernivåer er involvert og er ansvarlig for gjennomføring. Kostnadsreduksjon er et ledelsesansvar med støtte fra stabsfunksjoner.

Klinikk

”Klinikk for kirurgi og nevrofag, (KKN)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ⁴	2020
Beregnet behov for tilpasning av bemanning	230
Økonomisk Resultat per juli	- 84 mill
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	- 66. mill

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

KKN har levert en prognose på 123 millioner kroner i merforbruk. Resultatet per juli er 84 millioner kroner. Rent matematisk fremskrevet gir det et merforbruk på 144 millioner kroner. Klinikkens vurdering av merforbruket ved utgangen av juli er at resultatet antageligvis vil ligge på et sted rundt 135 millioner kroner. I tillegg har klinikken fått et skjerpet budsjettkrav på 66 millioner kroner. Det tilsier at utfordringen inn i 2013 er på om lag 200 millioner kroner. Det er ingen spesielle forhold i klinikkens styringsfart som endrer på dette bildet i verken den ene eller andre retningen.

Klinikkens skisserte strategi for å løse de økonomiske utfordringene vil ikke være tilstrekkelig til å imøtekomme budsjettkravene i 2013. Den vil gi en retning og vi vil oppnå å imøtekomme en del av utfordringen.

Organisasjonen preges av at det har vært satt urealistiske krav til effektivisering og ikke minst at budsjettet er historisk betinget og ikke tar utgangspunkt i at vi har de lengste og største ventelistene. Alle de avdelingene som sliter med økonomien har aktivitet på flere lokalisasjoner og det er heller ikke realistisk at vi kan klare samlokalisering av avdelinger før vi har nye bygg. Som følge av manglende arealer og ikke samkjørte IKT-tjenester, anser man i organisasjonen at det ikke er mulig å effektivisere med de store effektene i 2013. For å kunne gå i riktig retning er det viktig at klinikken får adgang til å øke produktiviteten ved å gjennomføre omlegginger som anses fornuftige og som bringer oss i den ønskede retningen i henhold til overordnet strategi. Urealistiske krav på budsjettsiden anser klinikkleder som demoraliserende for organisasjonen i den situasjonen vi er i og mener det er bedre at reserver som er planlagt lagt sentralt brukes til å lage mer realistisk budsjett for klinikken.

3. Klinikkens hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Klinikk for kirurgi og nevrofag hadde i 2012 en større tiltakspakke som ble forkastet som følge av at den ble vurdert til å ikke være gjennomførbar. I kjølvannet av dette ble det på vårparten nedsatt to grupper i klinikken som ser på forbedringsmuligheter ved forskjellige aspekter ved klinikkens drift. Stikkord for de to gruppenes arbeid er potensial for å kunne konvertere flere pasienter fra inneliggende til dagbehandling, se på muligheten for å redusere vaktlag, bedre ferieplanlegging, vurdere å skape større og mer robuste intermediærenheter, etablere mer robuste sengeenheter, bedre utnyttelse av operasjonsstuer m.m. Gruppene skal

⁴ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

levere en tiltaksplan til 1.oktober. En detaljert gjennomføringsplan for tiltakene skal være klar til november og gjennomføring er skissert fra årsskiftet.

I klinikken strategi inngår også at vi vil prioritere å opprettholde sårbare enheter som i oppdragsdokumentet gjennom år er ønsket prioritert (habilitering) og prioritere nasjonale og regionale funksjoner.

Gruppene har vært innoom alle hovedfokusområdene til sykehuset ift kostnadskutt. Her følger en punktvis gjennomgang:

a. Driftsorganisering, strukturelle endringer

Klinikk for kirurgi og nevrofag har totalt sett omtrent 25 sengeposter i klinikken. Mange av disse sengepostene er under det anbefalte antallet senger på 25-30 senger. For mange av postene vil det være slik også i 2013. Sengepostene er definert ut i fra behov og i noen av fagområdene (Øye, ØNH og plastikk) er det rett og slett ikke behov for så mange sengeplasser. Ortopedisk avdeling har på Ullevål 3 sengeposter med til sammen 50 senger. Det kan være aktuelt og gjøre dette om til 2 poster med 25 senger, men dette handler også om de fysiske lokalitetene som setter begrensninger i dette tilfellet fordi en fortetting representerer en infeksjonsfare. Det samme er tilfelle for Nevrologisk sengepost på Ullevål. På kirurgisk avdeling for barn er det i dag poster på hhv. 12,21,15 og 10 senger. Det er nå vedtatt at aldersgrensen for barn skal være på 18 år. Det innebærer en liten økning av pasientgrunnlaget for avdelingen. I tillegg er det lagt opp til en økning av kapasiteten rundt ØNH-barn. Nye antatte sengetall for 2013 vil være 13,21, 19 og 12 senger. Dette bør da kunne gi noe mer rasjonell drift ift sengepoststørrelse. Det er ellers en betraktning fra mange sengepostledere i klinikken at det som danner en robust sengepost ikke er antall senger i posten, men antall ansatte. Lederspennet bør ikke komme over et visst antall ansatte.

Når det gjelder lavaktivitetsperioder så vil KAB 1 og KAB 3 slås sammen. Det vil også være aktuelt å redusere fra 3 til 2 poster innenfor ortopedi på Ullevål- Man ser også på mulighetene for tettere samarbeid mellom Nevrologisk sengepost og Nevrokirurgisk sengepost på RH.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har mange sengeposter med små intermediearenheter. Det vil kunne være aktuelt for klinikken og samle disse for å skape større og mer robuste intermediearenheter.

b. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

Klinikken har i løpet av de siste årene konvertert mange pasientgrupper fra inneliggende til dagkirurgi og poliklinikk. Blant annet er sengeposten på Øyeavdelingen halvert, ØNH har definert mange egne løp innenfor sin dagenhet og tilsvarende har vært gjort på dagenhet for barn. Derfor ser man ikke veldig store potensial ift til å få nye pasientgrupper konvertert med unntak av for nevrologisk avdeling der vi også vil se på muligheten for å konvertere pasientløp fra inneliggende til dag med eventuelt bruk av hotell. Videre vil det være en del å hente ved å skape flere Same Day Admission(SDA)-forløp. Dette kan for eksempel gjøres ved å også etablere en dagenhet for voksne. Den store gevinsten ved dette vil først og fremst være å redusere mange preoperative liggedøgn. Utfordringen ved å gå over til større grad av SDA er at det stiller enda høyere krav til en god pasientkoordinering. Gode pasientkoordinatorer er en forutsetning for å lykkes med en slik omlegging. I tillegg vil det være en forutsetning at man vil kunne få et godt samarbeid med andre klinikker (særlig anestesi og radiologi) slik at

pasientforløpene blir så effektive som mulig. Som nevnt under punkt A, så har KKN allerede mange ganske små poster. Derfor vil ikke det å redusere liggedøgn og deretter senger nødvendigvis gi store gevinster, da postene allerede er sårbare ift størrelse. Men uansett så vil det å skape gode SDA-løp være god pasientbehandling og er et prioritert satsingsområde i klinikken i kommende år.

Klinikken har flere områder som er aktuelle for dagkirurgi på Aker. Dette gjelder både innen ortopedi, nevrokirurgi, plastikkirurgi og kjevekirurgi. Dette har foreløpig bare vært på idéplan og må konkretiseres nærmere, men det er en klar forventning om å få til noe på dette område.

c. Effektivisering av pasientforløp

En av arbeidsgruppens sentrale fokusområder er å se på pasientforløp som kan gjøres om fra inneliggende til dagkirurgi eller dagbehandling. Det er diskutert en del forskjellige forløp i gruppene, men man har foreløpig ikke bestemt seg for to konkrete løp. Men det er forventet at dette skal være definert senest i oktober og med forventet oppstart fra 01.01.2013. En del av våre pasientløpsforbedringer vil kunne være avhengig av tettere samarbeid både i fra anestesi og radiologi. Spesielt KDI er i dag en stor flaskehals for deler av KKN sin virksomhet, både innen poliklinikk, dagbehandling og for inneliggende pasienter. Vi jobber også med intern organisering av våre operasjonsstuer. Både i forhold til oppstartstider og ikke minst skiftetider, hvor man kanskje har det største potensiale. I tillegg jobbes det med å redusere antall strykninger. Visse enheter i klinikken har alt for høy strykningsprosent og dette skal det jobbes med å redusere.

d. Samhandling og oppgavedeling

Dette punktet er kanskje spesielt aktuelt innenfor ortopedien. Det er allerede innledet et samarbeid med Diakonhjemmet og AHUS innenfor fot/ankel området. Samarbeidet har som hensikt å øke kompetansen til kirurgene ved Diakonhjemmet/AHUS og eventuelt andre sykehus slik at de kan avlaste OUS, og hjelpe til med å redusere de lange ventelistene på fot/ankelseksjonen på sikt. I tillegg har Diakonhjemmet ønsket å overta en bydel fra OUS for eldre med brudd samt at Lovisenberg ønsker flere protesepasienter. Foreløpig har det ikke kommet til en avtale på dette området da OUS har måttet gi fra seg ramme for disse pasientene og det dermed har vært et underskuddsforetakende for vårt sykehus. For andre avdelinger, som for eksempel innenfor Øye og Nevrokirurgi, så vil kanskje samhandling mot de private være mest aktuelt. Men det er et problem at hele regionens kapasitet, særlig innenfor øyefaget, er såpass sprengt at det vil være noe begrenset hva de kan avlaste oss med.

Det er en generell bekymring fra forskningsmiljøet i klinikken at jo mer man går over til å bli et høyspesialisert sykehus med færre og færre lokalsykehuspasienter, så vil mye av forskningsrunnlaget bli borte. Det er derfor viktig å etablere gode avtaler med samarbeidende sykehus også innenfor dette området dersom store pasientvolum skal overføres.

e. Samlokalisering

Klinikk for kirurgi og nevrofag har tidligere gjennomført 2 store samlokaliseringer. Plastikkirurgi har blitt samlet på RH og ortopedien fra aker er flyttet inn på Ullevål. Det er en erfaring (gjelder også tidligere fra Øye og ØNH) at det tar tid før slike sammenslåinger gir positive effekter på driften. For platen sin del så har man også vært nødt til å opprettholde en betydelig aktivitet på Ullevål, slik at sammenslåingen ikke har medført redusert antall vaktlag.

Vi har også erfart at flyttingen har medført mer ineffektive pasientløp ved Riket og dette har medført redusert produktivitet for avdelingen.

For 2013 så vil det ikke være aktuelt å gjøre sammenslåinger av hele avdelinger. Derimot så vil det være aktuelt å slå sammen seksjoner, særlig innen ortopedi, vurdere et spine-center, og eventuelt vurdere andre avdelingsinterne samlokaliseringer. Det vil antageligvis ikke være snakk om de store endringene i årsverk som flytter fra det ene sykehuset til det andre. Men en av hensiktene med slike flyttinger vil være å redusere antall vaktlag. Dette vil igjen både kunne gi redusert UTA-kjøp og ikke minst gi mer legetid tilgjengelig på dagtid og dermed øke aktivitet, redusere ventelister og fristbrudd osv. Man er ikke kommet så langt i denne detaljeringsprosessen at man kan si noe om egnethet ved lokaler, eventuelt behov for utstyr osv. Men dette vil gjøres i løpet av høsten.

f. Felles normering

Klinikken har hatt en gjennomgang av sengepostenes bemanning sett ift den vedtatte sykehusnormen. Noen av postene ligger over norm mens andre er på normen. Det er en utfordring å sammenlikne en del av postene med normen da det, som tidligere nevnt, er mange av de som har intermediærsenger i tillegg til de ordinære sengene. Derfor er det ønskelig at sykehuset også definerer en norm for intermediærsenger slik at det blir enklere å definere en normert bemanning for klinikkenes poster.

På legesiden har vi hatt en fullstendig gjennomgang av alle tjenesteplanene i klinikken. Det er til dels store forskjeller i kjøp av UTA-tid mellom seksjoner og avdelinger. I all hovedsak er dette knyttet til vaktbelastning. En eventuell sammenslåing av vaktlag vil som tidligere nevnt gi redusert kjøp av UTA. I tillegg er det ytterligere å hente på en bedre ferieavvikling på legesiden. Det er en erfaring fra årets sommerferieavvikling at man må komme enda tidligere i gang med dette planleggingsarbeidet.

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

I 2011 hadde man i KKN en større gjennomgang av alle sengeposter i klinikken som en del av prosjektet felles GAT. Gjennomgangen viste at det til dels er store forskjeller postenes ressursplanlegging. På noen enheter var det stor forskjell mellom bemanningsplan, turnus og faktisk antall ansatte på jobb. Dette indikerer at det er ting å hente på ressursplanleggingssiden. Klinikken har flere enheter som stenger om sommeren og holder lenger oppe resten av året. Dette er en vurdert som en effektiv form for ferieavvikling, men dette kan selvfølgelig gjøres på alle enheter. Men alle enheter tilpasser bemanningen til lavaktivitetsperioder.

h. Innkjøp

Klinikken har flere områder som står på trappene ift anbud. Den foreløpige kjøreplanen er først å gå ut med anbud på implantater innenfor nevroområdet. Deretter er det øye og så er det rygg. En bekymring fra vår klinikk er den totale kapasiteten på innkjøp. Vi blir forsinket med disse prosessene som følge av for liten kapasitet på innkjøp sentralt.

4. Ressurser i klinikken som arbeider med virkemidler for å redusere driftskostnadene

Det viktigste arbeidet i klinikken pågår som nevnt i de to arbeidsgruppene. I disse gruppene sitter det avdelingsledere, seksjonsledere og tillitsvalgte samt sentrale stabsaktører. Dette for å sikre en best mulig forankring i hele organisasjonen.

Klinikk

Kvinne- og barneklubben (KVB)

1. Nøkkeltall for klubben:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ⁵	1600
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 ⁶	-75
Resultatavvik per juli (mill.kr)	-11
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mill.kr)	-38

2. Vurdering av klubbens utfordring fra 2012 til 2013

Kvinne- og barneklubben (KVB) har gjort betydelige bemanningstilpasninger i forbindelse med overføring av aktivitet til Ahus, Vestre Viken og ved interne flyttinger samt gjort løpende budsjetttilpasninger. Vårt underskudd hittil i 2012 er derfor moderat i forhold til de fleste øvrige kliniske klubber og i forhold til sentral reserve på OUS nivå. Med et ytterligere budsjettkutt på 38 millioner, vil likevel gjennomføringen av budsjett 2013 bli svært vanskelig også for vår klinikk.

3. Klinikken hovedstrategi for å møte krav for budsjettkrav for 2013**a. Driftsorganisering, strukturelle endringer**

- i. Samling gynekologisk kreft på DNR des 2012/jan 2013.
- ii. Utrede om sengepost 3.etg barn Ullevål (10 senger) kan flyttes til RH FØR full samling av sengeposter og mottak barn etter nyfødt på Rikshospitalet. Det er en rekke forutsetninger knyttet til dette, og saken må utredes grundig. Viktigste forutsetning er at videre samling av barn etter nyfødt er vedtatt og planlagt tidsmessig av OUS ledelse. Det må videre godtgjøres at man vil ha tilstrekkelig sengekapasitet på RH (i hovedsak ved omgjøring fra døgn til dag inne astma/allergi, revma og generelt), hvordan mottak av Oslo barn som skal til RH sengepost skal fungere, hvordan infeksjon skal ha tilstrekkelig buffersengekapasitet infeksjonssesongen, etc. En slik flytting krever også tilgang til betydelig flere kontorplasser på Rikshospitalet (fraflyttet arkiv under Barnemedisinsk poliklinikk?). Omgjøring av drift fra døgn til dag er et helt sentralt element – se under (b), dessuten overføring av en del poliklinikk fra RH til U når vi har fått felles Doculive. En større omgjøring fra døgn til dag (astma allergi?) bør gjennomføres som et "lean prosjekt", se under.
- iii. Samling IVF (inkl. fast track) og fostermedisin (jan 2013)
- iv. Samarbeid kvinne U (mellom føde og gyn og internt i begge avd) etter at gyn kreft flytter til DNR.
- v. Vurdere å ta inn PITH (program intensiv trening og habilitering) til Ullevål (frigjort plass i 3. etg eller 4 etg).

⁵ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

⁶ 75 bruttoårsverk kommer vi frem til ved å lage en teknisk prognose av underskuddet pr juli (gir ca kr 19 mill i underskudd i 2012), trekke fra rammekuttet på kr 38 mill og til slutt legge til gjenværende helårseffekt av tiltak gjennomført i 2012 (ca kr 8 mill)

- vi. Har sengepostene den ideelle størrelsen ift å gjennomføre en rasjonell drift? Er sengepostene vurdert stengt eller sammenslått i lavaktivitetsperioder? Vurdering av størrelsen på sengepostene og sammenslåinger i lavaktivitetsperioder har vi flere prosesser på i klinikken, bl.a. i forbindelse med sammenslåing av gynekologisk kreft på DNR, bemanningsnormeringsprosjekt, lean prosjekt og overgang fra døgn til dagbehandling.

b. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

Dette inngår som viktig element for gjennomføring av forslag aii, men også for ai og aiv. Klinikken anser medisinsk god, rask og effektiv dagbehandling som svært viktig og riktig, også for "Øhj. pasienter og kompliserte pasienter" som ofte til nå har blitt lagt inn for å få gjennomført rask og god utredning, selv om de ikke har behov for overvåkning eller behandling døgnet rundt. Vi vil sørge for at dagenhetene får tilstrekkelig med ressurser til slik utvidet aktivitet. Det er viktig at slike dagpasienter får like rask tilgang til avansert radiologi som døgninnlagte pasienter (det er enighet om det på OUS nivå). Det vil være nødvendig med barnemedisinsk dagenhet både på RH og U, men trolig med en differensiert drift avhengig av behov (elektiv på Ullevål).

- I hvilket omfang kan det forventes en omlegging, og hvilke pasientgrupper gjelder dette? Se punkt aii.
- Har klinikken meldt inn nye områder for dagkirurgisk aktivitet? Nei. Se dog c.
- Vil planen frigi legerressurser, pleieressurser, sengeressurser? Se punkt aii.
- Vil omleggingen påvirke bruken av støttetjenester? Ja, for eksempel er det viktig at dagpasienter får like rask tilgang til avansert radiologi som døgninnlagte pasienter.

c. Effektivisering av pasientforløp

Konkrete leanprosjekt/ pasientforløp gyn kreft igangsettes nå høsten 2012. Tilsvarende bør startes opp systematisk i alle øvrige avdelinger ved alle større driftsendringer (se a). Sentralt i dette arbeidet er om skriftlige prosedyrer bør endres, slik at de støtter opp om og "tillater" endret drift. Involvering av de ansatte i praktisk logistikkarbeid er avgjørende.

- Er klinikken kjent med en foreløpig vurdering av konsekvensene for øvrige klinikker og egen drift? Nei, det er for tidlig å si hvilke konsekvenser disse pasientforløpprosjektene vil ha for øvrige klinikker og egen drift.
- Hvordan arbeider klinikken for å redusere flaskehalser og ineffektivitet i dagens arbeidsprosesser (ut over de to beskrevne forløpene)? Det er bred oppslutning om å vurdere flere pasientforløp med leanmetodikk. Dette vil primært gjøres for alle områder hvor endringer planlegges (slik at driften endres samtidig). Vi vil imidlertid etter hvert også gjøre dette for forløp hvor det ikke planlegges strukturelle endringer.
- Kan klinikken utnytte operasjonsstuekapasiteten bedre (tettere program, presis oppstart etc)? Gynekologisk avdeling hos oss driver noen av de mest effektive operasjonsstueene i OUS. Når gyn.kreft flytter ut av Ullevål vil de frigjorte operasjonsressursene brukes til å flytte dagkirurgisk aktivitet fra Dagkirurgisk Senter (Supergyn) inn fra "Jordet". Det er igangsatt et prosjekt som tar for seg alle sider ved denne omstillingen og det forventes en viss effektiviseringsgevinst av dette ved at det etableres en stor dagkirurgisk sløyfe i 4. etg.

d. Samhandling og oppgavedeling

Føde/barsel vil intensivere samarbeid med Oslo kommune om oppfølging av bl.a. barselkvinner. Alle avdelinger må fortsette arbeidet med å overføre oppgaver og da særlig deler av pasientforløpene til andre; primærhelsetjeneste, spesialister og andre sykehus. Kfr budsjett 2012 dokumenter.

Gyn kreft vurderer overføring av 2-3 palliasjonssenger til Aker.

e. Samlokalisering

Klinikken har gjennomført flere flyttinger/samløkaliseringer de siste årene. Generell gynekologi er samlet på U, barnekreft og barnehjerte er samlet på RH, og Føderiket er sammenslått med ABC på U. Framtidige flyttinger har vi redegjort for i punkt a.

f. Felles normering

Bemanningsnormprosjekt inkl benchmarking nasjonalt og skandinavisk (føde, nyfødt og barn) fullføres tidlig høst 2012 og vil brukes i videre bemanningsplanlegging.

- Hva gjøres for å få en bedre planlegging av sommerferieavvikling for 2013 og redusere blant annet antallet vakansvakter? KVB har gjennomført flere tiltak rundt sommerferieavvikling de siste årene. For å få til en enda bedre planlegging av sommeren 2013 er vi avhengig av at sentrale sommeravtaler avklares vesentlig tidlig (helst jan 2013).
- Hvordan arbeider klinikken med å fordele ugunstig arbeidstid til flest mulig ansatte i klinikken, også på tvers av fagområder? I 2012 har vi fått flere til å gå i turnus, men vi jobber for å få flere inn i turnus, samt at flere skal gå 3.hver helg.
- Planlegging og krav ved gjennomføring av overlegepermisjoner: Pga stort etterslep av permisjoner fra tidligere år har klinikken i 2012 vesentlig flere overlegepermisjoner enn normalt. I 2013 vil antall permisjoner reduseres.

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

- Delte stillinger nyfødt U og OSS personalformidling for mer fleksibel personalutnyttelse. Vi ønsker å utvide dette fra dagens 2,5 + 2,5 stillinger til 4 +4 stillinger på nyfødt. Vi ønsker å gjøre tilsvarende på Fødeavd (og kanskje barnemedisin). Et svært viktig element er at RH inkluderes i ordningen fra vinteren 2013 når GAT breddes ut i hele vår klinikk.
- Inkludere noe feriefravær ut over sommeren i turnus på nyfødt (og evt andre steder) og ha fast bemanning for dette. Hvis ferien planlegges noe mer, vil man kunne ansette noen faste ferievikarer som vil fylle turnus som er ledig pga ferie.
- KVB har samlet sett store utgifter til vikarbyrå og variabel lønn i mange avd. (ca 105 mill/år med en økning på 11% fra 2011 – pga 33% øket innleie). Vi må vurdere øket samarbeid mellom seksjoner og avd samme sted og mellom RH og U samt tettere oppfølging av ressursbruk fra ledere. Noen avdelinger får dette til godt og vi må lære av disse.
- Vaktplaner på DNR og kvinne U vurderes etter overføring av gyn kreft fra U til DNR. Vaktplan DNR ses i sammenheng med total vaktbemanning der (oppdrag fra OUS)
- Planlegge likest mulig fødetall gjennom året for å jevne ut belastningen.

- For Fødeavd. legge F5 dag i størst mulig grad inn i turnus samt ta vekk ekstra godtgjørelse for å ha studenter tilstede (gis i dag kun i deler av klinikken).

h. Innkjøp

Vi har forventninger til at medikament innkjøp (LIS) vil gi besparelser også i 2013, prosess pågår. Vi vil vurdere bruk av standardiserte TPN poser.

4. Hvordan har klinikken organisert sitt arbeid med å redusere driftskostnadene

Klinikkens økonomimedarbeidere og HR-medarbeidere jobber tett sammen med hverandre og klinikkens ledere for å realisere tiltakene. Helsefaglig rådgiver er også godt involvert i dette arbeidet, spesielt med bemanningsnormering og lean prosjekt.

Kvalitetsrådgiver og kodeveileder er sentrale medarbeidere i klinikken for å koordinere klinikkens arbeid med reduksjon i ventetid og unngå fristbrudd.

I tillegg vil OUS sentralt hjelpe oss med tiltakene våre. For eksempel vil Stab samhandling ved Tove Strand bidra i forhold til føde/barsel og Oslo kommune.

Klinikk

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ⁷	2085
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	300
Avvik fra budsjett per juli	-84 mNOK
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-53 mNOK

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) har et svært krevende utfordringsbilde for 2012 og forventer et underskudd for året på om lag 150 mNOK. For budsjett 2013 reduseres utgiftsrammen med om lag 53 mNOK. Justert for tiltak som gjennomføres i løpet av 2012 som vil ha mereffekt i 2013 vurderes klinikkens budsjettmessige utfordring for 2013 til om lag 190 mNOK. Gitt at aktiviteten i klinikken skal endres vesentlig innebærer det et krav til produktivitetsforbedring på over 11 %.

3. Klinikkens hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Klinikkens rammetildeling for 2013 er presentert og diskutert i klinikkens avdelingsledermøte. Det er samtidig gjort rede for klinikkens utfordringsbilde og den metoden som er brukt for å fordele rammereduksjonene mellom klinikkene i Oslo universitetssykehus.

Hvordan klinikken skal fordele ramme mellom avdelinger og institutter er også diskutert i klinikkens ledergruppe der skjerming av forskning fra de generelle rammekuttene har vært en viktig del av diskusjonen. Den foreløpige rammen er så langt ikke endelig fordelt mellom avdelinger og institutter. Avdelingene har imidlertid blitt presentert for foreløpige rammer som grunnlag for sitt budsjettarbeid. Her er rammekuttene fordelt mellom N3-enhetene på samme måte som det er gjort for N2-enhetene i OUS.

⁷ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

Figur 1 Fordeling av budsjetttramme i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

	Lønnsbudsjett	Andel av KKT	Rammekutt KKT pro rata	Bortfall av neg. styringsmål	Samlet ramme-reduksjon
KKT	1 285 645	100.0 %	46823	6100	52923
AGK	236 944	18.4 %	8 629	4449	13 078
AKB	450 663	35.1 %	16 413		16 413
AMF	28 687	2.2 %	1 045		1 045
URO	74 757	5.8 %	2 723	1651	4 374
IKF	59 392	4.6 %	2 163		2 163
IMI	35 443	2.8 %	1 291		1 291
KSE	43 782	3.4 %	1 595		1 595
STAB	15 353	1.2 %	559		559
BLO	63 196	4.9 %	2 302		2 302
TXM	176 573	13.7 %	6 431		6 431
RHI	99 925	7.8 %	3 639		3 639
IIF	930	0.1 %	34		34
SUM	1 285 645	1	46 823	6 100	52 923

Avdelinger og institutter i klinikken har presentert de foreløpige rammene internt og har lagt disse til grunn for leveranser til klinikken.

Budsjetttrammene er også presentert for klinikktilitsvalgte og verneombud. Klinikken har gjennomført drøfting av de foreløpige rammene og klinikkens hovedtilnærming. Se vedlagt protokoll fra drøftingsmøtet 29.08.2012. Klinikken plan for gjennomføring av budsjettprosessen 2013 skal bidra til å sikre medvirkning og involvering på alle nivå. Se vedlagt plan for budsjett 2013 nedenfor.

Det gjøres nedenfor punktvis rede for hvordan klinikken jobber med de definerte innsatsområdene for å oppnå drift i henhold til budsjetttrammene.

a. Driftsorganisering, strukturelle endringer

KKT har i 2012 gjennomført et bemanningsnormeringsprosjekt for sengepostene i klinikken. Som en del av oppfølgingen av dette prosjektet skal klinikken redusere bemanningen med 14,5 årsverk i løpet av 2012. En stor del av denne reduksjonen vil gjennomføres nokså sent i året og vil gi større effekt i 2013 enn i 2012. Det er gjennom prosjektet etablert en norm for bemanning av sengeposter i avdelingene og regelmessig rapportering av beleggsprosent og liggetid som legges til grunn for klinikkens vurdering av antall senger og bemanning i sengepostene. Avdeling for gastro- og barnekirurgi har foreløpig ikke vært omfattet av de planlagte reduksjonene i antall senger pga. omfattende driftsendringer i forbindelse med flytting av gastrokirurgisk døgnaktivitet fra Aker til Ullevål i sommer. Det vil bli gjort en evaluering av avdelingens sengebehov i løpet av oktober 2012 som vil følges opp av en mulig kapasitets- og bemanningstilpassing.

Klinikken vil også gjennomføre en vurdering av utnyttelsen av operasjonsstuene som drives av klinikken med tanke effektivisering av pasientbehandlingen⁸. Sett i forhold til sykehusets samlede kapasitet vil klinikken også vurdere om flere pasienter kan behandles dagkirurgisk på

⁸ Operasjonsgang 1 på Rikshospitalet og hele operasjonsvirksomheten på Radiumhospitalet.

Aker. KKT har i 2012 sett en økning i varekostnadene ved operasjonsstuene og vil se spesielt på muligheter for reduksjon i varekostnader.

b. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har i stor utstrekning gjennomført omlegging til lavere omsorgsnivå og har redusert antall senger vesentlig de siste årene. Det vil imidlertid bli gjennomført fornyede vurderinger av hvilke pasienter som kan behandles i poliklinikk eller dagkirurgisk. Innen de kirurgiske fagene vurderes det økning i dagkirurgi både for urologi og gastrokirurgi, og det er planlagt økning med en stuedag pr. uke for både gastrokirurgi og urologi fra september 2012. Det foreligger mulighet for å øke ytterligere med 2 stuedager pr. uke innen første kvartal 2013 for urologi. Innen medikamentell kreftbehandling gjøres det vurderinger av hvilke pasienter som kan motta poliklinisk behandling, evt. som dagbehandling i stedet for innleggelse.

Omlegging til lavere omsorgsnivå vil redusere behovet for antall senger og gi en netto reduksjon i pleieressurser. Det vil imidlertid i mindre grad endre behovet for legeressurser eller medisinske støttetjenester. For ikke-medisinske støttetjenester reduseres behovet i tråd med reduksjon av antall senger.

c. Effektivisering av pasientforløp

Klinikken vurderer effektivisering av pasientforløp som av stor betydning for forbedring av sykehuset i et langsiktig perspektiv. Forbedringer av pasientforløpene vil komme både pasientene og budsjettbalansen til gode.

Klinikken har i 2011 og 2012 arbeidet med pasientforløpene for brystkreft og for lever-, galle- og bukspyttkjertelkirurgi. Prosjektarbeidet med pasientforløpet brystkreft ble levert ved årsskiftet 2011/2012. Arbeidet var omfattende og forslaget fra prosjektgruppen la opp til en større grad av integrasjon mellom brystdiagnostiske senter og klinikken for øvrig. I første omgang vil de involverte klinikkene avvente en full integrasjon men deler av nytt forløp for brystkreftpasientene vil starte opp ved årsskiftet 2012/2013.

Arbeidet med pasientforløp for lever-, galle og bukspyttkjertelkirurgi startet opp i mai 2012. Arbeidet vil bli ferdigstilt i løpet av året og nytt forløp vil tre i kraft fra 2013.

I tillegg til de prosjektene som er i gang vil klinikken vurdere oppstart av nye forbedringsprosjekt for pasientforløp. Alle avdelingene er bedt om å melde inn ett pasientforløp som skal vurderes. Basert på foreløpige vurderinger av kapasitet anser klinikken at det vil være mulig å gjennomføre forbedringsprosjekter for to nye pasientforløp i 2013.

Slik klinikken vurderer det vil det være forbedringspunkter knyttet til blant annet bedre planlegging av innleggelse ved at prøver og innleggelse er avklart på forhånd. Det må vurderes å etablere flere stillinger som pasientkoordinator for å bedre den samlede ressursbruken i pasientforløpene. Det er etablert en prøveordning i Avdeling for kreftbehandling som skal evalueres med tanke på kostnader og gevinster.

Det vurderes også som viktig for kortere forløp at kapasitet og svartider for diagnostikk forbedres.

d. Samhandling og oppgavedeling

Innenfor medikamentell kreftbehandling (Avdeling for kreftbehandling og Avdeling for blodsykdommer) har det over tid foregått et godt arbeid i forhold til samhandling og oppgavedeling med de øvrige sykehusene i regionen. Dette arbeidet vil fortsette og de vil også bli gjort vurderinger av om antallet kontroller ved Oslo universitetssykehus kan reduseres for en rekke grupper av pasienter. Ett eksempel er pasienter med testikkelkreft der en viktig gevinst er redusert bruk av MR-undersøkelser ved Oslo universitetssykehus.

Klinikken har i 2012 gjort noen nye erfaringer med samarbeid med andre sykehus i regionen via telemedisinske løsninger som gjør det mulig å vurdere pasienter i et felles multidisplinært møte. Det gjør det mulig å bestemme hvilke pasienter som skal henvises direkte til Oslo universitetssykehus og hvilke som først skal behandles på andre sykehus. Dette gir både færre henvisninger, spesielt for gruppen med tykk-/endetarmskreft og levermetastaser, en bedre seleksjon av pasienter og raskere pasientforløp. For 2013 vurderes det å utvide ordningen innefor urologi etter vedtak i Helse Sør-Øst om at cystektomier kun skal gjøres ved tre sykehus i regionen og for gastrokirurgi ved at radikal operasjon for ventrikkelkreft samles til to sykehus i regionen.

Det vil i løpet av høsten 2012 bli gjort vurderinger av endret arbeidsdeling med de privateide sykehusene i Oslo en enkelte grupper av pasienter

e. Samlokalisering

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har gjennomført samlokaliseringen innen kreftbehandling, blodsykdommer og gastrokirurgi i 2012. Noen planlagte samlokaliseringer er så langt ikke gjennomført. Det gjelder blant annet et brystsenter på Radiumhospitalet og en samling av thyroideakirurgi i Oslo universitetssykehus. Begge disse samlingene er avhengige av operasjonsstuekapasitet og annen infrastruktur. Forutsatt at tilknyttede byggeprosjekter gjennomføres vil det legge grunn for en komplett samlokalisering og seksjonering i klinikken, med unntak for urologi som flytter fra Aker til Ullevål sommeren 2014. Klinikken planlegger også en samling av lungekreftonkologi ved Ullevål (ca. 80 % av denne virksomheten) og en samling av urologisk kreftbehandling ved Ullevål.

Klinikken vil utarbeide en strategi for urologien i Oslo universitetssykehus der det må tas stilling til tidspunkt for og plassering på Ullevål. Samtidig må det tas stilling til hvorvidt urologien i fremtiden skal ha virksomhet på mer enn to steder i Oslo universitetssykehus og det må avklares hvordan virksomheten fordeles mellom Radiumhospitalet og Ullevål.

f. Felles normering

Som nevnt under punkt a. over gjennomførte klinikken i 2012 et bemanningsnormeringsprosjekt for sengepostene. Som en oppfølging av prosjektet vil beleggsprosent og liggetid måles løpende for alle sengeenhetene i klinikken for å sikre optimal kapasitet i forhold til behovet. Det er høsten 2012 satt i gang arbeid med at prosjekt som skal vurdere mulighetene for standardisering og normering i klinikkens poliklinikker og henvisningsmottak.

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Klinikken vil i budsjettprosessen for 2013 gjøre nye vurderinger av legenes arbeidstidsavtaler og arbeider for å redusere tjenesteplanene der det er mulig. Dette er spesielt aktuelt der det er gjennomført samlokaliseringer eller andre strukturelle endringer.

For klinikkens bemanningsplanlegging er det en særlig utfordring at vi ikke har gode nok styringsverktøy i dette arbeidet. Dette gjenspeiler seg særlig i forhold til rapportering og oppfølging av sykefravær og overtid. GAT implementeres i hele KKT i løpet av våren 2013, noe som vil bidra til bedre styring og oppfølging på klinikknivå og i linjen. Klinikken sykefravær samlet er forholdsvis lavt. Det følges opp løpende i klinikk-AMU og i samsvar med retningslinje for sykefraværsoppfølging og klinikkens IA-handlingsplan. Det iverksetters særskilte tiltak mot de avdelinger/seksjoner/enheter som har høyt sykefravær.

h. Innkjøp

Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken har i 2012 hatt en stor økning i varekostnader, spesielt innenfor medikamenter og ved operasjonsstuene. Disse områdene vil bli fulgt opp spesielt i forhold til å definere tiltak for varekostnader. Klinikken forventer å kunne redusere varekostnadene med minimum 10 millioner kroner i 2013. Reduserte medikamentkostnader gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) er en del av dette.

i. Annet

I tillegg til de endringene som er omtalt under innsatsområdene vil Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken fortsatt arbeide for forbedret finansiering for høyspesialisert medisin. Det vil være aktuelt å gjøre slike vurderinger og gi innspill til Helsedirektoratet innenfor alle klinikkens avdelinger.

Oppsummering

Klinikken vil fortsette arbeidet med hvordan driften av klinikken kan tilpasses budsjettforutsetningene for 2013. Det vil imidlertid bli svært krevende å gjennomføre drift av klinikken innenfor budsjettforutsetningene om reduksjon av utgifter på over 10 % samtidig som aktiviteten ikke endres.

Plan for budsjett 2013 i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (Justert plan pr. 24.08.2012)

Dato fra	Dato til/frist	Milepæl	Ansvar	Deltakere
	onsdag 8. august	Prosess, gjennomføring og klinikkleveranse behandles i Ledermøtet i KKT	Klinikkleder m/stab	N3 og klinikkstab
	mandag 20. august	Leveransefrist for avdelingene/instituttene	Avdelingsledere/instituttledere	
	Onsdag 22. august	Budsjettmøte N3	Avdelingsledere/instituttledere	
	onsdag 29. august	Drøftinger - forslag til leveranse utfordringer, hovedstrategi, status tiltak	Klinikk HR-stab	
	mandag 3. september	Klinikkleveranse: utfordring, hovedstrategi, status tiltak	Avdelingsledere, klinikkleder og økonomistab	N3 og klinikkstab
	torsdag 20. september	Ledersamling KKT	Klinikkleder med stab i samarbeid med avdelingsleder/instituttledere	N3, N4, N5, TV, VO og stab
	fredag 21. september	Drøftinger - forslag til klinikkleveranse: utfordring, tiltaksoversikt, risiko og konsekvensvurdering	Klinikk HR-stab	
	tirsdag 9. oktober	Klinikkleveranse: utfordring, tiltaksoversikt, risiko og konsekvensvurdering	Avdelingsledere, klinikkleder og økonomistab	
1.10.	9.10.	Regnskapsavslutning for sept.	Økonomistab	
8.10.	12.10.	Økonomistab klargjør budsjettverktøy	Økonomistab	
15.10.	19.10.	Opplæring budsjettverktøy	Økonomistab	Seksjonsledere og enhetsledere
	17.10.	Budsjettverktøy sendes ut til seksjonslederne	Økonomistab	Seksjonsledere og evt. enhetsledere
17.10.	7.11.	Bearbeiding av budsjett i avdeling	Avdelingsledere og seksjonsledere	Seksjonsledere og enhetsledere
	onsdag 7. november	Leveranse av budsjett fra seksjonene	Avdelingsledere og seksjonsledere	
7.11.	12.11.	Økonomistab klargjør budsjettet per avdeling	Økonomistab	
	12.11.	Utsendelse av budsjett pr. avdeling	Økonomistab	
13.11	16.11	Avdelingsvise budsjettmøter	Klinikkleder, økonomistab, N3+N4	
14.11.	18.11.	Kvalitetssikring av budsjett og tiltak	Klinikk- og avdelingsledere med støtte fra økonomistab og HR	
	fredag 16. november	Drøfting klinikkleveranse årsbudsjett for aktivitet, økonomi, bemanning og tiltak	Klinikk HR-stab	
	fredag 23. november	Klinikkleveranse: årsbudsjett for aktivitet, økonomi, bemanning og tiltak	Klinikkleder og avdelingsledere med støtte fra klinikkstab	
	14.12.	Budsjettleveranse: detaljerte og periodiserte budsjetter (aktivitet, økonomi, bemanning og tiltak)	Økonomistab	

Klinikk ”Hjerte - Lunge og Kar klinikken (HLK)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012	816 årsverk*
Beregnet behov for tilpasning av brutto bemanning i 2013	-100 årsverk**
Resultatavvik per juli (mill.kr)	-47,5 mill
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mill.kr)	+ 8,5 mill

*Antallet er inkludert overføring av årsverk fra klinikk B vedr. PCI på 27,5 brutto årsverk.

** Teknisk beregnede brutto årsverk

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Hjerte,- Lunge- og Karklinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2013 på estimert -85 mill kr. Klinikken har omtrent det samme utfordringsbildet i 2013 som i 2012 budsjettet. Klinikkens hovedtiltak på omstrukturering av Thoraxkirurgisk avdeling, samt flytting av Karavdelingen ut av Aker er vesentlig forsinket i 2012, og vil først gi effekter på 2013 regnskapet. I tillegg har klinikken i 2012 hatt et udefinert innsparingskrav på – 38 mill liggende sentralt på klinikken. Det er i budsjettskriv av 29.juni 2012 fra økonomidirektøren ved Oslo Universitetssykehus presisert at det ikke aksepteres udefinert innsparingskrav i budsjett 2013. Klinikken har derfor i mangel av noe bedre valgt som et utgangspunkt for videre prosess å fordele -38 mill pro rata pr. avdeling. Avdelingene må i budsjettprosessen jobbe med ytterligere tiltak for å komme i balanse i tillegg til de allerede vedtatte tiltak for budsjettprosessen 2012.

Omorganisering av Thoraxkirurgisk avdeling ble først godkjent av administrerende direktør i juni 2012, og er derfor vesentlig forsinket i prosess. Klinikken planlegger å se noen effekter av nedbemanning i november og desember 2012, men hovedeffekten av tiltakene vil gi resultater i 2013 regnskapet.

Avdelingen skisserte i budsjett 2012 en innsparing på 35 mill knyttet til omorganisering av Thoraxkirurgisk avdeling. Tiltaket ble drøftet med tillitsvalgte i 2012 prosessen. Denne summen er en optimal effekt etter de forutsetninger som lå til grunn. Følgende forhold svekker denne muligheter; Karavdelingen er trukket ut av denne kalkylen – 1) ingen samflytting med Thoraxkirurgisk avdeling og utflytting fra Aker, 2) ingen felles vakt – og dermed større bemanningsbehov.

I tillegg er akuttfunksjonene ved driftenheten ved Ullevål ønsket opprettholdt i større grad enn forutsatt i utredningen fra 2011 (O+): Bemanning av Intensiv og operasjonsfunksjon må opprettholdes 24/7 – dette gir reduserte innsparingsmuligheter

Klinikken foreslo i budsjettet for 2012 å flytte Karavdelingen ut av Aker. Det er estimert at det vil kunne gi en besparelse i klinikken på 6 mill. Dette er et estimat, og vil selvfølgelig avhengige av hvordan Karavdelingen vil bli organisert og integrert ved ny organisering. I tillegg vil sykehuset få en besparelse ved at ulempekostnadene ved drift av Aker reduseres. Flyttingen er forsinket i prosess, men det er igangsatt en konsekvensutredning av at avdelingen flyttes inn på Rikshospitalet. Ansvar for konsekvensutredning ligger i staben til administrerende direktør. Det er anslått at flyttingen vil kunne skje innen 1. kvartal 2013.

Klinikken har i prognosen for 2012 innfridd det budsjetterte tiltaket på Kardiologisk avdeling vedrørende økt aktivitet på ablasjoner uten å øke bemanning tilsvarende. Dette har gitt en resultateffekt på +9 mill.

Ved overføring av PCI virksomhet fra klinikk B til klinikk F mottok klinikken et usaldert budsjett knyttet til to kostnadssteder på -10 mill. Denne overføringen økte klinikken udefinerte innsparingskrav med tilsvarende.

RAMMEKUTT PR AVDELING FOR HJERTE -, LUNGE OG KARKLINIKKEN
(Tall i hele tusen)

AVDELING	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 2	-85 000
UTGIFTER	HLK THORAX KIRURGI AVD	HLK KARDIOLOGISK AVDELING	HLK LUNGE AVD	HLK KAR AVD	HLK KOOR DINER OG	HLK ADMINSTRASJON	HLK UDEFINERT INNSPARING	HLK INSTITUTT FOR KIRURGI	HLK INSTITUTT FOR EKSP	KLINIKK HLK	
<i>Avdelingsleder</i>	<i>Odd Geiran</i>	<i>Lars Aaberge</i>	<i>Jonny Kongerud</i>	<i>Jon Otto Sundhag</i>	<i>Lill Bråthe</i>	<i>Otto Smiseth</i>		<i>Ansgar Aasen</i>	<i>Ole Seierste</i>		
IKKE GJENNOMFØRTE TILTAK 2012: (Vedtatt og behandlet i 2012)											
Omorganisering TKA basert på O+ rapporten	-35 000									-35 000	
Flytting av Karavdelingen ut av Aker				-6 000						-6 000	
Hinasavtaker og valg av utstyr	-500	-3 000								-3 500	
Lungeavd. Samarbeid med andre sengeposter			-2 500							-2 500	
UDEFINERT INNSPARINGSKRAV 2012 MÅ FORDELES							-38 000				
FORSLAG TIL FORDELING AV UDEFINERT	-18 700	-10 900	-3 600	-2 900	-600	-500	0	-400	-400	-38 000	
SUM ØKONOMISK UTFORDRING PR AVDELING BUDSJETT 2013	-54 200	-13 900	-6 100	-8 900	-600	-500	-38 000	-400	-400	-85 000	

3. Klinikken hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Klinikken har i forbindelse med budsjettleveransen hatt et budsjettseminar den 22.08. 2012. Budsjettseminaret var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, samt alle tillitsvalgte og verneombud i klinikken. I seminaret ble avdelingenes rammekutt presentert. Sykehusets innsatsområder ble lagt frem, og flere nøkkelpersoner i klinikken holdt innlegg knyttet til de nevnte innsatsområdene. Tiltak innen innsatsområdene ble presentert som virkemidler for avdelingene, og for den enkelte leder til å få til en mer effektiv drift innenfor reduserte rammer. Klinikken har allerede noen forslag til endret drift innenfor nevnte innsatsområder. I budsjettprosessen i 2013 vil hovedfokus være å få den enkelte leder til å gå igjennom og endre eksisterende drift slik skissert i pkt 3 a til h i budsjettskrivet fra økonomidirektør.

Klinikken vil i denne leveransen skissere noen foreslåtte endringer knyttet til innsatsområdene. Ved neste budsjettleveranse vil klinikken kunne levere mer spesifikke planer om endringer på klinikken pr. avdeling.

a) Driftsorganisering, strukturelle endringer; Klinikken har pasienter innlagt ved sengeposter som venter på radiologisk tjeneste. Frigjøring av disse sengene vil blant annet kunne skje ved at klinikken bruker egne radiologiresurser til å ta MR/CT ved maskiner som driftes av Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI). HLK er pålagt å øke antall leger innen Percutan Coronar Intervensjon (PCI) på grunn av for høy strålebelastning. Den økte kapasiteten av radiologier og MR/CT kompetente kardiologer ved HLK kan brukes til å kutte i ventelister på CT/MR Dette vil redusere ventetiden for CT og MR for andre klinikker.

Karavdelingen flyttes ut av Aker. Prosessen eies av sentral stab. Det er viktig med et raskt vedtak, slik at prosessen ikke strekker for mye ut i tid. Ved flytting av Karavdelingen vil klinikken jobbe med å få til en mest mulig effektiv sengepost.

b) Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger; Klinikken jobber med å definere hvilke pasientgrupper som bør behandles på et lavere omsorgsnivå og som i dag tar opp døgnplasser. For at Klinikken skal få dette til må Avdelingen for koordinering og poliklinikk (KOOP) bygges om. Ombyggingen vil kreve investeringsmidler på 3-4 mill. Omorganisering av KOOP vil frigjøre 2 senger ved Kardiologisk avdeling til reduksjon av ventelister. I tillegg vil KOOP få 4 nye bårsenger og 8 nye behandlingsstoler. En slik ombygging vil også øke kapasitet for dagbehandlinger i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT).

c) Effektivisering av pasientforløp; Klinikken jobber med nye og med effektive pasientforløp ved omorganiseringen av Thoraxkirurgisk avdeling. I tillegg har klinikken fokus på at pasienter ikke må legges inn for å få radiologitjenester.

d) Samhandling og oppgavedeling; Klinikken har i løpet av 2012 jobbet med å overføre pasienter til andre sykehus for å rydde plass på egen sengeposter. Ultralydundersøkelser (TEE) skal i større grad gjøres av henvisende sykehus. Man skal også arbeide for at CT og MR i større grad gjøres av henvisende sykehus. HLK ønsker å bruke egne radiologer til radiologiske tjenester for å redusere ventetid.

e) Samlokalisering; Karavdelingen skal samlokaliseres

f) Felles normering; Klinikken vil forstette å jobbe med arbeidsplaner for leger, samt kartlegging og gjennomgang av bemanning på sengeposter og intensivenheter. Gjennomgang med alle ledere for å se på turnus i forhold til budsjett. Et stort antall senger i klinikken og særlig ved TKA er intermediærsenger. Dette er ikke beskrevet i den felles normering som foreslått. Det vil slå dramtisk ut i hele HLK, men særlig TKA.

Helsefaglig rådgiver vil samarbeide med økonomileder/rådgiver for å få dette til.

g) Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser; Klinikken jobber med å få til et bedre samarbeid på tvers mellom enheter ved Ullevål og Rikshospitalet. Her inngår å arbeide for "best praksis" innen PCI, lungekirurgi og blant perfusjonister.

h) Innkjøp; Klinikken jobber med å få enda bedre planlegging, kontroll og rapportering av dyre varekostnader. Avdelingsledere rapporterer i dag på prosedyrer, men må i enda større grad følge oppvarekostnader, både at man benytter rammeavtale og at det gjøres optimale

valg innenfor avtalene. Klinikken kan oppnå økonomiske gevinster ved optimalt valg av utstyr og implantater. Det er forhandlet Hinasavtaler som vil gi helårseffekt i 2013

4. Hvordan har klinikken organisert sitt arbeid med å redusere driftskostnadene

Klinikken har skissert store omstruktureringer på Thoraxkirurgisk avdeling. Klinikkleder vil sammen med HR-leder og økonomileder aktivt bistå avdelingsleder i prosessen med å få til gjennomføringene av de allerede vedtatte tiltakene. Klinikkleder vil også ha strategimøte med alle avdelingsledere for å behandle nye tiltak på avdelingen som beskriver gjennomføringen av en mer hensiktsmessig drift.

HR-leder og økonomileder vil ha budsjettmøter med alle ledere i klinikken, og bistå alle ledere i budsjettprosessen.

Helsefaglig rådgiver vil være en sentral aktør i møtene med nivå 4 og 5 ledere for å få til en dokumentert og hensiktsmessig bemanning på sengepostene. Bemanningen skal sees sammen med pasienttyngde, antall senger, bemanningsplaner, turnus og tildelt budsjetttramme.

Kvalitetsrådgiver i klinikken er en ressursperson når det gjelder avviks- og risikovurderinger innenfor pasientsikkerhet, aktivitet og arbeidsmiljø i klinikken.. Hun vil bistå den enkelte leder med å risikovurdere de foreslåtte tiltakene.

Forskningsleder i klinikken arbeider med plan for rekruttering og karrierestige innen forskning. I tillegg vektlegger han betydningen av gode søknader for å få ekstern finansiering av prosjekter.

Klinikk

Akuttklinikken AKU

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ⁹	2 236
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	- 280
Avvik fra budsjett per juli (mnok)	- 62
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mnok)	- 81

2. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Akuttklinikken er plassert sentralt i den prehospitalt virksomhet og i driften av Oslo Universitetssykehus. Vår oppgave er å ivareta beredskap, håndtere kvalitet og kapasitet i øyeblikkelig hjelp og å gi en forutsigbar ressurs til elektiv virksomhet. Et mål for sykehuset og Akuttklinikken er å samle beredskap til færrest mulige lokalisasjoner og å videreutvikle våre oppgaver i en sikker håndtering av øyeblikkelig hjelp utenfor og i sykehuset.

Strategiske valg for Akuttklinikken budsjett påvirker sykehusets muligheter til å løse sine oppgaver. Det er nødvendig å ta slike avveininger inn i det budsjettforberedende arbeidet videre.

Akuttklinikken vurderer 2013 som et driftsår uten store strukturelle endringer og flyttinger i Oslo Universitetssykehus. Akuttklinikken virksomhet finnes fortsatt på 4 lokalisasjoner med tilhørende beredskap. Virksomheten på Aker er redusert og endret, men ikke på en slik måte at vi kan omstrukturere våre ressurser på en prinsipiell måte. Hovedfokus for 2013 vil være hensiktsmessig tilpasning av ressursene til kirurgisk virksomhet på Aker og å forberede utflytting av urologi og karkirurgi.

Vi har valgt å starte budsjettarbeidet med å sette opp tiltak som bidrar til å bedre sykehusets og Akuttklinikken driftssituasjon. Noen av driftsforebedrende tiltak vil gi budsjettgevinst hos samarbeidende klinikker uten vesentlig økonomisk effekt i Akuttklinikken. Ved å tilføre bemanningsressurser (ytterligere svekke budsjettbalansen i Akuttklinikken) kan vi gi positiv endring i sykehusets total drift. Motsatt kan vi ved å fjerne ressurser i elektiv virksomhet for å ivareta nedbemanning kunne oppnå en positiv effekt på Akuttklinikken budsjett. Dette svekker sykehusets kapasitet for elektiv kirurgi og vil kunne svekke sykehusets muligheter til å løse sitt oppdrag. Den avhengighet som Akuttklinikken har overfor sykehusets overordnede strategi for aktivitet påvirker sterkt vårt eget handlingsrom i budsjettarbeidet. Disse dilemmaer illustrerer den vanskelige balanse som Akuttklinikken befinner seg i når virksomheten i 2013 skal planlegges og endelig skaleres.

Akuttklinikken målsetting er å skjerme forskning og fagutvikling best mulig og opprettholde budsjettet på et uendret nivå. Traumevirksomheten er under oppbygning.

⁹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

Klinikkledelsen har etterlyst finansiering av ø-hjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og aktivitetsutvikling innenfor Intensiv og Prehospitalt Senter. De tildelte rammer dekker ikke oppdragsveksten innenfor disse områdene.

Akuttklinikken har i august en prognose på 102 mnok. I tillegg er i det i budsjettskriv 2 skissert et rammekutt på 81 mnok. Akuttklinikken har også mottatt nye stillinger uten medfølgende budsjetttramme som øker den økonomiske utfordringen ytterligere. Dette gjelder 9 stillinger til PO, 7 stillinger knyttet til økning dagkirurgi (anestesi/operasjon) og 10 stillinger i Prehospitalt senter. Dette utgjør totalt 17 mnok. I 2012 har Traumeavdelingen i Akuttklinikken et mindreforbruk som følge av pågående ansettelsesprosesser. Finansieringen er øremerket oppbygging av traumevirksomheten i OUS og skal ikke kuttes. Dette utgjør 13 mnok. Tiltak iverksatt i 2012 vil gi en ytterligere innsparing i 2013 på 18 mnok og 30 årsverk.

Akuttklinikken har totalt en økonomisk utfordring på 195 mnok for 2013 og tilnærmet 280 årsverk. Dette utgjør et budsjettkutt på 12,6 % av årsverkene. Klinikken har en virksomhet hvor beredskap og øhjelp som er lovpålagt, utgjør en stor del av kostnadene våre. Det betyr at den resterende elektive delen av virksomheten ikke kan klare hele budsjettutfordringen. I 2012 har Prehospitalt senter, PO/Intensivavdelingen og anestesiområdet det største underskuddet. Dette skyldes 3 grunnleggende forhold: Økt aktivitet, ikke dekkende finansiering i forhold til lovverk, oppgaver og ansvarsområde og ikke optimal drift på grunn av flere lokalisasjoner i OUS.

3. Klinikkens hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Akuttklinikken har synliggjort en betydelig budsjettutfordring. Klinikkens totale utfordring er fordelt ned på avdeling ut i fra de prinsipper som sykehuset benytter for klinikkrammene. Budsjett 2013 er fast agenda på klinikkens ledermøter og budsjettdokumenter/bestillinger diskuteres i ledergruppen. Budsjettleveranse 1 baseres på avdelingsvise tilbakemeldinger etter idédugnader. Klinikken har et eget budsjettseminar for alle nivå 3- og 4-ledere og stab, samt tillitsvalgte og verneombud i klinikken primo september. Etter dette vil alle avdelingene arbeide med en "hjemmeoppgave" på tiltak som skal svares ut på avdelingenes tertialmøter ultimo september. Dette vil være grunnlag for detaljbudsjettering i oktober. Alle ledere vil avholde møter med egne enheter for å sikre involvering av ansatte igjennom prosessen.

Klinikken og alle avdelingene har sterkt fokus og arbeider videre med tiltakene for 2012 som delvis er implementert og de som ikke har vært mulig å gjennomføre ennå. Mange av disse tiltakene er avhengig av andre klinikkens tiltak, beslutning og aktivitet; både elektiv, øhjelp/beredskap og lokalisering.

a) Driftsorganisering - strukturelle endringer

Klinikken har i 2012 flere pågående strukturelle prosjekter/driftsorganiseringer som ennå ikke er implementert eller bare delvis er fullført:

- Flytting fra Aker
 - Forsinkelser utflytting fra Aker - Avvikling Uro/Kar
- Operasjonsstuer Aker – øke dagkirurgi
- Avvikle Bygg 31 Ullevål, dagkirurgi – flytte til Aker
- Samle Avdeling for Smertebehandling på Ullevål

Ved strukturelle endringer eller endring i aktivitet i andre klinikker er det viktig at Akuttklinikken blir inkludert tidlig i planleggingen slik at vi kan dimensjonere klinikkens service ut fra dette. Klinikken ønsker en standardisert innmeldingsrutine ved endring/økning av operasjonsaktivitet. Dette er nødvendig for sikre optimal drift og best mulig ressursutnyttelse. Alle støttefunksjoner i AKU, KDI og OSS må involveres.

Prehospitalt senter har sitt primære opptaksområde innenfor Oslo og Akershus. I tillegg har PhS regionalfunksjon for Helse Sør-Øst samt at ambulanshelikoptrene dekker store deler av Sør Norge. Utfordringer i forhold til aktivitet og kostnader gjør at det bør vurderes en organisasjonsform og finansieringsform som innebærer innflytelse og ansvar også for andre Helseforetak (AHUS og Vestre Viken).

Akuttklinikken har ingen ordinære sengeposter, men sengeposter på PO/Intensiv. Alle disse har færre enn 25 senger. Ingen pågående vurdering.

Drift av Aker sommer 2013 vurderes iht erfaring fra sommeren 2012. Intensiv 2 og Intensiv 3 på Ullevål har de siste årene blitt slått sammen på sommeren. Dagkirurgi på Ullevål og Aker har sommerstengt. Tilsvarende har Avdeling for smertebehandling 3 uker sommerstengt. Mulige stengninger i lavaktivitetsperioder blir løpende vurdert, men krever godt samarbeid med berørte klinikker.

b) Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

En endring på dette kan for Akuttklinikken bety økte kostnader. For Prehospitaltjenester kan dette medføre økte transporter særlig i forhold til pasientreiser og ambulanser. Ved denne type endringer er det essensielt å tilpasse driften på operasjon, dagkirurgi og sterilenheten. I tillegg vil det være nødvendig med dialog og samarbeid om arbeidstid.

c) Effektivisering av pasientforløp

Akuttklinikken har ikke egne pasientforløp utover Avdeling for smertebehandling. Pasientforløpet i Akuttmottaket har vært gjennomgått i samarbeid med andre klinikker i forbindelse med flytting fra Aker. Endring av driftsmodell, triage, hvordan sykepleiere og leger kan jobbe parallelt og hvordan ressurser fra KDI påvirker pasientforløpet. Tilsvarende prosess er i gang for nytt akuttbygg. Hensikten med det arbeidet som gjøres i Akuttmottaket er å redusere liggetid i mottak og få en mer effektiv flyt inn i sykehuset. Riktig/rask triage vil kunne gi mer effektiv utnyttelse av ressurser.

Akuttklinikken kan bidra til å bedre pasientlogistikk ved økt samarbeid med andre klinikker ved å pakke operasjonsprogram bedre, fokus på presis oppstart og driftsteam. Det forutsettes at alle kirurgiske enheter, spesielt legene, deltar i driftsteamene for å få en mer effektiv drift av operasjonsstuene. Dette vil ikke nødvendigvis gi besparelser for Akuttklinikken, men vil kunne gi besparelser på overtid.

All økt aktivitet vil gi økte kostnader for Akuttklinikken, også økt aktivitet pga bedret logistikk og effektivisering.

Akuttklinikken har tatt initiativ til implementering av operasjonsplanleggingssystem Albert. Full bredding av Albert vil kunne bedre både planlegging av aktivitet og dokumentasjon i etterkant som kan danne grunnlag for ytterligere analyser og driftsforbedringer. Klinikken ønsker å innføre sammen med de andre kirurgiske klinikkene et standard egenmeldingsskjema.

Klinikken foreslår å innføre preoperativt tilbud på Ullevål og RH. Dette vil redusere strykninger, sikre kvaliteten og gi færre transporter for Prehospitalt Senter. Det vil kreve bemanning av kompetent personale med tidlig arbeidstidstart. Det er mulig å utnytte arealet i sengeventehall til preoperative kontroller, samt preoperative prosedyrer. Preoperativt tilbud vil også kunne øke sammedagskirurgi.

Klinikken vil også innenfor operasjonsområdet se på bemanningsnorm og hvorvidt den normale arbeidstiden bør utvides til kl. 17 for å utnytte operasjonskapasiteten best mulig.

Bemanningen på Sterilavdelingen er vurdert som et risikoområde i forhold til å kunne serve operasjonsavdelingen med kirurgiske instrumenter. Økt antall helsefagarbeidere kan avlaste operasjonssykepleierne.

d) Samhandling og oppgavedeling

Klinikken har følgende områder som vi kommer til å vektlegge ovenfor andre klinikker i budsjettarbeidet 2013:

- Klinikken ønsker bedre samarbeid rundt varsling om endret aktivitet i henhold til nivå 1 dokument. Meraktivitet internfaktureres utover avtalt nivå
- Medisinske intensivpasienter overføres egen klinikk
- Intermediærfunksjon - pasient behandles på riktig omsorgsnivå
- Engangsutstyr laparoskopi/robot, implantater og dialysevæsker dekkes av egen klinikk
- Tidligere utskriving fra intensiv medfører økning i ressurskrevende intensivtransporter prehospitalt.

Klinikken arbeider videre med planene om anskaffelse av "hvite biler" - en type transportambulansse med større kapasitet, øremerket planlagte oppdrag og med fokus på å få frigjort sykehussenger. Bilen må ha to bæreplasser og 5 sitteplasser. Dersom sykehusene kan organisere bemannede ventesoner kan vi øke effektiviteten med 1,5 til 2 ganger. Ventesoner er opprettet det er iverksatt bestillingsfrist av ambulanser til klokken 11. Denne ønsker vi fremskyndet til klokken 10. Pasientreiser fokuserer løpende på rett transport til rett pasient i henhold til lov/forskrifter og på samkjøring. Andre klinikker får frigjort senger ved raskere uttransport. PO-kapasitet blir ikke en flaskehals og operasjonsprogrammet kan gjennomføres som planlagt.

e) Samlokalisering

Akuttmottak er flyttet fra Aker til Ullevål fra 25.06.12. Effektivisering i årsverk er lagt inn som tiltak i budsjett 2012 med reduksjon av 12 årsverk. Effekten blir lavere da URO og KAR fortsatt er på Aker. Det er lånt ut midlertidig noen stillinger til en mottaksfunksjon på URO. Det overført 21 årsverk til Ullevål fra Aker på mottak.

Overføring av 3 intensivsenger fra Aker til Ullevål er startet, men vil skje gradvis utover høsten. Effekten på tiltak vil slå ut tilsvarende. Fra 1.1 vil turnustekniske stillinger være fjernet og overtiden vil bli redusert på Ullevål når stillingene er flyttet. PO stillingene vil fortsatt være igjen på Aker, avhengig av omfanget av operasjonsvirksomheten.

Kar-virksomheten på Aker betyr at Akuttklinikken må opprettholde beredskap på Aker. Vi vil vurdere behovet for tilstedeværende beredskap helg, kveld og natt.

Operasjonsavdelingen har et ønske om å flytte dagkirurgi fra bygg 31 på Ullevål. Driftsenheten er for liten og lite effektiv, lokalet er uhensiktsmessig. Det er et ønske å samle all dagkirurgi på Aker og få et robust og effektivt drevet senter. Dette vil tas opp i budsjettarbeidet 2013.

Avdeling for smertebehandling er i dag lokalisert på Rikshospitalet og Aker. Det er ønskelig å få samlet denne enheten på Ullevål. Dette vil gi positive synergieffekter, både personellmessig og utstyrmessig.

Samlokalisering i OUS kan medføre færre transporter for Prehospitale tjenester. Funksjonsfordeling internt i OUS har medført økning i internt transporter – også intensivtransporter.

f) Felles normering

Akutt klinikken ønsker å se på bemanningsfaktor og bemanningsnormer i avdelingene. Det kan være ønskelig å starte benchmarking på visse områder for forsikre oss om at klinikken utnytter ressursene best mulig. Selv om intensivposter ikke er direkte sammenliknbare, så burde det være mulig å lage en bemanningsfaktor som kunne brukes som et utgangspunkt for bemanning og justeres i henhold til pasienttyngde. Her ønsker vi å initiere et samarbeid med Kvinne- og barneklirikken og Medisinsk klinikk. I tillegg må man også se på aktivitetsplanlegging/turnus og ferieplanlegging som en del av det totale arbeidet.

Bemanning på operasjon/anestesiområde er tuftet på elektiv aktivitet og beredskapsbehov. Det betyr i praksis at de seksjonene som har høyt beredskapsbehov bruker mange stillinger på det. Eksempelvis har Generell seksjonen Ullevål bruker mer enn 50% (18,5 av 36) av sin bemanning på ø-hjelp/beredskap, mens Aker bruker 7,5 stilling av 38 = 20%. Beredskapsnivået er satt av fagdisiplinene vi server, for eksempel tilstedevakt på Aker hele døgnet, 3 ansatte tilstede på nattevakt på RH pga en mulighet for samtidighetskonflikt mellom keisersnitt og akutte blødninger fra ØNH sitt fagområde.

Avdeling for anesthesiologi vil starte prosess med tillitsvalgt for avklaring av prinsipper høsten 2012 for sommeravviklingen 2013. Avdelingen vil også gjerne bidra sentralt slik at det legges føringer som sikrer likhet og letter gjennomføring i egen og andre klinikker. Avdelingen har solid erfaring fra tiden før OUS som vi ønsker å anvende. Prehospitalt senter har høy aktivitet i AMK, ambulanse og luftambulans til tross for at sykehusene reduserer elektiv aktivitet om sommeren.

Bemanning og arbeidstid har vært fokusområde i klinikken. Dette vil videreføres inn i budsjettarbeidet for 2013. Klinikken vurderer løpende behovet for å flytte ressurser mellom lokalisasjoner. Klinikken skal gjennomgå alle stillingskategorier og ser på arbeidsoppgaver og hvorvidt disse inngår i turnus.

Det er avviklet 2 av 3 vaktlag på Aker. Vaktbelastningen ved Ullevål og Rikshospitalet vurderes løpende og har økt noe. Vi vil se på kjøp av UTA.

Klinikken imøteser ny retningslinje og vil besørge at permisjonene avvikles i tråd med tarifferte føringer.

g) Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Ledere skal planlegge bemanning ut i fra aktivitet på døgn- og ukeplan. Avdelingene er avhengig av godt samarbeid i turnusplanleggingen med ansatte og tillitsvalgte for å få gode arbeidsplaner.

Klinikken vil arbeide og ha løpende dialog med sentral HR-avdeling i forhold til turnusplanlegging og opplæring i bruk av verktøy. Enkelte avdelinger kan ha behov for mer støtte pga kompleks turnusplanlegging.

Akuttklinikken etterstreber i sin budsjettering å ta hensyn til lavaktivitetsperioder, både for ferie, røde/inneklemte dager samt høstmøteuken. Dette gjelder budsjettering av aktivitet og bemanning. For Akuttklinikken er nok dette mindre aktuelt enn for andre klinikker, da vi har mye beredskap og lite elektiv drift. Lavaktivitetsperioder planlegges sammen med andre kliniske klinikker/avdelinger.

Klinikken kan nevne følgende områder som det er fokus på i de ulike avdelingene:

- Ordinær IA oppfølging
- Profesjonell oppfølging av gravide arbeidstakere
- Lederopplæring
- Fagopplæring
- Turnusplanlegging i forhold til aktivitet
- Gjennomgang og tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet
- Fokus på det psykososiale, med gruppesamtaler og veiledning
- Operasjonsavdelingen har etablert tilbud om fysisk trening flere ganger per uke

h) Innkjøp

Innkjøpsavdelingen OUS har knapt med ressurser slik at inngåtte avtaler og priser ikke er oppdatert i varekatalogene i de tre innkjøpssystemene. Det er også ressurskrevende med flere innkjøpssystemer som igjen gir manglende kontroll.

Akuttklinikken deltar i brukergrupper i forbindelse med anbudsprosesser, både i OUS og i HSØ.

Akuttklinikken bestiller via innkjøpssystemene, og er avhengig av at nye avtaler og priser er oppdatert der. Ledere i klinikken ønsker å ta i bruk nye avtaler, men avtaleoversiktene er uoversiktlige. Oversiktene må være lettfattelige, oppdaterte og tilgjengelige og nye avtaler må markedsføres bedre.

Reduksjon av varekostnader er et kontinuerlig arbeid i hele klinikken. Avdelinger med høye varekostnader har et sterkt fokus og bevissthet på pris og forbruk, for eksempel merker Operasjonsavdelingen hyllene med pris på produkt.

Akuttklinikken trenger et visst antall bestillere for å kunne ivareta den døgndriften som klinikken har. I tillegg må ferieavvikling hensyntas. Det er med visse unntak kun seksjonsledere som er anvisere i klinikken.

Akutt klinikken har ønsket å oppdatere fullmaktstrukturen helt siden fusjonen og organisasjonsstrukturen var etablert, primo 2010. 3 ulike innkjøp- og fakturasystemer og mangelfulle og feilaktige fullmaktsoversikter fra systemene umuliggjør denne jobben.

Innkjøpsavdelingen har satt som krav at alle som skal ha systemtilgang skal ha gjennomgått kurs i regi av Innkjøpsenheten OUS. Økonomene i Akutt klinikken har grunnleggende opplæring vedrørende innkjøp i vår klinikkinterne økonomiopplæring både for nye og eksisterende ledere.

Fakturahåndtering på Rikshospitalet er ikke tilfredsstillende i forhold til fullmaktstruktur. Dersom vareprisen stemmer overens med bestilling, går fakturaen til betaling rett etter varemottak. Det vil si at bestillingen og varemottaket går igjennom kun en person.

4. Ressurser i klinikken som arbeider med virkemidler for å redusere driftskostnadene

Akutt klinikken forsøker å bruke stab og støtteressurser til gjennomføringen av valgt hovedstrategi. Klinikken har en marginal stab, 0,6 % av klinikkens totale årsverk. Akutt klinikken planlegger å gjennomføre reorganisering av staben høsten 2012. Klinikken arbeider i stor grad i linjen gjennom avdelingene. Seksjon- og avdelingsledere sitter nærmest driften og har den beste kunnskap til å arbeide med kostnadsreduserende tiltak. De er også resultatansvarlige for sine enheter innenfor tildelte rammer.

Klinikk

Klinikk for diagnostikk og intervensjon, (KDI)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ¹⁰	1870
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	50
Resultatavvik per juli (mill.kr)	11,7
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mill.kr)	56

2. Vurdering av klinikken utfordring fra 2012 til 2013

Klinikken regner med å få et lite overskudd i 2012, hovedsakelig relatert til inntektssiden som blir noe bedre enn forutsatt. Med et budsjettkutt på 56mnok har klinikken da en utfordring på ca 50mnok i 2013. Med utgangspunkt i at 70% av kostnadene er lønn utgjør denne utfordringen ca 50 årsverk. Klinikken har fortsatt noe potensial å hente ut på omlegging av drift på Aker. Etter akuttinntaket ble flyttet i sommer, jobbes det med å ta ned mest mulig aktivitet og funksjoner utover høsten, noe som vil gi en mer hensiktsmessig ressursutnyttelse. Klinikken vil også få noen effekter av ombyggingen av labbygget på Ullevål, samt helårseffekter av automatisering investert tidligere år. Vridning av analyser på mikrobiologi og sterk vekst på medisinsk genetikk vil sannsynligvis gi noe merinntekter også i 2013. Samtidig skal det jobbes videre med aktivitet og kapasitet som vil gi positive effekter på driften.

3. Klinikken hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Klinikken rammeforutsetninger etter budsjettforutsetningene i budsjettskriv nr 2, er foreløpig fordelt ut på avdelingsnivå og lagt frem for ledermøte før sommeren. De nye budsjetttrammene er for hver avdeling sett i sammenheng med prognose på året. Avdelingene jobber med de foreløpige rammene i egen avdeling og ser på tiltak for å løse utfordringen i 2013. Budsjettet vil under detaljbudsjetteringen i september/oktober bli lagt på laveste nivå i organisasjonen.

Nedenfor har vi under 5 overskrifter oppsummert de viktigste tiltakene vi har innenfor de definerte innsatsområdene.

Aktivitet

Klinikken vil tilpasse aktivitet, både internt og eksternt, for å imøtekomme nye budsjetttrammer. For eksternt aktivitet foregår det et arbeid med HSØ for å se på finansieringen av polikliniske analyser. For oppgaver/analyser som ikke blir tilstrekkelig finansiert må klinikken vurdere videreføring av disse.

¹⁰ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

KDI vil jobbe for at en større del av kontrollene kan flyttes ut til lokal/områdesykehus. Dette må gjøres i samarbeid med de pasientbehandlerne, fortrinnsvis KKT og HLK.

Internt i OUS må KDI, sammen med rekvirerende klinikker, fortsette å se på bruken av KDI's tjenester. Fokus vil være på å få til riktig bruk av laboratorie/radiologitjenester. Dette arbeidet ble påbegynt i 2012, men har på grunn av dårlige aktivitetsdata mistet fremdrift. Det forventes at vi har tilgjengelige aktivitetsdata i løpet av september 2012. Kapasitetskartlegging av bl.a. radiologiske tjenester vil også bli gjennomført.

Dublering av funksjoner

Innen for laboratoriefagene vil vi identifisere områder der avdelinger kan ha felles bruk av maskiner og ressurser. Eksempler innen immunhematologiske analyser, DNA sekvensering, serologianalyser, elektrofereseteknikker, fecalanalyser.

Felles normering/bemanningstilpasninger

Det jobbes med bemanningsnormer i flere avdelinger, eksempelvis hos Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for patologi. Forbedring av aktivitetsdata er viktig for å komme videre med dette innen radiologi/nukleærmedisin.

Det er fokus på bemanningskontroll. Gjøres ved hjelp av det lokale stillingsutvalget og tett oppfølging av stillingsbudsjett. Denne kontrollen vil bli lettere å gjennomføre med felles GAT.

Arbeidet med 52 ukers arbeidsplan er en hovedprioritet i 2013. Dette vil forbedre ressursbruken, spesielt i ferieavviklingen og vil kunne redusere utbetalinger for "uforutsett vakt" i ferieperiodene – samt forhindre brudd på arbeidsmiljølov og vernebestemmelser. Det vil også kunne føre til mer forutsigbar ferie for de ansatte. Det bør vurderes om innkjøp av legetid kan omdisponeres gjennom året i KDI. Videre bør det vurderes om vaktlag kan slås sammen i ferieperiodene. Planlegging av overlegepermisjoner bør også ses i sammenheng med 52 ukers arbeidsplan. Viktig at dette arbeides med kontinuerlig.

Det arbeides med å fordele vakt og andre type belastende arbeid på flere ansatte, med sikte på bedre byrdefordeling

I tillegg er det fokus på å gi lederstøtte i sykefravær-/personalsaker. Dette arbeides det overordnet med i klinikk-AMU og andre arenaer for dialog med verntjeneste og fagforeninger.

Blodprøvetakning

Bioingeniører fra Avdeling for medisinsk biokjemi tar blodprøver av pasienter på post. Det er ønsket fra KDI at OUS vurderer om ikke den totale ressursutnyttelse blir bedre hvis sykepleiere/annet helsepersonell ute på postene tar disse prøvene. Vi har hatt et pilotprosjekt på Aker som har positive resultater.

Vi arbeider også med en felles norm i avdelingen og bruker en intern rapport for å harmonisere rutineene.

Det utarbeides et driftskonsept for felles eksternt prøvemottak i bygg 25 Ullevål, hvor prøvetaking kan bli en faktor.

Driftsorganisering og strukturelle endringer

Omdisponering av ressurser på Aker vil være et av de viktigste tiltakene for å komme i budsjettbalanse 2013. Dette gjelder i hovedsak Avdeling for radiologi og nukleærmedisin samt Avdeling for medisinsk biokjemi. Det jobbes med å detaljere planene for dette med effekter fra 01.09.12.

KDI jobber også med å få ut effekter av delprosjekt 15 (DP15) som omhandler samlokalisering i bygg 25 på Ullevål. Samlokalisering av 2 brystdiagnostiske sentre vil også bli vurdert.

Videreføre eksisterende tiltak og nye små tiltak på avdelinger: Jobbglidning, automatisering, LEAN-prosjekter, lager/innkjøpsproblematikk, flytte mammascreeing fra Galleriet til Aker.

Definerte innsatsområder for OUS

Nedenfor har vi under hvert definerte innsatsområde listet opp ulike tiltak som vurderes gjennomført for å realisere drift i henhold til ramme (de viktigste punktene er oppsummert i avsnittene ovenfor).

a. Driftsorganisering, strukturelle endringer

- Driftsplan Aker
- DP15 (effekter av delprosjekt 15, samlokalisering i bygg 25 på Ullevål).
- Kapasitetskartlegging radiologi – grunnlag for normeringsarbeid
- Se på organisering av våre tjenester på Radiumhospitalet.
- Samlokalisering av 2 brystdiagnostiske sentre.
- Vurdering av videre drift av Ex-Vivo-lab på Immunologisk avdeling.
- Videreføre eksisterende tiltak og nye små tiltak på avdelinger

b. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

Ikke aktuelt for KDI, men kan være relevant der KDI er et ledd i pasientforløp som endres i andre klinikker.

c. Effektivisering av pasientforløp

Prosesser på pasientforløp eies av pasientbehandlende klinikk, men det er viktig at KDI involveres der våre tjenester er en del av forløpet.

Kapasitetskartlegging innen radiologi vil synliggjøre hvor flaskehalsene oppstår, etter å ha optimalisert dette innen dagens ressurser, må sykehuset vurdere om kapasiteten dekker behovet.

d. Samhandling og oppgavedeling

- Klinikken vil tilpasse aktivitet, både intern og ekstern, for å imøtekomme nye budsjetttrammer.
- Dublering av funksjoner innen lab - maskiner og ressurser mellom hus og avdelinger
- Prøvetakning på post
- Flere kontroller ut til lokal/områdesykehus

Spørsmål til innsatsområde: Flytting av kontroller må gjøres i nært samarbeid med pasientbehandlende klinikk som eier pasienten. KDI vil bidra i overføringen, men det er pasientbehandlende klinikk som initiere overføringen.

e. Samlokalisering

Se under punkt a.

KDI flytter ressurser i forhold til hvordan de andre klinikkene flytter sin aktivitet. Inntil vi får felles LIMS/RIS/PACS vil vi ha vanskelig for å samlokalisere/harmonisere aktiviteten.

Avdeling for immunologi har samlet medisinsk immunologi i bygg 25 i 2010/2011 og Avdeling for medisinsk genetik samler all laboratorievirksomhet på Ullevål høsten 2012/vinter 2013. Felles eksternt prøvemottak Ullevål tas i bruk høsten 2012/vinter 2013.

f. Felles normering

- Felles normering/bemanningsstilpasninger/aktivitetskrav

Arbeidet med 52 ukers arbeidsplan (se punkt g) er en hovedprioritet i 2013. Dette vil forbedre ressursbruken, spesielt i ferieavviklingen og vil kunne redusere utbetalinger for "uforutsett vakt" i ferieperiodene – samt forhindre brudd på arbeidsmiljølov og vernebestemmelser. Det vil også kunne føre til mer forutsigbar ferie for de ansatte. Det bør vurderes om innkjøp av legetid kan omdisponeres gjennom året i KDI. Videre bør det vurderes om vaktlag kan slås sammen i ferieperiodene. Planlegging av overlegepermisjoner bør også ses i sammenheng med 52 ukers arbeidsplan. Viktig at dette arbeides med kontinuerlig.

Det arbeides med å fordele vakt og andre type belastende arbeid på flere ansatte, med sikte på bedre byrdefordeling

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

- Fokus på bemanningskontroll – lettere ved felles GATT
- Arbeids og tjenesteplaner – 52 ukers arbeidsplan
- Konvertering av dagstillinger til vakt
- Prøvetaking i MBK – felles norm i avdeling – se på intern rapport
- Fokus på at arbeidsoppgaver overføres til annet nivå der kunnskapen er adekvat (LEON-prinsipp/jobbglidning)

Det er fokus på bemanningskontroll. Gjøres ved hjelp av det lokale stillingsutvalget og tett oppfølging av stillingsbudsjett. Denne kontrollen vil bli lettere å gjennomføre med felles GAT.

52 ukers arbeidsplan vil bidra til at bemanningen tilpasses i lavaktivitetsperioder.

Klinikken har egne prosjekter på jobbglidning (se punkt ovenfor).

Fokus på å gi lederstøtte i sykefravær-/personalsaker. Dette arbeides det overordnet med i klinikk-AMU og andre arenaer for dialog med verntjeneste og fagforeninger.

h. Innkjøp

Det jobbes aktivt med å redusere varekostnader og andre kostnader. Enkelte laboratorieavdelinger har tidligere jobbet i tett dialog med innkjøp rundt gjennomgang av leverandører og avtaler. På grunn av redusert kapasitet hos innkjøp, og arbeid i forbindelse med flyttinger på avdelinger, har dette arbeidet blitt lagt litt på is. For at dette skal få nytt fokus kreves økt kapasitet hos innkjøpsavdelingen. Avdelingene i KDI står klare til å jobbe med innkjøpsavtaler og har etterspurt kapasitet fra innkjøp ved flere anledninger. Felles innkjøp/bestillingssystem vil gjøre dette arbeidet enklere.

Klinikken vurderer å etablere et innkjøpsnettverk der alle avdelinger i KDI og innkjøpsavdelingen er representert. Et slikt nettverk vil bidra til bedre kartlegging av områder klinikken bør fokusere på, samt sikring av at nye avtaler tas i bruk.

Det etterlyses bedre rapportmuligheter i innkjøpssystemene for enklere oppfølging på klinikk/avdeling.

Klinikken skal i løpet av høsten ha gjennomgang av alle fullmakter i innkjøpssystemene for å sikre at fullmaktsmatrisen er oppfylt. Vi håper å kunne dra nytte av superbrukere for å sikre god kompetanse blant bestillere. Også viktig at OUS har tilgjengelige brukerkurs.

4. Hvordan har klinikken organisert sitt arbeid med å redusere driftskostnadene

Avdelingslederne er ansvarlige for å innrette seg etter tildelte budsjetttrammer. Til å følge hovedstrategien er følgende ansvarlig:

Aktivitet – Øk.leder

Dublering av funksjoner - HOP

Felles normering / bemanningstilpasninger – HR-leder

Prøvetakning - kvalitetsrådgiver

Driftsorganisering og strukturelle endringer

Prosjektleder DP15: Helsefaglig rådgiver

Felles prøvemottak: Helsefaglig rådgiver

Driftseffektivisering – Avdelingsleder – Økonomi og HR følger opp i løpende møter.

Klinikk

Oslo sykehusservice (OSS)

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 ¹¹	1700
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	100
Resultatavvik per juli (mill.kr)	-4
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013 (mill.kr)	-86

2. Vurdering av klinikkenes utfordring fra 2012 til 2013

Rammene til Oslo sykehusservice reduseres med 86 millioner kroner fra 2012 til 2013. Dette kommer i tillegg til allerede gjennomført reduksjoner på 300mnok i perioden 2010-2012.

Klinikkene har per juli et aktivitetsnivå på 1,5 % ut over budsjettet aktivitetnivå. Det er i budsjettskriv 2 ikke planlagt med redusert aktivitet for 2013.

I 2013 vil det fortsatt være kostnader knyttet til bygningsmasse og aktivitet på Aker..

Det kan synes at det er en forventning om at vesentlig reduksjon i rammer avsatt til støttetjenester ikke i særlig grad skal gå ut over tjenestene som leveres,

Ovennevnte forhold utgjør sammen med forventning om produktivitets- og effektivitetsforbedringer en sterkt økende utfordring som i noen grad vil være på grensen av det som er mulig å gjennomføre, gitt at vi skal opprettholde leveranse av produkter og tjenester til klinikkene og dir. stab. Endelig ramme vedtas av sykehusets adm.dir gjerne i samsvar med en anbefaling fra ledergruppen og med en forståelse av de konsekvenser det vil medføre.

I 2010 ble det lagt opp til at Oslo sykehusservice ville få redusert sine rammer med 350mnok i perioden 2010 til 2013. Forutsetningen som lå til grunn var at "Dag 4" var realisert, hvilket innebar at aktivitet var overført Akershus Universitetssykehus og at lokasjon Aker var tømt for Oslo Universitetssykehus sin aktivitet og at netto kostnader for Oslo sykehusservice ved lokasjon Aker var lik 0. I perioden skulle også felles IKT systemer implementeres og underbygge "fra 3 til 1".

Forutsetningene for at Oslo sykehusservice skulle håndtere rammereduksjonene på en akseptabel måte er ikke innfridd. IKT-systemer som skulle bidra til gevinster er fortsatt ikke på plass, aktivitet på Aker skal fortsatt ha støttetjenester, bygningsmasse på Aker skal fortsatt driftes, aktiviteten på sykehuset er høyere enn planlagt og krever således mer av støttetjenestene enn det som er lagt til grunn i tildelte rammer.

Når Oslo sykehusservice på tross av dette har klart å redusere kostnader med om lag 300 millioner kroner i perioden 2010-2012 så har dette hatt konsekvenser for kvalitet og frekvens på tjenester og for teknisk stand på bygningsmasse og utstyr. Noen konsekvenser er mer merkbare i klinikkene enn andre. Andre konsekvenser er ikke fullt så merkbare men kan

¹¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

likevel være like alvorlige. Klinikkerne merker umiddelbart om pasienter ikke blir flyttet på som følge av redusert portør og transport kapasitet. Personell og pasienter i klinikkerne merker også godt at renholdet gjennomføres i mindre grad enn det kanskje ble gjort tidligere. Hygienemessig er renholdet akseptabelt, men opplevelsen av renholdet er forverret. Like tydelig merkes ikke forfallet i bygningsmasse og medisinskteknisk utstyr som skjer sakte men sikkert fra dag til dag. Den økte risikoen for nedetid som følge av sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr er ikke nødvendigvis merkbar den tid utstyret faktisk fungerer. Det vil også ha en konsekvens på belastningen av sykehusets investeringsbudsjett, som i større og større grad må benyttes til erstatning av sammenbrudd. Det merkes heller ikke så tydelig at produktkataloger i innkjøpssystem ikke er ryddet i, selv om dette innebærer høyere innkjøpskostnader i klinikk.

I noen tilfeller opplever klinikken at oppgaver overføres fra Oslo sykehusservice til klinikkerne. Dette skjer i de tilfeller hvor Oslo sykehusservice som en del av innsparingsbehovet reduserer tjenestetilbudet, og hvor klinikkerne kompenserer for dette ved selv å utføre oppgaven.

Dette er konsekvenser av at Oslo sykehusservice forholder seg til og gjennomfører i henhold til de rammer sykehuset avsetter til støttetjenester og infrastruktur.

Det er viktig å vise til at det er gjennomført tiltak som i tillegg til å redusere kostnader også har bidratt til bedre leveranser til klinikkerne, og hvor oppgaver er overført fra klinikk til Oslo sykehusservice. Gode eksempler på dette er innføring av matkonseptet 1-2-3 og aktiv forsyning. Matkonseptet 1-2-3 innebærer at vi går bort fra brettservering og hvor matverter står for matservering ute på sengepostene. Pasienten får den mengde den har lyst på og svinn reduseres. Den viktigste positive effekten av dette tiltaket er kanskje at svinn er redusert og mathygiene/sikkerhet er vesentlig forbedret. Aktiv forsyning innføres nå også på Ullevål, noe som innebærer at sykepleiere på post ikke lenger trenger å bruke tid på å fylle opp lager på post. Vesentlig bedre strukturerte lager innebærer også mindre tid på å lete frem varer. Konseptet innføres av logistikkavdelingen i Oslo sykehusservice, uten innsparing her. Besparelsene ligger i klinikkerne i form av frigjort sykepleiertid.

3. Klinikkens hovedstrategi for å imøtekomme budsjettkrav for 2013

Fra 2011 til 2012 skulle Oslo sykehusservice redusere sine kostnader med 111mnok. Hovedstrategi for 2012 var effektiviseringer knyttet til prosessforbedring, organisatoriske endringer og investeringer. Alle vare- og driftskostnader skulle vurderes, men det var ikke forventet særlige reduksjoner i disse. Eksterne inntekter ville også bli vurdert. Det ble ikke budsjettet med flere årsverk enn rammene ga rom for. Konkret innebar dette en nedbemanning av ansatte i Oslo sykehusservice.

For 2013 skal Oslo sykehusservice redusere kostnader knyttet til støttetjenester og infrastruktur ytterligere. Kostnader må reduseres tilsvarende rammereduksjon på 86mnok. I tillegg kommer et eventuelt overforbruk i 2012.

Hovedstrategi for Oslo sykehusservice i 2013 vil i hovedsak være tilsvarende hovedstrategien for 2012. Men i tillegg til effektivisering så vil det være nødvendig med redusert tjenestetilbud og redusert vedlikehold av bygg og medisinskteknisk utstyr. Redusert tjenestetilbud kan være i form av bortfall av tjenester, redusert frekvens på og omfang av tjenester, og/eller redusert kvalitet på tjenester.

Oslo sykehusservice vil fortsette å implementere innsparingstiltak som i minst mulig grad får negative konsekvenser. Noen tiltak vil bidra til økt kvalitet og bedret opplevelse for brukerne. Eksempler på dette er prosessforbedring i det interne vaskeriet, og videre innføring av 1-2-3, innføring av felles fakturabehandlingssystem, etc. manglende innføring av felles bestillingssystem vil slå negativt ut både for OSS men også for den enkelte klinikk, Rammene som er avsatt til støttetjenester vil utvilsomt innebære tiltak med negative konsekvenser så lenge det ikke er planlagt med særlig grad av reduksjon i klinisk aktivitet og eiendomsmasse. Dette vil ha negative konsekvenser for de som mottar støttetjenestene, og det vil smerte hos de som utfører og leverer tjenestene. Dette vil merkes ganske umiddelbart etter hvert som kutt i tjenester og reduksjon av kapasitet gjennomføres. Det vil også innebære ytterligere økning i forfall på infrastruktur og økt risiko for ikke-styrt nedetid som følge av sammenbrudd. Det er viktig at sykehuset er bevisst på dette når sykehuset velger å redusere midlene som avsettes til støttetjenestene og infrastrukturen uten at det planlegges med særlig reduksjon i aktivitet eller bygningsmasse.

Oslo sykehusservice vil planlegge i henhold til de rammer som sykehuset avsetter til støttetjenester, og Oslo sykehusservice vil forutsette i hovedsak lik klinisk aktivitet som i 2012 og i hovedsak samme bygningsmasse. Vesentlig reduserte rammer med uendret aktivitet og infrastruktur vil få noen negative konsekvenser. Oslo sykehusservice vil synliggjøre hvilke konsekvenser rammene vil få for støttetjenester til klinikkene, for forfall på infrastruktur, og for risiko knyttet til nedetid som følge av sammenbrudd. Oslo sykehusservice vil ha dialogmøter med klinikkledelsene i de øvrige klinikkene, hvor konsekvensene vil bli kommunisert.

Det vil oppstå tilfeller hvor klinikkene mener tiltak foreslått av Oslo sykehusservice er uakseptable. Oslo sykehusservice vil være tydelige på at klinikkene må bidra med forslag til alternative tiltak som oppleves som akseptable.

Oslo sykehusservice har fordelt sin tildelte ramme internt. Rammereduksjonen er fordelt ut ifra totalbudsjett, justert for noen større kostnadsposter som er mindre påvirkbare gitt dagens aktivitetsnivå og infrastruktur. Det innebærer blant annet redusert budsjett til vedlikehold og serviceavtaler til bygg og medisinsk teknisk utstyr. Det innebærer at med ytterligere reduserte rammer til Oslo sykehusservice så kan ikke service og vedlikehold i samme grad som tidligere skånes for nedskjæringer på bekostning av tjenester som renhold og portørtjenester.

a. Driftsorganisering, strukturelle endringer

Foruten strukturelle endringer i egen klinikk, så vil strukturelle endringer/ endret driftsorganisering i klinikkene innebære endret behov for tjenester fra Oslo sykehusservice. Per i dag har ikke Oslo sykehusservice oversikt over planlagte endringer i klinikkene, og det vil bli budsjettert med aktivitet og struktur som i dag med mindre Oslo sykehusservice blir gjort oppmerksom på konkrete endringer.

b. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

I forhold til endring fra døgn til dag, så vil dette kunne innebære økt behov for transport og tekstil, mens det kan innebære mindre behov for mat. Dette er uklart inntil det foreligger mer konkrete planer.

c. Effektivisering av pasientforløp

Dersom effektivisering av pasientforløp innebærer at sykehusets totale aktivitet økes så kan det innebære økte kostnader for støttetjenestene. Dersom oppnåelse av effektiviseringen av pasientforløp krever ressurser fra Oslo sykehusservice, så vil det innebære økte kostnader for støttetjenestene.

d. Samhandling og oppgavedeling

Ikke aktuell i Oslo sykehusservice

e. Samlokalisering

Det jobbes med ytterligere samlokaliseringer i flere områder i Oslo sykehusservice.

f. Felles normering

Oslo sykehusservice vil ha likt service nivå på like sengeposter.

g. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Oslo sykehusservice har god erfaring med prosessforbedring og ressursplanlegging og vil fortsette å jobbe med dette innenfor flere deler av virksomheten. Eksempel er eget ressursplanleggingssystemet for renhold koblet opp mot system for arealforvaltning.

h. Innkjøp

Det vil bli sett på antall bestillere, superbrukere med kompetanse til å ta ut statistikk, og avtalelojalitet i Oslo sykehusservice. Konkret vil det i dialog med klinikkene bli gjort tiltak for å øke kvalitet og presisjon i bestillingene

4. Hvordan har klinikken organisert sitt arbeid med å redusere driftskostnadene

Gode innkjøpsavtaler, avtalelojalitet, og det å ikke kjøpe annet enn det som er nødvendig, vil kunne bidra til reduserte driftskostnader.

En stor andel av Oslo sykehusservice sitt driftsbudsjett knytter seg til energi. Totalkostnaden på energi bestemmes av pris og forbruk. Markedspris kan i liten grad påvirkes, men tjenestepris knyttet til leverandør kan muligens påvirkes (gjeldende leverandøraftale er en Helse Sør-Øst avtale). Forbruk av kraft kan påvirkes. Det er gjennomført, og vil gjennomføres, ENØK-tiltak. Det er opprettet prosjekt innen miljøledelse i regi av Helse Sør-Øst. Det står i oppdragsdokumentet at energimerking av bygningsmasse skal gjennomføres (budsjettmidler uavklart). Ikke minst må det være en strategi for å forsegle bygg etter hvert som bygg utflyttes, slik at energiforbruk knyttet til utflyttede bygg kan settes til et absolutt minimum.

Nøkkelpersoner som er engasjert i gjennomføring av valgt strategi og handlingsplan:

- Klinikkleder - Geir Teigstad
- Økonomileder – Magnus Landro
- HR-leder – Anne Marthe Eriksen
- Stabsleder – Morten Bråthen
- Leder Intern service – Gjertrud Spillum
- Leder Innkjøp og logistikk – Torun Gjesdahl
- Leder Medisinsk teknisk – Øystein Jensen
- Leder Teknisk (bygg) – Thomas Magnusson
- Leder Arealutvikling – Inger Heiberg
- Leder Administrative fellesfunksjoner – Bjørn Helle

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Direktør for samhandling


Vedlegg: Utkast til seks tjenesteavtaler

**SAK 64/2012 SAMARBEIDSAVTALER MELLOM SYKEHUSENE I
SYKEHUSOMRÅDE OSLO OG OSLO KOMMUNE**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtaleutkastene.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalene og å godkjenne eventuelle mindre justeringer i avtalene etter behandling hos de øvrige parter.*

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Den nye loven knyttes opp mot Samhandlingsreformen.

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 er kommunene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven har fått en ny bestemmelse i § 2-1 e. Den fastslår at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene.

Saken ble behandlet i styremøte 9. februar 2012 sak 09/2012. Styret ga da sin tilslutning til samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og bla Oslo universitetssykehus samt to tjenesteavtaler om henholdsvis "Retningslinjer for innleggelse i sykehus" og "Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede". Disse avtalene er undertegnet.

Tjenesteavtalen "Retningslinjer for innleggelse i sykehus" er utdypet i en retningslinje for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Denne underavtalen er gjeldene for Oslo universitetssykehus og bydelene i sykehusets opptaksområde.

Det er pålegg om å inngå avtaler for ytterligere 7 tjenesteområder. Utkast til disse legges frem i denne saken. Ønsket om en felles avtale for alle sykehusene har gjort prosessen mer omfattende og avtalene er blitt noe forsinket i forhold til fristen 1. juli i år. Helsedepartementet er orientert om at Oslo kommune og Oslo-sykehusene vil behandle avtalene tidlig høst 2012.

Innholdet i avtalene

De syv tjenesteområdene er regulert i følgende tjenesteavtaler:

- Tjenesteavtale 1 – koordinerte tjenester
- Tjenesteavtale 3- beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Tjenesteavtale 4- utdanning og forskning
- Tjenesteavtale 6 – samarbeid om jordmortjenester
- Tjenesteavtale 7 – samarbeid om lokale IKT-løsninger
- Tjenesteavtale 8- samarbeid om forebygging

Avtalene skal bygge på til dels nye og endrede forskrifter og departementet har forutsatt at partene legger bestemmelsene i forskriftene til grunn, etter hvert som forskriftene ferdigstilles.

Partene har blitt enige om at spørsmål knyttet til forskning, utdanning, praksis og læretid samt retningslinjer om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling med mer, samles i en avtale.

Avtalene dreier seg om samarbeid som for det meste allerede er i gang og de er utformet slik at gjennomføringen kan avpasses ressursene, feks når det gjelder kompetanseoverføring. Det påløper ikke ekstra kostnader som følge av avtalene, men det ligger føringer i selve Samhandlingsreformen, som over tid vil endre rammebetingelsene.

Avtalene er formulert som mer overordnede føringer og det vil på enkelte områder være nødvendig med underavtaler mellom det enkelte sykehus og de samarbeidende bydeler

Spørsmålet om underliggende retningslinjer skal være felles eller ikke, er løst ved følgende formulering: "Tjenesteavtalene utfylles med felles retningslinjer mellom det enkelte sykehus og bydel/kommunal etat. Det kan utarbeides supplerende retningslinjer/prosedyrer lokalt".

Avsnittet om tvister er utformet i samråd med kommuneadvokaten. Det er blant annet tatt inn henvisning til Nasjonalt Tvisteløsningsorgan. I Del 1 pkt 9.3 andre ledd er det angitt at "part" kan bringe saken inn for Nasjonalt Tvisteløsningsorgan. Tvisteorganet er nå etablert og i arbeid.

2. Nærmere om prosessen

Kontaktmøtet mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF besluttet at Samarbeidsutvalget skulle stå for arbeidet med å utvikle de gjenværende tjenesteavtalene. Samarbeidsutvalget består av representanter fra Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus/ Lovisenberg diakonale sykehus(felles representant), Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus, bydelsdirektør fra hvert av de fire sykehusområdene, representant fra sykehjemsetaten og fra helseetaten, representanter for de ansatte og brukerrepresentant.

På grunn av den korte tiden som sto til disposisjon, besluttet Samarbeidsutvalget at oppdraget skulle delegeres til Arbeidsutvalget som nedsatte arbeidsgrupper som fikk i oppdrag å legge fram forslag til avtaler. Arbeidet i gruppene har gjennomgående vært preget av godt samarbeidsklima og det har vært et mål om å sikre at tjenesteavtalene skulle bli felles dokumenter for hele Hovedstadsområdet. Hver av arbeidsgruppene la fram omforente forslag.

De foreliggende forslagene er omforent mellom Oslo kommune, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Sunnaas sykehus har tidligere uttrykt at også dette sykehuset vil legge avtalene til grunn for samarbeidet med Oslo kommune.

Avtaleforslagene har vært vurdert av Kommuneadvokaten, uten at det kom forslag om endringer. Avtalene skal nå fremmes for bystyret og styrene i sykehusene for vedtak.

Tjenesteavtale 1- koordinerte tjenester

Avtalen omhandler samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehus

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 nr.2, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sørge for at det eksisterer gode og forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer. Pasienter med behov for koordinerte tjenester skal oppleve å være involverte og ha reel innflytelse i saker som omhandler egen behandling og re-/habiliteringsprosess. Tjenestene de mottar skal være sammenhengende og helhetlige.

4. Virkeområde

Avtalen gjelder de delene av helsetjenesten som yter helsehjelp til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Avtalen gjelder på områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet. Avtalen gjelder også for de delene av tjenesten som utøver tvang/tilbakeholdelse.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområde reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus – Generell del.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

6. Samarbeidsområder

Partene forplikter seg til å:

- Samarbeide om utarbeidelse av retningslinjer om pasientforløp - "fra hjem til hjem. Partene må vurdere nærmere om det er behov for felles retningslinjer innenfor andre områder
- Utvikle/etablere møteplasser mellom sentrale aktører, som brukerorganisasjoner, habiliterings-/rehabiliteringstjenesten i kommune/bydel og i helseforetak/sykehus.
- Både spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene/sykehusene og Oslo kommune ved bydelene skal ha koordinerende enheter. Partene forplikter seg til å etablere et utviklingsforløp for koordinerende enheter i bydelene og i helseforetakene/sykehusene. Som følge av dette utvikles nettverk for koordinatorene
- Utvikle indikatorer for samtlige samarbeidsområder som omfattes av avtalen, i den hensikt å kvalitetssikre omfang og innhold
- Samarbeide om felles arenaer for pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell.

Det vises til tjenesteavtale nr 2 vedr samarbeid om innleggelse og utskrivning.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner og brukermidvirking

Det vises til pkt. 8 i den generelle avtalen.

Partene skal legge til rette for reel brukermidvirking i utviklingen av tjenestene.

8. Håndtering av uenighet, behandling av tvister, mislighold, ikrafttredelse, varighet og oppsigelse

Det vises til den generelle avtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus punktene 9, 10 og 11.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Tjenesteavtale 3 – beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehus

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 nr. 4, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd

En forutsetning for at øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal kunne etableres i kommunal regi er at staten finansierer døgntilbudet i samsvar med reglene for tilskuddsordningen jf. Vedlegg 2 til Helsedirektoratets rapport "Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill."

3. Formål

Gjennom denne avtalen forplikter partene seg til å samarbeide om etablering av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i Oslo, kalt kommunale akutte døgnopphold.

Kommunalt akutt døgntilbud skal bidra til et redusert behov for innleggelse i helseforetak/ sykehus av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp innen avtalte pasientgrupper.

4. Virkeområde

Avtalen gjelder etableringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunal regi.

5. Pasientgrupper

Pasienter som er aktuelle for tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle, og

20.6.2012

hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten. Tilbudet kan også gjelde pasienter med behov for observasjon og behandling.

Forut for innleggelse skal pasienten ha vært tilsett av lege. Ansvarlig lege ved kommunale akutte døgnopphold vurderer deretter om innleggelse er forsvarlig og nødvendig og beslutter selv om pasienten kan innlegges, eller om pasienten bør legges inn i sykehus.

6. Framdriftsplan

De 32 første sengeplassene skal være etablert i løpet av første kvartal 2013 i lokaler ved Aker sykehus. Det vil også være aktuelt å etablere flere senger (16-20) i løpet av 2013 på Aker. I løpet av 2014 og 2015 skal ytterligere senger i kommunal regi være etablert. Innen 2016 skal det totale måltall for antall senger være oppnådd i samsvar med finansieringen fra staten.

7. Ansvar

Partenes ansvarsområder reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen - Generell del.

Partenes ansvar for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester følger av helselovgivningen. Ansvaret for å yte helsehjelp i form av døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp er i dag lagt til helseforetakene/sykehusene. Fra 2016 vil øyeblikkelig hjelp døgntilbud også være et ansvar for kommunene jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd.

Kommunens ansvar avgrenses til å gjelde det som til enhver tid utgjør et forsvarlig tilbud om øyeblikkelig hjelp. Kommunen vurderer om pasient med behov for overvåkning og /eller behandling kan tilbys et adekvat behandlingstilbud i kommunen. Tilbudet skal ikke erstatte andre tjenester i kommunen som kortidsplasser på sykehjem eller legevakt.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

8. Helseforetak/sykehus forpliktelser

Helseforetak/sykehus skal forplikte seg til å bidra til etableringen av det kommunale tilbudet. Helseforetak/sykehus forplikter seg til å bidra både med å sikre tilgang til kompetanse, til oppbygging av kompetanse i kommunen, og ved å ivareta sin

20.6.2012

veiledningsplikt. Helseforetak/sykehus forplikter seg til å gjøre sitt for å oppfylle de krav som utløser finansiering av ordningen fra helseforetak og helsemyndigheter.

Helseforetak/sykehus forplikter seg til ikke å bygge ned eller redusere sitt tilbud før kommunen har et forsvarlig tilbud etablert.

9. Kommunens forpliktelser

Kommunen forplikter seg til å etablere kommunale akutte døgntilbudsplasser innen 2016 og ellers i tråd med avtalen.

10. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å utvikle og implementere kommunalt akutt døgntilbud med oppstart i 2013.

Forut for etableringen skal partene avklare følgende områder:

- Krav til kompetanse
- Kompetanseutveksling, hospitering og konsultasjonsmuligheter med spesialisthelsetjenesten
- Helseforetakene/sykehusene skal gjennomføre en kartlegging av aktuelle pasientgrupper
- Kommunen forplikter seg til å utarbeide retningslinjer for hvilke pasienter som kan omfattes av det kommunale tilbudet, i samarbeid med helseforetakene/sykehusene
- Etablere en konkret opptrappingsplan for etablering.
- Samarbeide rundt servicetjenester
- Bruk av medisinske støttefunksjoner som laboratorietjenester og røntgen
- Elektronisk samhandling og meldingsutveksling, herunder dokumentasjonssystemer
- Felles kommunikasjonsplan
- Kompetanse, bemanningsnivå og terapeutiske muligheter vil være styrende for hvilke pasienter som kan ligge i det kommunale akutte døgntilbudet.

11. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner.

Det vises til pkt. 8 i den generelle avtalen.

Partene skal legge til rette for reel brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene.

20.6.2012

12. Håndtering av uenighet, behandling av tvister, mislighold, ikrafttredelse, varighet og oppsigelse

Det vises til den generelle avtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus punktene 9, 10 og 11.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Tjenesteavtale 4 - utdanning og forskning

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/ sykehus.

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.§ 6-2 nr.7, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m.§ 2-1e annet ledd.

Tjenesteavtalen innbefatter: Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering, og samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid, heretter kalt delavtale 4.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sørge for gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselementer og er helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp.

Avtalen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helsepersonell, utdanning, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

4. Virkeområde

Avtalen regulerer samarbeid og forpliktelser for gjensidig kunnskapsoverføring, og informasjonsutveksling, samt faglige nettverk og hospitering. Videre skal avtalen legge til rette for å utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområde reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus – Generell del.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

6. Samarbeid om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp.

6.1 Informasjonsutveksling knyttet til innleggelser

Informasjon og kunnskapsoverføring knyttet til den enkelte pasient er beskrevet i retningslinjene som inngår i tjenesteavtale 2.

Partene forplikter seg til å gjøre styringsinformasjon gjøre tilgjengelig for hverandre.

6.2 Kompetanseutvikling

Partene forplikter seg til å videreutvikle, opprette og videreføre eksisterende arenaer, faglige nettverk og møteplasser for kompetanseutvikling.

6.2.1 Hospitering

Partene er ansvarlig for å legge til rette for gjennomføring av gode hospiteringsordninger. Det utarbeides lokale avtaler og retningslinjer for hvordan hospiteringen skal gjennomføres mellom de respektive sykehus og tjenestesteder i kommunehelsetjenesten

6.2.2 Ambulant virksomhet

Partene forplikter seg til å vurdere behov for tverrfaglige ambulante team for å sikre kompetanseutvikling mellom de to nivåene. Ambulant virksomhet sees som et prioritert område som videreutvikles. Det utarbeides lokale retningslinjer og avtaler. Det bør videre legges til rette for at ambuleringen fører med seg kompetanseoverføring til hele tjenesten.

6.3 Kvalitetsarbeid

Partene forplikter seg til å etablere system for melding og oppfølging av avvik knyttet til informasjonsutveksling i forhold til overordnede samarbeidsrutiner. Fokus skal ligge på forbedringsarbeid.

6.4 Informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet

Partene er enige om at det skal være dialog før en tar stilling til større endringer i eget tilbud som har konsekvens for pasientgrupper og samarbeidspartner. Dialogen må initieres i tide, slik at samarbeidspartene har tilstrekkelig tid til å sikre et forsvarlig og helhetlig behandlingsforløp/tilbud.

7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

7.1 Forskning

Partene skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

7.1.1 Forschernettverk og samarbeidsfora

Partene skal etablere faste forskernettverk og samarbeidsfora for forskning og innovasjon der hvor dette ansees hensiktsmessig, som faste arenaer for informasjonsutveksling. Formålet er å videreutvikle samarbeidet mellom partene og aktuelle forskningsinstitusjoner. Det skal være særlig fokus på å styrke forskningsaktivitetene på tvers av tjenestenivåene.

Partene skal bidra til å harmonisere sine respektive strategier for samhandlingsforskning.

7.1.2 System for rapportering, formidling og implementering av forskningsresultater og ny kunnskap

Partene skal ved felles forskningsprosjekter benytte de nasjonalt tilgjengelige ressursene for rapportering og formidling.

7.2. Utdanning

Begge avtaleparter forpliktet til å stille praksisplasser til disposisjon for å oppfylle samarbeidsavtalene med høyskolene og universitet i Oslo.

Partene forpliktet å invitere den andre part til fagopplæring som vil være til nytte for begge parter, for eksempel til internundervisninger, fagmøter og seminarer.

Der spesialisthelsetjeneste eller kommune oppretter praksisplasser for helsefagarbeidere, er samarbeid mellom partene påkrevet for å dekke behovet for helhetlig og god opplæring.

Et samarbeidsforum for utdanning og kompetanse skal etableres med formål å samarbeide om fremtidig behov for kompetanse hos helse- og sosialfaglig personell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ut fra fremtidsvisjoner og trender.

Samarbeidsforumet bør ha representanter fra Oslo Kommune, fra helseforetakene/sykehusene og fra relevante utdanningsinstitusjoner.

Samarbeidsforum for utdanning og kompetanse skal:

- Vurdere behovet for felles etter- og videreutdanning, internopplæring og kompetanseutveksling
- Være en arena for dialog med utdanningsinstitusjonene og sikre at kommunenes og spesialisthelsetjenestens behov for fremtidig kompetanse blir ivaretatt. Partene ønsker å samstemme bestillinger til utdanningsinstitusjoner både relatert til innhold og volum
- Sikre at behov for samhandlingskompetanse vektlegges i utdanningen for eksempel gjennom å utvikle modeller for praksisforløp for studenter på tvers av tjenestenivå og profesjoner (tverrprofesjonell læring).

8. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner og brukervedvirkning.

Det vises til pkt. 8 i den generelle avtalen.

Partene skal legge til rette for reel brukervedvirkning i utviklingen av tjenestene.

9. Håndtering av uenighet, behandling av tvister, mislighold, ikrafttredelse, varighet og oppsigelse

Det vises til den generelle avtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus punktene 9, 10 og 11.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Tjenesteavtale 6 - samarbeid om jordmortjenester

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehus.

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenestelover m.m. § 6-2 nr. 8, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Partene skal sørge for at tilbudet under svangerskap, fødsel og barsel er faglig forsvarlig og sammenhengende. Tilbudet skal være likeverdig og differensiert, og i tråd med Helsedirektoratets "*Nasjonale faglige retningslinje for Svangerskapsomsorgen*".

Partene skal sørge for effektiv og god informasjonsflyt.

4. Virkeområde

Avtalen regulerer samarbeidet mellom helseforetakene/ sykehusene og bydelene i Oslo i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområde reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus – Generell del.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men skal gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/ behandling/ tjeneste.

6. Samarbeidsområder

Partene forplikter seg til å:

- etablere faste samarbeidsmøter mellom aktørene i kommune/bydel og i helseforetakene/sykehusene.
- samarbeide om utarbeidelse av felles retningslinjer innenfor svangerskapsomsorgen, innleggelse og utskrivninger i forbindelse med fødsel, og barselperioden. Partene må vurdere nærmere innenfor hvilke områder det skal etableres felles retningslinjer.
- legge til rette for hospitering hos hverandre
- arrangere fagdager/ fagmøter i fellesskap hvor aktuelle tema innenfor både svangerskapsomsorgen, fødsel og barselperioden blir tatt opp

Partene er enige om det bør arbeides videre for å understøtte en helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg slik at tjenestene/ tilbudene oppleves koordinerte og sammenhengende.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner og brukervedvirkning

Det vises til pkt. 8 i den generelle avtalen.

Partene skal legge til rette for reel brukervedvirkning i utviklingen av tjenestene.

8. Håndtering av uenighet, behandling av tvister, mislighold, ikrafttredelse, varighet og oppsigelse

Det vises til den generelle avtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus punktene 9, 10 og 11.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

20.6.2012

Tjenesteavtale 7 - samarbeid om lokale IKT-løsninger

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/ sykehus.

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6- 2 nr.9 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Formålet med avtalen er å etablere gode samarbeidsrutiner, og bidra til sikker og effektiv elektronisk kommunikasjon innenfor helsetjenesten, samtidig som personvern hensyn og taushetsplikt ivaretas.

4. Virkeområde

Tjenesteavtalen regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom bydel/kommune og helseforetak/sykehus knyttet til IKT-løsninger.

Avtalen regulerer samarbeid både om administrativ (ikke-personsensitiv) kommunikasjon og kommunikasjon om enkeltpasienter (personsensitiv).

Avtalen omfatter de virksomheter/tjenester som avtalepartene har driftsansvar for eller avtaler med så langt andre avtaleforhold ikke er begrensende.

- For helseforetaket: Sengeavdelinger/sengeområder og poliklinikker innenfor somatikk, psykisk helse og rus
- For Oslo kommune: Helse- og omsorgstjenestene i bydelene (herunder pleie- og omsorgsområdet, helsestasjon, fastleger og fysioterapeuter med driftsavtale og konkurranseutsatte pleie- og omsorgstjenester), Helseetaten (herunder Allmennlegevakten), Sykehjemsetaten og Velferdsetaten

Det enkelte helseforetak/sykehus kan i samarbeid med kommunen inngå underavtaler eller retningslinjer for å konkretisere avtale- og samarbeidsforhold.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområder følger av gjeldende lovgivning for helse- og informasjonssikkerhet, og overordnet samarbeidsavtale.

Partene er gjennom tilknytning til Norsk Helsenett forpliktet til å følge Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektor. Partene er ansvarlige for eget sikkerhetsnivå og etterlevelse av de til enhver tid gjeldene lover og forskrifter for den gjeldende part.

6. Administrativ kommunikasjon

Partene forplikter seg til å ha fungerende rutiner for mottak og fordeling av elektronisk post (postmottaksfunksjon). Partene forplikter seg til å betjene, bekjentgjøre og vedlikeholde e-postadresser til avdelinger/funksjoner.

Partene forplikter seg til å opprettholde og videreføre andre kommunikasjonskanaler og kontaktinformasjon om disse, som telefonsystemer/mobiltelefoner og telefaks, også for beredskapshensyn.

7. Informasjon og brukerorientering

Partene forplikter seg til å utarbeide og vedlikeholde internettsider for pasienter/brukere, pårørende, samarbeidsparter og andre instanser. Når praktisk mulig bør det legges til rette for selvbetjeningsløsninger for pasientinformasjon, timebestilling med mer.

8. Elektronisk samhandling om pasienter / meldingsutveksling

Partene forplikter seg til å ta i bruk meldingsutveksling og direkte elektronisk kommunikasjon mellom de respektive elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ). Meldingsutveksling skal skje ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger gjennom Norsk helsenett, så snart partene er i stand til det.

Partene er enige om å prioritere utbredelse av standardiserte meldinger hvor det er store meldingsvolum og/eller rask og sikker elektronisk kommunikasjon er viktig. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger er et viktig felles satsingsområde.

Partene er enige om at telefaks som nødprosedyre ved nedetid i pleie- og omsorgsmeldinger erstattes av telefoni når pleie- og omsorgsmeldinger er utbredt til alle aktører.

Telemedisinske løsninger er allerede i bruk i noe omfang, og partene vil utvikle og utvide bruksområdet fremover.

9. Oppgradering og endring

Partene forplikter seg til vedlikehold og oppgradering av programvare og sertifikater, samt tjenesteinformasjon i Norsk helsenetts adresseregister.

Partene forplikter seg til å samarbeide om å utvikle rutiner for endring, oppgradering og testing av løsninger som inngår i elektronisk samhandling. Dette inkluderer også informasjon i forbindelse med endringer. Testing som kan påvirke produksjonsløsningen skal, om økonomisk og praktisk mulig, fortrinnsvis skje utenfor ordinær arbeidstid. Partene dekker selv sine kostnader i forbindelse med testing og oppgradering.

10. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning innebærer at uttalelser fra sentralt eldreråd og sentralt råd for funksjonshemmede i Oslo og fra helseforetakenes/ sykehusenes brukerutvalg normalt skal tillegges vekt. Det samme gjelder resultat av brukerundersøkelser.

Partene skal legge til rette for reell brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene.

11. Evaluering

Partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

12. Reforhandling

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd. varsel.

13. Virketid

Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og gjelder for 1 år om gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling.

14. Oppsigelse

Avtalen kan sies opp med ett års varsel.

15. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft 1.7.2012.

Dato,

Dato,

25.8.2012

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Tjenesteavtale 8 – samarbeid om forebygging

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehus

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 nr.10, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sørge for at det eksisterer gode og forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer omkring forebyggende og helsefremmende arbeid. Partene forplikter seg til å bidra til utviklingen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet iht kravene i ny folkehelselov.

4. Virkeområde

Tjenesteavtalen omhandler samarbeidet og utviklingen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Avtalen omfatter både primær-, sekundær- og tertiærforebygging.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområde reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus – Generell del.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

6. Samarbeidsområder

Partene forplikter seg til å:

- Etablere møteplasser for erfaringsdeling og kompetanseoverføring.
- Videreutvikle pasient- og pårørendeopplæring i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner. Begge parter bidrar i utviklingen av nye tilbud der dette er relevant
- Bidra til kunnskapsutvikling - og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak
- Utvikle helseindikatorer i fellesskap som kan følges over tid som del av helseovervåkingen for å forebygge utvikling av sykdom, komplikasjoner, forbedre prognose og hindre tilbakefall ved alvorlig sykdom
- Gjøre relevante helsedata og styringsinformasjon tilgjengelig for hverandre slik at det er mulig å følge opp kravene i ny folkehelselov
- Utarbeide underavtaler som spesifiserer partenes plikter etter denne avtalen.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner, og brukervedvirkning

Det vises til pkt. 8 i den generelle avtalen.

Partene skal legge til rette for reel brukervedvirkning i utviklingen av tjenestene.

8. Håndtering av uenighet, behandling av tvister, mislighold, ikrafttredelse, varighet og oppsigelse:

Det vises til den generelle avtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus punktene 9, 10 og 11.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Stabsdirektør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Prosjektmandat "Gjennomføringsprosjekt"
2. Handlingsplan for ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjoner 2012 og prosjektet "Glemt av sykehuset"

SAK 65/2012 OPPFØLGING AV KONSERNREVISJON AV INTERN STYRING OG KONTROLL AV DET PASIENT-ADMINISTRATIVE ARBEIDET OG VENTELISTEHÅNDTERING OG FRISTBRUDDPASIENTER I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.

Forslag til vedtak:

Styret vedtar handlingsplan for ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter i Oslo universitetssykehus.

Oslo, den 13. september 2012



Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

1. Sammendrag

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført to revisjoner i Oslo universitetssykehus (OUS) hvor revisjonsrapportene forelå våren 2012. Den ene revisjonen har sett på styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet, mens den andre har gjennomgått ventelister og fristbrudd spesielt i forhold til henvendelser fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd

- Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF
- Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF

I tillegg gjennomfører det regionale helseforetaket (Helse Sør-Øst RHF) et prosjekt hvor man har fokusert på det pasientadministrative arbeidet:

- Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid - "Glemte av sykehuset"

OUS har utarbeidet en felles handlingsplan for å ivareta de områder de to revisjonsrapportene påpeker samtidig som anbefalinger fra prosjektet "Glemte av sykehuset" er inkludert i denne handlingsplanen. Alle forbedringsområder har tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar.

Hovedfokus vil være opplæring og kompetanseheving, kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til henvisninger, ventelister og pasientadministrativt arbeid, samt forebyggende kontroller. Korrekte aktivitets- og styringsdata vil også være et fokusområde. Det er nedsatt en prosjektgruppe som skal ivareta gjennomføring i foretaket. Handlingsplanen som er utarbeidet er forankret i ledelsen og linjen. For å sikre gjennomføring i alle avdelinger i foretaket vil det bli nedsatt avdelingsvise arbeidsgrupper som vil rapportere til klinikkleder og så vil prosjektleder følge opp progresjonen i klinikkene.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

Konsernrevisjonsrapport 4/2012, intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF, er tidligere behandlet i styresak 47/2012 med følgende enstemmig vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det utarbeides en handlingsplan som følges opp for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

Konsernrevisjonsrapport 6/2012, revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF, er tidligere behandlet i styresak 46/2012 med følgende enstemmige vedtak:

1. Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning.
2. Styret ber om at det utarbeides en handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er administrerende direktørs vurdering at anbefalingene fra revisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset" danner et godt grunnlag for videre systematisk forbedringsarbeid og ivaretagelse av pasientenes behandlingsbehov og rettigheter.

Konsernrevisjonsrapportene er grundig og systematisk gjennomgått og resultatet av revisjonene ved de utvalgte enhetene er overført til sykehuset som helhet og danner grunnlag for den handlingsplanen som nå er utarbeidet. Det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" har fokusert på mange av de samme arbeidsprosessene som konsernrevisjonene omhandler og er bakgrunnen for at anbefalinger fra dette prosjektet følges opp i samme handlingsplan. Dette sikrer en samlet oppfølging fra foretakets side.

Administrerende direktør ser at det er nødvendig å ta tak i lederes og klinikers kunnskap om regelverk og rutiner samt bruk av de systemene sykehuset har for pasientadministrasjon og håndtering av ventelister. Samtidig har man utfordringer knyttet til implementering og oppdatering av IKT-systemene som ikke er samkjørte.

Gjennomføringsprosjektet vil sørge for en systematisk kompetanseheving og opplæring i regelverk, rutiner og pasientadministrative systemer samt kvalitetssikring av aktivitets- og styringsdata slik at pasientene sikres god og trygg behandling i Oslo universitetssykehus.

Det er administrerende direktørs vurdering at etablering av gjennomføringsprosjektet og oppfølging av handlingsplanen samt ansvarsfordeling og lederforankring vil sikre god oppfølging av konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset".

4. Faktabeskrivelse

Konsernrevisjonsrapport 4/2012 og 6/2012

Funn, anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonsrapportene er omtalt i styresak 46/2012 og 47/2012. Alle anmerkninger og anbefalinger er overført til foretaket som helhet og lagt inn i den handlingsplanen som nå er utarbeidet.

Det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset"

Helse Sør-Øst RHF gjennomfører et prosjekt som fokuserer på rutinene omkring elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt arbeid - "Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid", også kalt "Glemt av sykehuset". Prosjektet har påvist flere avvik i rutinene og utarbeidet anbefalinger for oppfølging i helseforetakene. Det er helseforetakene som har ansvaret for intern kontroll innen det pasientadministrative arbeidet, for gjennomføring av nødvendige tiltak og for lokal oppfølging av at tiltakene har den tilsiktede effekten.

Prosjektet har fokusert på følgende fem områder:

- Oppfølging av åpne journaldokumenter og ikke-signerte prøvesvar

- Mottak og håndtering av henvisninger
- Pasient med åpen kontakt ("pasient med åpne henvisningsperiode uten avtalt ny kontakt")
- Avslutning av arbeidsforhold
- Pasientinformasjon i andre systemer enn hoved EPJ-systemet (elektronisk pasientjournal)

Det foreligger foreløpig ikke noen sluttrapport fra prosjektet da det nå arbeides med anbefalinger for hvordan prosjektet skal følges opp slik at avvikene blir lukket.

Alle avvik og anbefalinger fra det regionale prosjektet er lagt inn i den handlingsplanen som er utarbeidet.

Gjennomføringsprosjekt og overordnet handlingsplan for ivaretagelse av funn og anbefalinger i konsernrevisjonene

Handlingsplan

OUS har utarbeidet en felles handlingsplan for å ivareta funn, anmerkninger og anbefalinger fra de to konsernrevisjonsrapportene samt anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset". Alle anmerkninger og anbefalinger har tilhørende tiltak med angitt ansvar og tidsfrist. Handlingsplanen vil bli brukt aktivt i oppfølgingen av prosjektet. Handlingsplanen følger vedlagt saken.

Mandat for gjennomføringsprosjektet

Mandat for gjennomføringsprosjektet er utarbeidet og følger vedlagt saken. Prosjektet skal påse at anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset" ivaretas ved gjennomføring av følgende punkter:

- Utarbeide og følge opp handlingsplan
- Sikre at prosjektgruppen har felles mål og formidler dette ensartet
- Sørge for at riktig kompetanse er tilgjengelig for og i prosjektgruppen
- Sørge for at OUS har systemer for opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, og prosedyrer knyttet til pasientadministrativt arbeid
- Gjennomgang av- og opplæring i gode og hensiktsmessige arbeidsprosesser og rutiner knyttet til pasientadministrativt arbeid og kvalitetssikring av pasientadministrative data
- Gjennomgang og forbedring av pasientbrev og pasientinformasjon knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering.
- Gjennomgang av behov for systemendringer knyttet til de pasientadministrative systemer
- Utarbeide forslag til styrende dokument med tilhørende prosedyrer og rutiner der det dette mangler i foretaket
- Leverer sluttrapport med anbefalte
 - a. rutiner og rapporter for kontinuerlig oppfølging av det pasientadministrative arbeidet

- b. kvalitetssikrede opplærings- og kompetansehevingstiltak som er tilgjengelig og repeterende både for nyansatte og som oppfriskningskurs

Prosjektorganisering

Viseadministrerende direktør Medisin, helsefag og utvikling og direktør for pasientsikkerhet og kvalitet er prosjekteiere. Prosjektleder er ass. medisinsk direktør. Prosjektgruppen består av representanter fra de ulike stabsavdelinger, fra relevante avdelinger i Oslo sykehusservice og ventelisteansvarlige i alle klinikkene. I tillegg er tillitsvalgte representert ved Nito.

Det er også etablert undergrupper i prosjektet som skal ivareta ulike områder av handlingsplanen. Undergruppene bygger på allerede iverksatte tiltak i foretaket knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering samt på linjestrukturer som har ansvar for delelementer i handlingsplanen.

- Avdeling for kliniske systemer i Oslo sykehusservice, som har et linjeansvar for opplæring og riktig bruk av kliniske systemer i foretaket
- Innsatsgruppen for henvisninger og ventetider, som består av helsejurist, ventelistecontroller med god kompetanse på det pasientadministrative systemet og lege
- Helsejuridiske gruppe, som kan foreta helsejuridiske avklaringer
- Ventelisteansvarlige i klinikkene, som må bistå med mandat og handlingsplan for gjennomføring i linjen

Prosjektleder har ansvar for alle undergrupper som bidrar i gjennomføringen av prosjektet.

Prosjektleder vil rapportere til prosjekteier. Prosjektrapporteringen skal sikre at prosjekteiere kan :

- følge opp prosjektets fremdrift og ressurser enkelt og raskt
- treffe beslutninger angående mål, rammer og planer iht. prosjektets formål
- godkjenne prosjektets resultater iht. tidsplan og eventuelle endringsbehov
- godkjenne utførte risikovurderinger og påse at tiltak følges opp

Arbeidsgrupper - gjennomføring i linjen

Klinikkene skal opprette avdelingsvise arbeidsgrupper med egne mandater og handlingsplaner som beskriver tiltak og ansvar i forhold til:

- Korrekt håndtering av henvisninger og ventelister
- Plan for rydding av arbeidslister og aktivitetsdata

Mandat for arbeidsgrupper i klinikkene og handlingsplaner for klinikkene vil være koordinert mot det sentrale gjennomføringsprosjektet og den overordnede handlingsplanen. Ved utarbeidelse av overordnet handlingsplan er det vurdert hvilke tiltak som skal følges opp sentralt og hvilke tiltak som skal gjennomføres klinikk- og avdelingsvis.

Avdelingsleder skal være leder for arbeidsgruppen i sin avdeling og rapporterer til klinikkleder og ventelisteansvarlig i klinikken. Klinikkleder er ansvarlig for

arbeidets progresjon i sin klinikk. Prosjektleder vil følge opp progresjonen i klinikkene i egne oppfølgingsmøter med klinikkens ventelisteansvarlige og klinikkleder. I tillegg vil tiltak følges opp av administrerende direktør i ordinære månedlige oppfølgingsmøter og i tertialmøtene.

Kontinuerlig oppfølging av tiltak etablert i gjennomføringsprosjektet

Etter prosjektperioden er avsluttet (våren 2013) skal det levere sluttrapport med videre anbefalinger for:

- rutiner og rapporter for kontinuerlig oppfølging av det pasientadministrative arbeidet
- opplærings- og kompetansehevingstiltak er kvalitetssikret, tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs.
- effekter av opplæring og øvrige tiltak følges opp i ordinære månedlige oppfølgingsmøter og i tertialmøtene.

Milepælsplan

Følgende milepælsplan er lagt for prosjektet:

Milepæl	Handling	Tid
M1	Prosjektgruppe er etablert	29.08.2012
M2	Handlingsplan er ferdigstilt og godkjent	11.09.2012
M3	Opplæringsplan og undervisningsmaterieil er kvalitetssikret og godkjent. Eventuelle kompetansehevingstiltak for ressurser er ivaretatt.	12.10.2012
M4	Avdeling for kliniske systemer har utarbeidet opplæringsplan for nyansatte.	15.12.2012
M5	Opplæring med påfølgende arbeidsseminar/verksted	01.11.- 15.12.2012
M6	Klinikkens arbeidsgrupper har gjennomført sin handlingsplan	15.02.2013
M7	Sluttrapport med evaluering og anbefaling	18.02.2013



Gjennomføringsprosjekt

*Ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter
konsernrevisjoner 2012 og prosjektet "Glemt av sykehuset"
Mandat*

Fokusområder: Henvisnings- og ventelistebehandling. Pasientadministrative rutiner og
-systemer. Korrekte aktivitets- og styringsdata.

INNHOLDSFORTEGNELSE

PROSJEKTETS NAVN	4
1 BAKGRUNN OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
2 MANDAT	4
3 INTERESSENER	5
4 KRITISKE SUKSESSFaktorER	5
5 PROSJEKTORGANISERING	5
6 EFFEKTMÅL OG GEVINSTER.....	7
7 MILEPÆLSPLAN.....	8
8 BUDSJETT (OVERORDNET).....	8
9 RISIKOANALYSE	8
10 ENDRINGSHÅNTERING OG STATUSRAPPORTERING.....	9
11 PROSJEKTAVSLUTNING.....	9
12 VEDLEGG	9

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	28.6.2012	Første utkast	Monique Bennett	Cathrine Lofthus
0.2	15.8.2012	Endret formuleringer og presiseringer etter gjennomgang med Cathrine Lofthus	Monique Bennett	Cathrine Lofthus
0.3	24.8.2012	Endret formuleringer og presiseringer etter gjennomgang med Gitte Høilund-Carlsen Ruud og Berit Trøgstad Bungum Endret	Monique Bennett	Cathrine Lofthus
0.4	26.8.2012	Enkelte små endringer/tillegg	Cathrine Lofthus	Cathrine Lofthus
0.5	29.8.2012	Endret formuleringer og presiseringer, slått sammen to kapitler til ett: Effektmål og gevinster.	Monique	Erik Carlsen
0.6	04.09.2012	Endret formuleringer og presiseringer. Lagt til forslag om styringsgruppe i klinikkene for gjennomføring i linjen.	Erik Carlsen	
0.7	05.09.2012	Enkelte små endringer/tillegg	Cathrine Lofthus	Cathrine Lofthus
0.8	10.09.2012	Milepælplan er korrigert etter gjennomgang av handlingsplan med prosjektgruppen	Monique Renée Bennett	Erik Carlsen
0.9	10.9.2012			Cathrine Lofthus
1.0	11.9.2012	Godkjent av ledermøte		

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF				Juni 2012
2	Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF				Juni 2012
3	Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid - "Glemt av sykehuset"				August 2012
4	Reviderte prosedyrer og retningslinjer for henvisningsbehandling og ventelisteadministrasjon				Juni 2012
5	Opplæringsmateriell i lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system utarbeidet av innsatsgruppen for ventelister Ous vår 2012				Juni 2012
6	Handlingsplan overordnet		1.0		11.09.12
5	Handlingsplan pr klinikk		0.1		11.09.12

PROSJEKTETS NAVN

Gjennomføringsprosjekt - ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjoner 2012 og prosjektet "Glemt av sykehuset"

1 BAKGRUNN OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført to revisjoner i Oslo universitetssykehus (OUS) hvor revisjonsrapportene forelå våren 2012. Den ene revisjonen har sett på styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i sykehuset, mens den andre har gjennomgått ventelister og fristbrudd spesielt i forhold til henvendelser fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) ved fristbrudd:

- Rapport 4/2012. Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF
- Rapport 6/2012. Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddspasienter ved Oslo universitetssykehus HF

I tillegg har det regionale helseforetaket gjennomført et prosjekt hvor man har fokusert på det pasientadministrative arbeidet:

- Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativ arbeid - "Glemt av sykehuset"

OUS skal utarbeides felles handlingsplan for å ivareta de områder de to revisjonsrapportene påpeker. Denne handlingsplanen skal legges frem for styret for beslutning. Anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset" inkluderes også i denne handlingsplanen.

Hovedfokus vil være opplæring og kompetanseheving, samt kvalitetssikring av arbeidsprosesser knyttet til henvisninger, ventelister og pasientadministrativt arbeid. Korrekte aktivitets- og styringsdata vil også være et fokusområde. Det oppnevnes en prosjektgruppe som skal ivareta gjennomføring i foretaket. Prosjektgruppen ferdigstiller overordnet handlingsplan som forankres i ledelsen og linjen. Deretter nedsettes det klinikk- og avdelingsvise prosjekter for gjennomføring i klinikkene. Alle forbedringsområder skal ha tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar.

2 MANDAT

Prosjektet skal påse at anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset" ivaretas ved gjennomføring av følgende punkter:

- Utarbeide og følge opp handlingsplan med tiltak for å ivareta konsernrevisjonene og prosjektet "Glemt av sykehuset"
- Sikre at prosjektgruppen har felles mål og formidler dette ensartet
- Sørge for at riktig kompetanse er tilgjengelig for og i prosjektgruppen
- Sørge for at OUS har systemer for opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, og prosedyrer knyttet til pasientadministrativt arbeid
- Gjennomgang av- og opplæring i gode og hensiktsmessige arbeidsprosesser og rutiner knyttet til pasientadministrativt arbeid og kvalitetssikring av pasientadministrative data
- Gjennomgang og forbedring av pasientbrev og pasientinformasjon knyttet til henvisningsbehandling og ventelisteadministrering.
- Gjennomgang av behov for systemendringer knyttet til de pasientadministrative systemer
- Utarbeide forslag til styrende dokument med tilhørende prosedyrer og rutiner der det dette mangler i foretaket
- Levere sluttrapport med anbefalte
 - rutiner og rapporter for kontinuerlig oppfølging av det pasientadministrative arbeidet
 - kvalitetssikrede opplærings- og kompetansehevingstiltak som er tilgjengelig både for nyansatte og som oppfriskningskurs.

3 INTERESSEENTER

Gode kommunikasjonslinjer og god informasjonsflyt i forhold til interessentene må ivaretas.

Følgende interessenter er identifisert:

- Alle ledernivåer ved OUS
- Personell som ivaretar pasientadministrative rutiner og brukere av PasDoc og DIPS
- Ventelistenettverk i OUS og ventelisteansvarlige i klinikkene
- Helsejurister (representanter fra ventelistenettverk)
- Stab medisin, helsefag og utvikling
- Stab pasientsikkerhet og kvalitet
- Stab økonomi, juridisk og IKT
- OSS ved Avdeling for kliniske systemer, Avdeling for aktivitetsdata og analyse og Avdeling for ledelsesinformasjonssystemer (LIS)
- Tillitsvalgte og verneombud
- Kontorfaglig nettverk
- Brukerutvalget

4 KRITISKE SUKSESSFAKTORER

De viktigste suksessfaktorer for prosjektet vil være tilgang til

- rett kompetanse hos ressurser som skal ivareta kompetanseheving/opplæringstiltak
- tilstrekkelig brukerkompetanse for å utføre forbedringstiltak; rydde og kvalitetssikre aktivitetsdata i de pasientadministrative systemene
- tilstrekkelige ressurser til innsats-/prosjektarbeid i foretaket slik at planlegging, opplæring og gjennomføring kan følge oppsatt plan
- fasiliteter som er egnet for opplæring og workshop.

De viktigste suksessfaktorer for gjennomføring i linjen vil være

- at ledere er målbærere for resultatmål og følger opp prosjektgjennomføring i klinikkene/avdelingene
- god informasjon om hvordan og når tiltak skal utføres
- at kompetente ressurser i linjen prioriteres til dette arbeidet

5 PROSJEKTORGANISERING

Prosjekteier

Viseadministrerende direktør Cathrine Lofthus, Stab medisin, helsefag og utvikling.

Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet.

Prosjektleder

Ass. medisinsk direktør Erik Carlsen, Stab medisin, helsefag og utvikling.

Prosjektstyring, rapportering

Prosjektets hovedfokus vil være gjennomføring av opplærings- og kompetansehevingstiltak og korrigerende tiltak i fht. avvik og anmerkninger i konsernrevisjonsrapportene og anbefalinger fra prosjektet "Glemt av sykehuset".

Prosjektgjennomføringen vil ikke innebære organisasjonsendringer. Av den grunn bortfaller formell styringsgruppe.

Prosjektet rapporterer til viseadministrerende direktør Cathrine Lofthus, Stab medisin, helsefag og utvikling, og stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet. De har ansvar for rapportering til foretaksledelsen og styret.

Prosjektrapportering skal sikre at prosjekteiere kan

- kan følge opp prosjektets fremdrift og ressurser enkelt og raskt
- treffe beslutninger angående mål, rammer og planer iht. prosjektet formål
- godkjenne prosjektets resultater iht. tidsplan og eventuelle endringsbehov
- godkjenne utførte risikovurderinger og påse at tiltak følges opp.

Fasilitator

Fasilitators hovedoppgave er å tilrettelegge og koordinere prosjektets ressurser og følge opp resultatmål i forhold til tidsplaner i samarbeid med prosjektleder.

Navn: Monique Renée Bennett, spesialrådgiver, Stab medisin, helsefag og utvikling.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen skal gjennomgå handlingsplan og i fellesskap sette opp plan for gjennomføring. Ved gjennomgang av handlingsplanen, skal det tas stilling til om enkelte momenter, for eksempel pasientinformasjon, skal ivaretas i undergrupper for å sikre effektiv bruk av kompetanse og ressurser. Innsatsgruppen (helsejurist, ventelistecontroller med god kompetanse på det pasientadministrative systemet og lege) som er nedsatt for opplæring og kompetanseheving i henvisningshåndtering og ventelisteadministrering innlemmes i prosjektgruppen.

Prosjektgruppens representanter

Navn	Rolle	Tilhørighet i foretaket
Hilde-Merete Røhmer	Ventelisteansvarlig	Klinikk psykisk helse og avhengighet
Unni Steinsrud	Ventelisteansvarlig	Medisinsk klinikk
Bente Børsum Bru	Ventelisteansvarlig	Klinikk for kirurgi og nevrofag
Helén Blegen Ween	Ventelisteansvarlig	Kvinne- og barneklubben
Berit Trøgstad Bungum	Ventelisteansvarlig	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
Marit G. Mørkved Larsen	Ventelisteansvarlig	Hjerte-, lunge- og karklinikken
Monica Nasset	Ventelisteansvarlig	Akuttklubben
Ketil R. Heimdal	Ventelisteansvarlig	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
Mona I. S. Hamma	Konsulent	Seksjon for opplæring, Avdeling for kliniske systemer, OSS
Berit Dahlstrøm	Konsulent	Seksjon for opplæring, Avdeling for kliniske systemer, OSS
Gitte Høiland-Carlsen Ruud	Venteliste controller	Avdeling for aktivitetsdata og analyse, OSS
Else Nylend Mclean	Seniorrådgiver	Applikasjonstjenester, Sykehuspartner
Rita von der Fehr	Tillitsvalgt	NITO
Representant	Vernetjeneste	
Hanne Eeg-Henriksen	Helsejurist	Juridisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Sissel Markhus	Helsejurist	Juridisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Dag Refvem	Overlege	Økonomisk seksjon, Stab Økonomi, juridisk og IKT
Kari Å. Bercke	Enhetsleder interne revisjoner	Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Erik Carlsen	Ass. medisinsk direktør	Stab medisin, helsefag og utvikling
Monique Renée Bennett	Spesialrådgiver	Stab medisin, helsefag og utvikling
Anne Merete Lindboe	Spesialrådgiver	Stab medisin, helsefag og utvikling
Anne Hyde	Rådgiver kommunikasjon	Stab Kommunikasjon
Bente Thorsen	Praksiskoordinator	Stab Samhandling

Undergrupper

Det etableres undergrupper som skal ivareta ulike områder av handlingsplanens momenter. Forslag til undergrupper:

- Avdeling for kliniske systemer i Oslo sykehusservice, som har et linjeansvar for opplæring og riktig bruk av kliniske systemer i foretaket
- Innsatsgruppen for henvisninger og ventetider
- Helsejuridiske gruppe, som kan foreta helsejuridiske avklaringer
- Ventelisteansvarlige i klinikkene (gjennomføring i linjen)

Arbeidsgrupper - gjennomføring i linjen

Klinikkene skal opprette avdelingsvise arbeidsgrupper med egne mandater og handlingsplaner som beskriver tiltak og ansvar i forhold til:

- Korrekt håndtering av henvisninger og ventelister
- Plan for rydding av arbeidslister og aktivitetsdata

Mandat for arbeidsgrupper i klinikkene og handlingsplaner for klinikkene vil være koordinert mot det sentrale gjennomføringsprosjektet og den overordnede handlingsplanen. Ved utarbeidelse av overordnet handlingsplan er det vurdert hvilke tiltak som skal følges opp sentralt og hvilke tiltak som skal gjennomføres klinikk- og avdelingsvis.

Eksempler på roller i arbeidsgruppene: Ledere, ventelisteansvarlige, pasientkoordinatorer, kvalitetsrådgivere, kodeansvarlige, kontorfaglige ledere, vurderingsansvarlige leger, service og støttepersonell som ivaretar pasientadministrative oppgaver, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Arbeidsgruppen som nedsettes i hver avdeling skal arbeide med å "oppfylle" handlingsplanen for sin avdeling. Avdelingsleder skal være leder for arbeidsgruppen i sin avdeling og rapporterer til klinikkleder og ventelisteansvarlig i klinikken. Klinikleder er ansvarlig for arbeidets progresjon i sin klinikk.

Oppfølging av gjennomføring i linjen

Prosjektleder og fasilitator følger opp progresjon i klinikkene i oppfølgingsmøter med klinikkens ventelisteansvarlige og klinikkledere.

Referansegrupper

OUS Kontorfaglige nettverk er referansegruppe. Nettverket er godt etablert og har god kompetanse i fht. pasientadministrative rutiner og foretakets pasientadministrative systemer, og vil egne seg godt som kvalitetssikring for f.eks. nye prosedyrer.

Brukerutvalget er referansegruppe i forhold til pasientinformasjon.

6 EFFEKTMÅL OG GEVINSTER

Målsetningen med prosjektet er at foretaket skal ivareta anmerkninger og anbefalinger fra konsernrevisjonene og momenter fra prosjektet "Glemt av sykehuset", og dermed forbedre kontroll over pasientadministrative rutiner og pasientaktivitetsdata.

Prosjektet skal føre til at:

- nøkkelpersonell har fått nødvendig kompetanseheving
- alle enheter (org.sted/KAFE) har god kontroll på pasientadministrative data
- pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- foretaket har styrende dokumenter innen de områder som er påpekt av revisjonen
- opplæring og kompetansehevingstiltak med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system er tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs
- foretaket har god kvalitet og styring av pasientadministrative data
- vurderingsansvarlige utfører elektronisk vurdering av henvisninger iht lover & regelverk
- pasientenes interesser og rettigheter blir ivaretatt i henhold til lover, regler og prosedyrer
- støtte- og servicepersonell som ivaretar pasientadministrative systemer har kvalitetssikrede og a jour førte arbeidslister. Dette gir bedre kontroll med at rett pasient kommer til rett ressurs til rett tid
- pasientene opplever å få god informasjon iht. til lover, regler og foretakets prosedyrer
- kompetansehevingstiltak er tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs.

7 MILEPÆLSPLAN

Milepælsplan er forankret og kvalitetssikret av prosjektgruppen.

Milepæl	Handling	Tid
M1	Prosjektgruppe er etablert	29.08.12
M2	Handlingsplan er ferdigstilt og godkjent	11.09.12
M3	Opplæringsplan og undervisningsmateriell er kvalitetssikret og godkjent. Eventuelle kompetansehevingstiltak for ressurser er ivaretatt	12.10.12
M4	Avdeling for kliniske systemer har utarbeidet opplæringsplan for nyansatte	15.12.12
M5	Opplæring med påfølgende arbeidsseminar/verksted	01.11 - 15.12.12
M6	Klinikkenes arbeidsgrupper har gjennomført sin handlingsplan	15.02.13
M7	Sluttrapport med evaluering og anbefaling	18.02.13

8 BUDSJETT (OVERORDNET)

Enhetene som prosjektrepresentantene kommer fra er kostnadsbærere.

Ressursbruk prosjektgruppe

Det er ukjent hvor mye ressurser de ulike rollene kan/skal bidra med, dette vil også kunne påvirke milepælsplan og frister i handlingsplan. Antatt behov beskrives i starten av prosjektet, og presenteres i rapporteringslinjen, deretter for linjeledere.

9 RISIKOANALYSE

Id	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	Konsekvens	Strategi / Tiltak	Risiko
1	Mangel på beslutning	Liten	Kan hindre fremdrift, medføre forsinkelser	Høy	Forankres i rapporteringslinje	Kritisk
2	Manglende ressurser til kompetanseheving og opplæring	Moderat	Kan hindre fremdrift, medføre forsinkelser	Moderat	Forankre ressursbehov. Identifisere og rekruttere deltakere	Kritisk
3	Manglende kompetanse til kompetanseheving og opplæring (FKI, DIPS hovedprosj., lav ressursfaktor)	Moderat	Kan hindre fremdrift, medføre forsinkelser	Moderat	Forankre ressursbehov. Identifisere og rekruttere deltakere	Moderat
4	Ulike arbeidsmetoder kan medføre akseptvansker for ensartede rutiner	Høy	Kan skape motstand mot endringer	Høy	Ledelses-forankring. Gode begrunnelser!	Høy
5	Tilgang på egnede fasiliteter.	Moderat	Kan forhindre opplæring i henhold til plan	Moderat	Booke rom så tidlig som mulig.	Moderat
6	DLPasDoc, M5 implementeres ikke i hht. plan; økt ressursbruk av kompetente ressurser (test med mer)	Moderat	Kan hindre fremdrift	Moderat	Ressurser fordeles hensiktsmessig slik at oppgavene ivaretas	Moderat
7	Ressurser til å gi nødvendige tilganger (evt nytt)	Lav	Kan hindre gjennomføring	Høy	Avtale med Heidi Thorstensen	Moderat

	tilgangsskjema for avklart periode)				Sykehuspartner	
8	Ressurser til å ivareta problemområder i PAS som det ikke skal gis tilgang til	Høy	Kan forhindre fremdrift og gjennomføring	Høy	Identifisere og rekruttere ressurser. Forankre ressursbehov.	Høy

10 ENDRINGSHÅNTERING OG STATUSRAPPORTERING

Prosjektleder er ansvarlig for løpende planlegging, oppfølging og rapportering av prosjektets fremdrift. Endringsbehov tas opp på rapporteringsmøtene med prosjekteiere.

Handlingsplanen oppdateres ukentlig og brukes som rapporteringsverktøy. Dersom det oppstår utfordringer og/eller endringsbehov meldes de på ukentlige rapporteringsmøter, eller tidligere dersom det kan påvirke resultatene negativt eller hindre fremgang i prosjektgjennomføring.

11 PROSJEKTAVSLUTNING

Etter prosjektperioden er avsluttet (våren 2013) skal det levere sluttrapport med anbefalinger for

- rutiner og rapporter for kontinuerlig oppfølging av det pasientadministrative arbeidet
- opplærings- og kompetansehevingstiltak som er kvalitetssikret, tilgjengelig og repeterende, både for nyansatte og som oppfriskningskurs.

12 VEDLEGG

Handlingsplan – overordnet, versjon 1.0

Handlingsplan – gjennomføring i klinikkene - utkast

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Direktør for fag og pasientsikkerhet

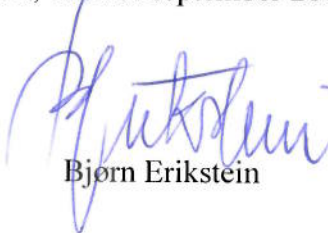
Vedlegg: Handlingsplanen med informasjon om status og gjennomførte tiltak.

**SAK 66/2012 REVISJON AV BEHANDLINGSREISER -
OPPFØLGING**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølgingen av revisjonen av behandlingsreiser til orientering.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus forvalter en tilskuddsordning for behandlingsreiser til utlandet. Ordningen er et fast tilbud til utvalgte diagnosegrupper.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i 2011 en revisjon av virksomheten. Rapporten fra Konsernrevisjonen ble sammen med helseforetakets plan for å følge opp revisjonens funn behandlet av styret den 29. september 2011 i sak 102/2011.

Styret tok rapporten til etterretning og la til grunn at foretaket følger opp de fremlagte tiltakene som beskrevet i handlingsplanen og ber om status senest i rapport for tredje tertial 2011.

Seksjon for behandlingsreiser ble i starten av 2012 organisatorisk flyttet fra klinikk og inn i stab. Seksjonen har iverksatt alle tiltak i handlingsplanen og har etablert et regime hvor mål og styringsparametre, risikovurderinger, og retningslinjer følgers opp løpende.

Det vises for øvrig til vedlagte handlingsplan med status.

Handlingsplan – Utførte tiltak av seksjonen er merket grønt

Konsernrevisjonens anbefalinger	Tiltak	Ansvar	Status
Det skal være fokus på habilitet i tilskuddsforvaltningen	<p>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</p> <p>ETISK RETNINGSLINJE ER UTARBEIDET OG IMPLEMENTERT I ENHETEN</p>	<p>Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser med bistand fra leder Utenlandskontoret</p>	Utført
<p>Pasientinformasjon skal håndteres i samsvar med regelverk;</p> <p>1. Kommunikasjon med behandlingstedene via e-post skal ikke inneholde pasientinformasjon og identitet</p>	<p>Kommunikasjon med behandlingstedene skal foregå via sikkerhetsmessige akseptable kanaler som ordinær postgang, kurer, kryptert telefaks eller at listene anonymiseres før de sendes pr. e-post</p> <p>Følgende prosedyrer i OUS skal etterleves, og løsninger som skal benyttes gjøres i samarbeid med IT-avd og seksjonen.</p> <p>PRAKSIS AVKLART MED LEDER FOR PERSONVERN OG INFORMASJONSSIKKERHET. RETNINGSLINJE ER UTARBEIDET I E-HÅNDBOK OG IMPLEMENTERT I ENHETEN</p>	<p>Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab)</p>	UTFØRT
<p>Pasientjournaler skal håndteres i samsvar med regelverk;</p> <p>1. Papirjournaler og praksis med å frakte disse til behandlingstedene</p>	<p>Ved transport av papirjournaler skal det gjøres i lukkede konvolutter, og disse skal være i den merkantiles varetekt under hele reisen.</p> <p>Prosedyre for dette er utarbeidet.</p> <p>http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx?documentid=8946</p> <p>PRAKSIS AVKLART MED LEDER FOR PERSONVERN OG INFORMASJONSSIKKERHET. RETNINGSLINJE ER UTARBEIDET I E-HÅNDBOK OG IMPLEMENTERT I ENHETEN</p>	<p>Seksjonsleder BHR /Kvaliterådgiver SMK</p>	UTFØRT

Handlingsplan – Utførte tiltak av seksjonen er merket grønt

<p>Tilsyn med behandlingsstedene; Behandlingstilbudet og -stedene skal være gjenstand for faglig oppfølging</p>	<p>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</p> <p>I SAMARBEID MED SEKSJON FOR INTERNREVISJON ER DET PLANLAGT STEDLIG TILSYN MED BEHANDLINGSSTED ILA 2012.</p>	<p>(Sentral stab) Leder Internrevisjonen (Kari Årdal Bjørcke)</p> <p>UTFØRT</p>
<p>Det skal være god økonomistyring, herunder hensiktsmessige avtaler og god kontraktsoppfølging</p>	<p>Budsjettoppfølging skal hver måned i seksjonen med eventuell økonomibistand. Senter for statlig økonomistyring sin veileder for tilskuddsforvaltning skal gjøres kjent og benyttes i arbeidet</p> <p>ENHETEN HAR TETT OPPFØLGING MED CONTROLLER FOR DIREKTØRENS STAB. SENTER FOR STATLIG ØKONOMISTYRING SIN VEILEDER FOR TILSKUDDSFORVALTNING ER GJORT KJENT, ER TILGJENGELIG, OG BRUKES I ARBEIDET</p>	<p>Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser og overordnet leder med bistand fra Økonomi- avdelingen</p> <p>UTFØRT</p>
<p>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</p>	<p>Avtale i forbindelse med Revma program barn konkurranseutsettes og kunngjøres i tråd med anskaffelsesreglene og OUS interne retningslinjer</p> <p>ALLE ANSKAFFELSER FØLGER LOV OM OFFENTLIGE ANSKAFFELSER OG ANSKAFFELSER SOM KREVER ANBUDDSPROCESS HÅNTERES AV INNKJØPSAVDELINGEN. LEDER UTENLANDSKONTORET BISTÅR SEKSJONEN I DISSE PROSESSENE</p>	<p>Seksjonsleder seksjon Behandlingsreiser med bistand fra Innkjøpsavdelingen</p> <p>UTFØRT</p>

Handlingsplan – Utførte tiltak av seksjonen er merket grønt

<p>Målformuleringer og styringsparametere; Det skal etableres et hensiktsmessig mål- og styringshierarki, og målparametere for virksomheten</p>	<p>Mål- og strategidokument skal være kjent, og ulike måle- og styringsparametere skal fastsettes og brukes aktivt for å sikre måloppnåelse. Resultatrapportering skal følge sykehusets ordinære måneds- og tertialrapportering.</p> <p>HANDLINGSPLAN ER UTARBEIDET ETTER GOD PROSESS I ENHETEN</p>	<p>Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab)</p>	<p>UTFØRT</p>
<p>Risikovurderinger; Det skal gjennomføres risikovurderinger</p>	<p>Seksjonen skal gjennomføre risikovurderinger av seksjonen som helhet og tilskuddsforvaltningen særskilt. Risikovurderingene skal følge OUS's praksis (3 ganger årlig ; en hovedvurdering og to oppdateringer)</p> <p>RISIKOVURDERING ER UTARBEIDET ETTER GOD PROSESS I ENHETEN.</p>	<p>Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser (evt. bistand fra sentral stab)</p>	<p>UTFØRT</p>
<p>Fullmakter og fullmaktsbruk; 1) Det etableres hensiktsmessig fullmaktsstruktur 2) Fullmaktsstrukturen skal etterleves i praksis</p>	<p>OUS fullmaktsstruktur skal følges. Nødvendige tiltak ble umiddelbart gjennomgått og iverksatt.</p> <p>FULLMAKTSSTRUKTUREN I OUS FØLGES. SPESIALFULLMAKT MHT SIGNERING AV KONTRAKTER ER GITT AV ADM.DIR</p>	<p>Klinikkleder og Seksjonsleder Seksjon Behandlingsreiser</p>	<p>UTFØRT</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

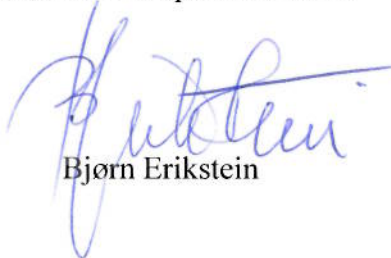
Saksbehandler: Direksjonssekretær

**SAK 67/2012 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SINE
EIERANDELER I SELSKAPER**

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

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 2011.

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. Det er ingen endring i Oslo universitetssykehus sitt eierskap i 2011.

Selskapene hadde i 2011 en samlet omsetning på 294 millioner kroner med et årsresultat på 16 millioner kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departementet. Selskapene hadde samlet 124,3 årsverk, hvorav 116,1 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.

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 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 refusjonsberettiget i henhold til Folketrygdloven. Ortopediske hjelpemidler selskapet er alene om å fremstille og/eller tilpasse skal tilbys Oslo universitetssykehus HF i den utstrekning virksomheten har behov for dem.

Selskapet holder til i lokaler på Aker sykehus. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål sykehus og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i 2011 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 Hans Erik Lie, nestleder Lena Gjevert, Tone Soltvedt, Thomas Glott, Unni Fürst og Heidi Lyrstad. Fire kvinner og to menn. Lena Gjevert og Tone Soltvedt er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2011 en omsetning på 104 millioner kroner og et overskudd på 9,6 millioner kroner. Selskapet hadde 85,3 årsverk. Samlet sykefravær var 5,46 % fordelt med 2,55 % kortidsfravær, 2,39 % langtidsfravær og 0,52 % 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 2011 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 2011 en omsetning på 5,1 millioner kroner og et overskudd på 1,5 millioner 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. Etter en helhetsvurdering ble avtalen med leietaker forlenget ut i juni 2014. Avtalen kan ikke forlenges utover dette. 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. I mellomtiden benytter Barnehagebygg AS den lave markedsrenten til nedbetaling av gjeld. Markedsverdien på eiendom i området har steget 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 dette 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Norlandia CareAS til utgangen av 2015.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Tone Elisabeth Mydske Olsen og Morten Bråthen. En kvinne og to menn. Alle ansatt i helseforetaket. Selskapet hadde i 2011 en omsetning på 9,3 millioner kroner og et overskudd på 565 000 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 har fra 2009 kjøpt vedlikeholds og driftstjenester fra Oslo sykehusservice i Oslo universitetssykehus. Herunder håndheving av parkering.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Gjertrud R. Spillum og Esther Nygaard Norseth. To kvinner og en mann. Alle ansatt i helseforetaket.

Selskapet hadde i 2011 en omsetning på 16,6 mill kroner og et overskudd på 1,4 millioner 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 videreforedler isotopene til bruk i pasientundersøkelser. Sykehus over hele landet kjøper i siste instans de radioaktive midlene til bruk ved pasientundersøkelser, såkalte PET-scanninger. Helse Bergen ble godkjent for egen produksjon av isotoper i 2011, noe som har redusert leveransen dit.

I april 2011 fikk Norsk medisinsk syklotronsenter egen tilvirkertillatelse for å produsere radiofarmaka og kan nå produsere radiofarmaka til forskningsmessig og klinisk bruk.

Selskapet arbeider også med å tilrettelege for forskning og utbygging av forskningsfasiliteter. I 2011 ble det gjennomført 238 forskningsskanninger.

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 2011 var selskapets omsetning 26,7 mill kroner som ga et underskudd på 272 000 kroner. Selskapet hadde 7,8 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 og helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF for å identifisere forskningsbaserte resultater og oppdagelser med næringsmessig potensial.

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.

I tillegg til innovasjonsbistand og næringsutvikling, håndterer selskapet også avtale og kontraktshåndtering av pågående kliniske studier med industriell oppdragsgiver som utføres ved blant annet Oslo universitetssykehus HF. Selskapet forvalter også forskningsfond.

På virksomhetsområdet kliniske studier er det dialog med Oslo universitetssykehus for å forbedre arbeidsflyt og heve kompetansen på dette i helseforetaket. Innen virksomhetsområdet forskningsfond arbeider selskapet og Oslo universitetssykehus med å samle fondene i en mer effektiv struktur tilpasset helseforetakets organisasjon.

Selskapet hadde i 2011 en omsetning på 132,5,4 millioner kroner og et resultat på 3,2 millioner kroner. Inven2-konsernet hadde i gjennomsnitt 25,9 årsverk i 2011.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Selskapets styre består av leder Peter Pay, Egil Myklebust, Hilde Hermansen Steineger, Ragnhild Helene Hennem, Johan Magnus Gulbrandsen, Inger Sandlie, Bjørn Grønli , Erlend Bremertun Smeland , Tone Tønjum . Til sammen fire kvinner og fem menn.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 20. september 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

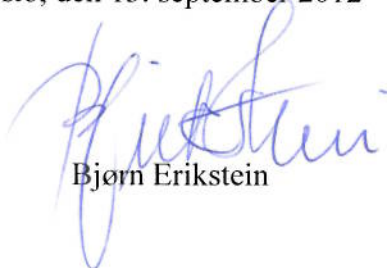
Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 68/2012 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2012 til orientering.

Oslo, den 13. september 2012


Bjørn Erikstein

For å støtte styret i sitt arbeid vil det hvert halvår bli fremlagt en oversikt over status og oppfølging av vedtatte styresaker. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker så langt i 2012. Orienteringssaker og Administrerende direktørs orienteringer er ikke tatt med i oversikten.

Vedlegg til sak 70/2012

Status oppfølging av styrets vedtak 2012

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak i første halvdel av 2012. Tidligere utkvitterte saker og orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging vedtak
56/2012	Anskaffelse av DIPS	<p>Med bakgrunn i Helse Sør-Østs IKT-strategier gir styret administrerende direktør fullmakt til å gjøre avrop på regional rammeavtale og inngå kjøpskontrakt med DIPS ASA for innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret vedtar et budsjett for forprosjekt DIPS i 2012 på 63 millioner kroner.</p> <p>Styret legger til grunn at godkjenning av forprosjekt for oppstart av hovedprosjekt skal vedtas av styret primo 2013. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan som omfatter fremdrift og budsjett for hovedprosjekt, samt plan for gevinstrealisering og ibrukttagelse. Det må sikres bred involvering av brukere og tillitsvalgte.</p> <p>Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus får en sentral rolle i videreutvikling av systemene for PAS/EPJ i Helse Sør-Øst.</p>	<p>Avrop er gjort og kjøpskontrakt med DIPS ASA er inngått.</p> <p>Ny sak primo 2013</p> <p>Følges opp ved deltagelse i regional styringsgruppe for klinisk dokumentasjon.</p> <p>Under oppfølging</p>
51/2012	Samarbeidsavtale om Storbylegevakt	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus.</p>	Under oppfølging
49/2012	Anskaffelse av økonomi- og logistikksystem	<p>Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst.</p>	Under oppfølging

		Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.		Fulgt opp i sak 56/2012
48/2012	Anskaffelse av PAS/EPJ			Fulgt opp i sak 67/2012
47/2012	Revisjon av pasientadministrative arbeid ved OUS HF	Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger.		Fulgt opp i sak 67/2012
46/2012	Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved OUS	Styret tar konsernrevisjonens rapport til etterretning. Styret ber om at det får seg forelagt en statusrapport og handlingsplan for forbedring og oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger		Fulgt opp i sak 67/2012
44/2012	Nummerert brev fra revisor	Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2011 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger i samsvar med omtalen i styresaken.		Under oppfølging
43/2012	Rapport per mars 2012	Styret tar rapporteringen per mai til orientering Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en risiko for et negativt resultatavvik i 2012 og ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å finne nye tiltak for å redusere det negative avviket. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF er tildelt en samlet likviditet til drift og investeringer. På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften vedtar styret å redusere investeringsbudsjettet (ordinære investeringer) fra 315 millioner kroner til 250 millioner kroner. Styret er bekymret for de konsekvenser dette kan ha for investeringer i Medisinsktknisk utstyr.		Under oppfølging

		<p>Styret gir videre administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr for levering i 2013 innenfor en ramme av 100 millioner kroner.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) som omfatter etablering av 2 operasjonsstuer på Rikshospitalet innenfor en samlet ramme på 49 millioner kroner.</p> <p>Styret vedtar anskaffelse av MR ved Radiumhospitalet (finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer) og ber administrerende direktør forelegge saken for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning</p> <p>Styret gir administrerende direktør i samråd med styreleder fullmakt til å godkjenne forprosjekter til gjennomføring når disse foreligger i perioden frem til styremøte i september 2012, slik at fremdrift i omstillingsprosjekter sikres.</p>	<p>Delprosjekt iverksatt</p> <p>Brev sendt HSØ</p> <p>Delprosjekt for etablering av kommunal legevaktbase på Aker er godkjent og iverksatt</p> <p>Risikovurdering rapportert til HSØ</p> <p>Bidrag sendt HSØ.</p>
42/2012	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2012	Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2012 til etterretning.	
39/2012	Økonomisk langtidspan	<p>Styret tar forslag til bidrag til Økonomisk langtidspan 2013-2016 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering og ber under henvisning til de merknader som fremkom i møtet, administrerende direktør oversende det til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret legger til grunn at videre prosess med langtidspan 2013-2016 gjennomføres i overensstemmelse med de tolv prinsippene for medvirkning i omstilling som er vedtatt i Helse Sør-Øst.</p> <p>Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til Økonomisk langtidspan 2013-2016 og resultatmål for 2013 for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet 20. september.</p>	<p>Fulgt opp i sak 61/2012</p>

37/2012	Eventuelt	Styret setter opp telefonmøte 14. mai 2012 for å behandle Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF.	OK
35/2012	Utdanningsstrategi Oslo universitetssykehus	Neste styremøte etter 14. mai 2012 er møte 20. juni 2012. Styret ber om at Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF revideres etter de innspill som kom frem i styremøte og foretakets virksomhets- og fagstrategi før den legges frem for vedtak.	Under oppfølging.
34/2012	Årsoppgjør stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel	Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2011 for stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel.	OK
30/2012	Status arbeider med områdeplaner	Styret tar redegjørelsen om områdeplaner for Oslo sykehusområde innen habilitering (barn og voksne), rehabilitering, psykisk helsevern, Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg til orientering. Styret legger til grunn at områdeplanene revideres årlig i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.	OK
26/2012	Rapport per mars	Styret tar rapporteringen per mars til orientering. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter utbedring og kapasitetsøkning ved Intensiv 3 ved Ullevål med en samlet kostnadsramme på 10,8 millioner kroner.	Ferdig
20/2012	Strategi P&O opplæring	Styret vedtar Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 for Oslo universitetssykehus HF.	OK
19/2012	Leie i Domus Medica	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitetet i Oslo om et areal på ca 1.900 kvadratmeter i tilbygget til Domus Medica på Rikshospitalet for ti år med opsjon på fem pluss fem nye år.	Leieavtale inngått.

18/2012	Arealplan for Oslo universitetssykehus	<p>Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.</p> <p>Fag- og virksomhetsstrategi, inklusiv en oppdatert behovsanalyse for Oslo universitetssykehus skal utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idefasene for sykehusbyggene.</p> <p>Styret ber om at planleggingsarbeidet går videre ved at Oslo universitetssykehus bearbeider Arealutviklingsplanen basert på innspill fra eksterne kvalitetssikring, og at man i dette arbeidet legger til grunn at Oslo universitetssykehus frem mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner.</p> <p>Styret mener det er viktig at videre planer for Oslo universitetssykehus utvikles sammen med øvrig spesialisthelsetjeneste i Oslo sykehusområde, og ber administrerende direktør sikre utvidet dialog med blant andre Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo Kommune.</p> <p>Basert på dokumentasjonen i saksfremlegget skal følgende områder belyses, rekkfølge prioriteres og sammenholdes med fag- og virksomhetsstrategien inn mot idefase:</p> <ol style="list-style-type: none"> Samlokalisering Radiumhospitalet Samlokalisering somatikk Ullevål (inkl. kartlegging av teknisk infrastruktur) Samlokalisering somatikk Rikshospitalet (inkl. barnehabilitering) Samlokalisering psykisk helse og avhengighet (Ullevål, Gaustad inkl. avklaring av regional sikkerhetsavdeling) Videre utvikling av og eierforhold for eiendom Aker. 	Under oppfølging
---------	--	--	------------------

		<p>Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og i henhold til beslutningsfullmakten i Helse Sør-Øst, og innenfor en kostnadsramme for planleggingsaktiviteter i 2012 på 36 millioner. Det skal samtidig vurderes hvilke av områdene som føres direkte videre i en idefase og hvilke områder som bearbeides videre i Arealutviklingsplanen. Prioriteringen av prosjektplanleggingen må sikre at gjennomføringsrekkefølgen er praktisk og økonomisk mulig. Denne vurderingen må belyse hvilke kortsiktige investeringsbehov som da vil oppstå for å sikre god og forsvarlig virksomhet, og for å tilfredsstille myndighetskrav og pålegg fra blant annet Arbeidstilsyn og Branntilsyn. Det skal legges særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden. Dialogen som har vært med Plan- og Bygningsetaten i Oslo Kommune rundt omregulering på Rikshospitalet videreføres og formaliseres.</p>	
16/2012	Rapport per februar	<p>Styret tar rapporteringen per februar til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselektor for inntil henholdsvis 14 og 27 millioner kroner, i samsvar med omtale i styresaken.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sette i gang delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.</p>	<p>Anskaffelse iverksett</p> <p>Delprosjekt iverksett</p>
15/2012	Oppdrag og bestilling 2012	<p>Styret tar protokoll fra foretaksmøte 10. februar 2012 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.</p>	Under oppfølging
14/2012	Årsoppgjør 2012	<p>Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2011.</p>	OK

11/2012	Eventuelt	<p>Årsberetning og årsregnskap for 2011 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.</p> <p>Styret i Oslo universitetssykehus ber administrerende direktør ta initiativ til et samarbeidsprosjekt i Helse Sør-Øst RHF om å lage en felles plan for psykisk helsevern og rus for hovedstadsregionen. Et slikt prosjekt bør se på behov og ansvarsdeling knyttet til sykehus tjenester, men også se kapasitetsbehovene opp mot samhandlingsreformen. Planen bør inneholde en behovsanalyse for de neste fem til ti årene, for spesialisthelsetjenester både når det gjelder voksne, ungdom og barn innenfor rus og psykiatri.</p>	Initiativ til prosjekt sendt HSØ
9/2012	Avtaler med Oslo kommune	<p>Styret slutter seg til avtaleutkastene.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalene og å godkjenne eventuelle mindre justeringer i avtalene etter behandling hos de øvrige parter.</p>	Avtalene er undertegnet.
8/2012	Valg av styret i Krefregisteret	<p>Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner et nytt styre for Krefregisteret med funksjonstid fra 1. januar 2012 til 31. desember 2013. Som medlemmer av enhetsstyret oppnevnes følgende:</p> <p>Tove Strand (leder) Oslo universitetssykehus Gjenoppnevning Finn Henry Hansen Helse Nord Ny Stig Slørdahl Helse Midt-Norge Gjenoppnevning Helga Salvesen Helse Vest Ny Stein Kvaløy Helse Sør-Øst Gjenoppnevning Harald Arnkvem Ekstern Gjenoppnevning Gro Seim Ekstern Gjenoppnevning</p>	OK
6/2012	Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsyn og branntilsyn	<p>Styret tar redegjørelse om plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler til etterretning.</p> <p>Styret ber om at planen utvikles og gjennomføres for å oppfylle pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet.</p>	Under oppfølging

		<p>Styret legger videre til grunn at planen gjennomføres som del av foretakets arealplaner og samlokaliseringer. Det vises for øvrig til sak 7/2012.</p> <p>Styret ber om at ansvarslinjer og fullmakter for brannvern gjennomgås.</p>	<p>Foreligger retningslinje "Roller og ansvar - forebyggende brannvern" redegjør for hvem som har ansvar for hva.</p> <p>Under oppfølging</p>
5/2012	Budsjett 2012	<p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabell 4 (driftsbudsjett) i styresak 5/2012.</p> <p>Styret ber administrerende direktør følge driftsutviklingen nøye og løpende legge frem for styret korrigerende tiltak for å sikre et driftsresultat i tråd med vedtaket. Tiltakene må risikovurderes både i forhold til konsekvenser for pasienter og ansatte.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette følgende delprosjekter etter vurdering av forprosjektrapporter:</p> <p>Samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.</p> <p>Samlokalisering av ortopedisk virksomhet og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.</p>	<p>Ferdig</p>
4/2012	Årlig melding 2011	<p>Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2011 med de innspill som er gitt i møtet.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2011, samt de innspill som er fremkommet i møtet.</p>	<p>Årlig melding er sendt Helse Sør-Øst RHF</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.:	20. september 2012
Saksbehandler:	Leder direktørens kontor
Vedlegg:	Foreløpig protokoll styremøte i HSØ 21.6 Utakst referat fra Brukerutvalgsmøte 18.6

SAK 69/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 13. september



Bjørn Erikstein

Følgende legges frem til orientering:

1. Rikets tilstand
2. Drift
 - Flytting av indremedisinsk og gastrokirurgisk sengepost fra Aker til Ullevål
 - Orientering om prosjektet Felles Klinisk Informasjonsgrunnlag (FKI) og milepæl 5 (M5)
3. Utvikling
 - Felles PAS/EPJ (DIPS)
4. Forskning
 - Scientific Advisory Board
 - Senter for fremragende forskning (SFF) – finalister til 3. generasjon SFF
 - Åpning av K. G. Jebsen Senter for psykoseforskning
 - Utdanning
5. Utvidede revisjoner (3 utrykte vedlegg)
6. Samhandling
 - Tildeling av prosjektmidler innen samhandling
 - Etablering av ungdomsråd ved Oslo universitetssykehus
 - Tolk og tolketjenester ved Oslo universitetssykehus / i Hovedstadsområdet
 - Pasientinformasjon på ulike språk
7. Pensjoner
 - Ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst
 - Avkastning Statens pensjonsfond utland første halvår
8. Rettstvister – status per d.d.
9. Mediebildet mai og 10. juni 2012
10. Referater
 - Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 21. juni (vedlegg)
 - Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 18. juni (utrykt vedlegg)

1. Rikets tilstand

I muntlig oppsummering 31. august med feriekoordinatorene ved Oslo universitetssykehus ble det i hovedsak rapportert om at ferieavviklingen ved sykehuset gikk greit i sommer. Enkelte enheter mener det sågar har gått bedre enn tidligere år. Klinikkerne arbeider nå med endelig og mer detaljert evaluering. I ledelsens gjennomgang for 2. tertial blir tilbakemeldingene fulgt opp med mulighet for ytterligere kommentarer fra klinikkledere/avdelingsledere.

Regional intensivkoordinering fungerte også godt - sett fra Oslo universitetssykehus sitt ståsted. Det gav oss god oversikt over andre foretaks ubenyttede intensivkapasitet og satte oss bedre i stand til å planlegge hjemføring av pasienter. Det vil bli en egen evaluering av den regionale koordineringen.

Øyvind Skraastad er tilsatt som klinikkleder for Akuttklinikken fra ultimo august.

2. Drift

- **Flytting av indremedisinsk og gastrokirurgisk sengepost fra Aker til Ullevål**
Den 25.6 var flytting av indremedisinsk og gastrokirurgisk sengepost fra Aker til Ullevål fullført etter plan. Fra samme dato ble også akuttmottaket ved Aker stengt og mottak av urologiske og karkirurgiske pasienter har fra denne dato foregått på felles sengepost for de to fagområdene. Ustabile pasienter mottas ikke på Aker, men legges direkte inn på Ullevål eller

Rikshospitalet avhengig av diagnose. Det var på forhånd informert bredt både internt og eksternt og alle identifiserte risikoelementer var fulgt opp med egne tiltak. Gjennomføringen av flyttingene har vært godt planlagt med involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud og har også vært fulgt tett opp av ledelsen og ledelsesmessig. De første dagene etter flyttingen var det stor belastning på akuttmottaket på Ullevål med mange traumepasienter og andre innleggelser i tillegg til pasientene som tidligere ble mottatt på Aker. Utarbeidede rutiner for flyt av pasienter gjennom mottak fungerte etter plan, slik at alle pasienter ble ivaretatt.

Ledelsen anser flyttingen som vel gjennomført og vil takke alle ansatte for ekstraordinær innsats ifm med samlokaliseringene.

- **Orientering om prosjektet Felles Klinisk Informasjonsgrunnlag (FKI) og milepæl 5 (M5)**
15. oktober 2012 planlegger Oslo universitetssykehus HF å lansere nye versjoner av PasDoc (pasientadministrativt system) og Doculive (elektroniske pasientjournal). Fra denne dato vil alle elektroniske pasientjournaler ved Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet være slått sammen slik at hver pasient får én elektronisk journal (merk at Aker som benytter DIPS ikke blir direkte berørt). I tillegg til én felles elektronisk pasientjournal er også følgende blant noen av forbedringene/forandringene som er planlagt
 - Ny samhandlingsløsning mellom PasDoc og DocuLive
 - Patologisvar samles i PasDoc
 - Nye labetiketter med bedre lesbarhet

I ukene frem mot 15. oktober vil FKI-prosjektet fokusere på å sikre at leveransene er klinisk forsvarlige, at de er driftbare/forvaltbare med akseptabel ressursinnsats, og at organisasjonen er moden for ibrukstagelse. Det pågår et krevende arbeid med testing og feilretting for å lukke kritiske feil og restanser, men Oslo universitetssykehus HF legger til grunn (basert på gjeldende status) at det er realistisk å oppnå tilfredsstillende kvalitet på leveransene. Det pågår videre et omfattende arbeid med å lære opp brukere, tilpasse prosedyrer i lys av systemendringene som innføres, samt forberede selve produksjonssettingen som skal gjennomføres. Arbeidet vurderes å være under kontroll.

Det vurderes som krevende, men overveiende sannsynlig, at revidert plan vil bli opprettholdt slik at alle brukere kan benytte felles elektronisk pasientjournal i Doculive fra og med 15. oktober. Dette vil være en viktig milepæl i arbeidet med å innføre IKT-løsninger i Oslo universitetssykehus HF som effektivt understøtter flyt av pasienter og helsepersonell på tvers av lokalisasjoner. Det pågår fortsatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF rundt behov for ytterligere behov for finansiering som en konsekvens av forsinket lansering av M5 (opprinnelig dato 4. juni.)

3. Utvikling

- **Felles PAS/EPJ (DIPS)**
Etter styrets beslutning 10. august ble det 15. august signert avtale mellom DIPS ASA og Oslo universitetssykehus HF for leveranse og innføring av DIPS som PAS/EPJ ved sykehuset. I den forbindelse er det også signert en tilslutningsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF der Oslo universitetssykehus HF bekreftet at vi tiltrådte den regionale rammeavtalen som regionen da hadde med DIPS ASA.

Det har vært avholdt møter med Helse-Vest IKT, DIPS/Deloitte og Sykehuspartner som del av oppstart av DIPS-prosjektet i Oslo universitetssykehus HF. Det har videre vært jobbet med å få på plass ledelse av prosjektet. Sentral ledelse er nå etablert: Prosjektleder Einar S. Hysing, medisinsk direktør OUS, assisterende prosjektleder Eli Stokke Rondell (utlånt fra sentral ledelse i Sykehuspartner), koordinerende prosjektleder overfor DIPS Jan Kåre Torrisen fra Deloitte (i henhold til samarbeidsmodellen).

Det er avholdt ett styringsgruppemøte og mandat blir vedtatt 14. september.

De fleste delprosjektledere er på plass og ukentlige møter med delprosjektlederne er startet. Videre rekruttering inn i prosjektet er satt i gang. Det er arbeidet med å skaffe kontorarealer, møterom, møbler, trådløst nett og IT-utstyr. Prosjektet blir lokalisert i Forskningsveien og vil være samlokalisert med det regionale standardiseringsprosjektet.

4. **Forskning**

- **Scientific Advisory Board**

I tråd med vedtatt forskningsstrategi 2011-2015 er det etablert et Scientific Advisory Board (SAB) for Oslo universitetssykehus. SAB hadde sitt første møte 16. august 2012 og har utarbeidet en rapport med sine første inntrykk, refleksjoner og anbefalinger. Anbefalingene vil bli gjennomgått nærmere i Forskningsutvalget og i sykehusledelsen, og rapporten vil være et viktig grunnlag for revisjon av den årlige handlingsplanen for forskning i OUS.

- **Senter for fremragende forskning (SFF) – finalister til 3. generasjon SFF**

I den nasjonale konkurransen om nye Sentre for fremragende forskning (SFF III) er det totalt 29 av 139 søknader (på tvers av fagområder, dvs ikke bare helseforskning) som er invitert som søkere i finalerunden. Finalistene sendte sine søknader til Forskningsrådet 20. august. OUS deltar som partner i tre¹ av prosjektene, sammen med Universitetet i Oslo. Universitetet i Oslo er vertsinstusjon, og sykehuset konsortiepartner. To av søknadene er et samarbeid med Det medisinske fakultet og én er samarbeid med Det matematisk naturvitenskaplige fakultet, Institutt for molekylær biovitenskap. SFF-ordningen skal stimulere norske forskningsmiljøer til å drive grunnleggende forskning på høyt internasjonalt nivå.

- **Åpning av K. G. Jepsen Senter for psykoseforskning**

Den 4. september var det offisiell åpning av det nyopprettede K.G. Jepsen-senter for psykoseforskning Senteret er basert på samarbeid mellom Universitetet i Oslo (UiO), Universitetet i Bergen (UiB) og Oslo universitetssykehus. Senterets prosjekter involverer også flere nasjonale partnere, og det er utstrakt samarbeid med internasjonale partnere.

- **Utdanning**

Flere samarbeidsavtaler er i 2. tertial kommet på plass mellom OUS og samarbeidende høyskoler: Samarbeidsavtale med Høgskolen i Oslo og Akershus, Samarbeidsavtale med

¹ Finalister hvor OUS deltar:

- Norwegian Centre for Mental Disorders Research, prosjektleder Ole A. Andreassen, Klinikk psykisk helse og avhengighet
- Healthy Brain Aging Centre, prosjektleder Tone Tønjum, Klinikk for diagnostikk og intervensjon
- Centre for Human and Aquatic Nanomedicine, prosjektleder v/Mat.Nat., partner v/OUS Gunhild Mælandsmo, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken.

Lovisenberg diakonale høyskole, Samarbeidsavtale med Høgskolen i Vestfold og Østfold fagskole.

5. Utvidete revisjoner

Sykehuset ansatte i november 2010 tre sykepleiere fra Filippinene for å dekke et behov for operasjonssykepleiere i den ortopediske virksomheten. Et enkeltmannsforetak, som Oslo universitetssykehus ikke hadde avtale med, ble brukt i formidlingen. Våren 2012 kom det frem opplysninger som kunne tyde på at firmaet hadde tatt seg ulovlig betalt for arbeidsformidlingen. Det forelå også brudd på de interne rutineene for rekruttering. Forholdet ble politianmeldt og har siden vært under politietterforskning.

På denne bakgrunn ba administrerende direktør helseforetakets revisor om å foreta en utvidet revisjon av rekrutterings- og ansettelsesrutiner for å forsikre seg om at foretaket har etablert kontroller som sørger for overholdelse av lover og retningslinjer. I tillegg ble revisor bedt om å foreta en utvidet revisjon av helseforetakets overordnede styring og kontroll.

Revisor leverte sine rapporter den 4. september 2012. Rapportene er kort gjengitt nedenfor og kan bli oversendt styret på forespørsel. Revisors anbefalinger vil være del av arbeidet med å utvikle og forbedre virksomheten på disse områdene.

Revisjon av rekrutterings- og ansettelsesrutiner

Revisor ble bedt om å vurdere om foretaket hadde etablert kontroller som sørger for overholdelse av lover og regler og interne retningslinjer, og som sikrer at liknende episoder ikke gjentar seg. Tre områder ble vurdert:

- dagens rekrutterings- og ansettelsesrutiner
- eksisterende rutiner for bruk av eksterne vikarer
- de nye rutineene knyttet til ansettelsesprosessen

Revisors vurdering er at Oslo universitetssykehus i hovedsak har gode rutiner og god internkontroll relatert til rekruttering og ansettelse av nye medarbeidere samt bruk av eksterne vikarer. Rutineene er godt forstått blant aktørene, og kontrollene etterleves og utføres i hovedsak likt på tvers av klinikker. Et viktig forbedringstiltak er imidlertid å innføre nøkkelkontroller som sikrer at hele prosessen etterleves fra begynnelse til slutt og at de mest kritiske risikoene i prosessen håndteres. Endringene fra eksisterende rutiner dreier seg i hovedsak om at fullregistrering av ansettelser og endringer av ansettelsesforhold i Personalportalen, skal samles i Oslo sykehusservice. Revisor påpeker at dette kan bidra til bedre kontroll med hele prosessen, forutsatt at man oppretter gode nøkkelkontroller. Det arbeides videre for å utforme ytterligere tiltak som kan redusere de risikoer som rapporten har avdekket. De nye rutineene iverksettes trinnvis fra høsten 2012, og et omfattende implementeringsprogram er nå påbegynt.

Når det gjelder bruk av eksterne vikarer, er utfordringene som rapporten peker på i stor grad de samme i hele Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus vil derfor ta initiativ ovenfor Helse Sør-Øst til å igangsette et arbeid med sikte på å utforme og implementere felles tiltak som kan håndtere risiko og sikre etterlevelse av regelverk og gode kontroller. Det vil bli iverksatt interne tiltak for å sikre at reglene for bruk av vikarbyråer blir overholdt ved Oslo universitetssykehus.

Overordnet styring og kontroll

Revisor ble bedt om å gi en vurdering av den overordnede styringen og kontrollen i virksomheten, herunder hvorvidt styringsstrukturen er god når det gjelder å sikre at kritiske forhold blir kommunisert opp i linjen og at eventuelle tiltak på bakgrunn av dette blir kommunisert tilbake til rett nivå og så iverksatt. Revisor evaluerte tre områder:

1. Revisors overordnede vurdering er at Oslo universitetssykehus har en tilfredsstillende styringsstruktur som er tilpasset virksomhetens oppgaver og kompleksitet. Overordnet organisering, fordeling av roller, ansvar og myndighet, samt ulike ledelsesprosesser og møtestruktur for utøvelse av den overordnede styringen virker å være hensiktsmessig.
2. Revisor vurderer det slik at prosess for risikovurderinger virker å være godt innarbeidet og hensiktsmessig, med fornuftig frekvens, sterk ledelsesinvolvering, samt gode prosesser for kvalitetssikring, vurderinger og etablering av tiltak.
3. Revisor finner at behovet for styringsdokumenter virker i hovedsak godt ivaretatt, både med tanke på dokumentstruktur og tilgjengeliggjøring, hvilke dokumenter som er etablert, samt innhold i dokumentene.

Revisors anbefaler imidlertid at prosessen for oppfølging og evaluering av tiltak bør styrkes og dokumenteres. Helseforetakets etiske retningslinjer bør være lett tilgjengelige med ordninger som sikrer oppmerksomhet om disse. Det bør opprettes et styringsdokument som kortfattet beskriver den overordnede styringen for å gi en helhetsoversikt.

6. Samhandling

- **Tildeling av prosjektmidler innen samhandling**

Samarbeidsutvalget i Oslo bestående av representanter for Oslo sykehusene og Oslo kommune har bevilget samhandlingsmidler til samhandlingsprosjekter. Det kom inn 48 søknader på til sammen 52 mill. kroner og "potten" til fordeling var på 9 mill. kroner.

Syv prosjekter fra Oslo universitetssykehus er tildelt samhandlingsmidler. For kvaliteten i pasientbehandlingen vil sykehusets evne til å samarbeide med de andre delene av helsetjenesten være avgjørende. De samhandlingsprosjektene Oslo universitetssykehus har fått midler til er alle tydelige på hvordan sykehuset skal overføre kompetanse til og samhandle med primærhelsetjenesten. Prosjektsøknadene fra Oslo universitetssykehus ble fremhevet som meget gjennomarbeidet, tydelige på målformuleringer og godt forankret i forhold til aktuelle samarbeidspartnere.

Søker	Tittel på søknad	Samarbeidspartner	Tildeling 2012
Oslo universitetssykehus	Utskrivning til sykehjem - en god samhandling (psykiatri) (2. og 3. års drift)	Skjermede enheter i 5 sykehjem	kr 828 000
Bydel Grorud	Frisklivssentralen Grorud	Akershus universitetssykehus	kr 807 300
Oslo universitetssykehus	Famileplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort (FAFUS)	Oslo kommune ved Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, helsestasjoner og fastleger	kr 901 260

Oslo universitetssykehus og Bydel Nordstrand	Samhandling mellom Oslo universitetssykehus og Bydel Nordstrand (LAR)		kr 1 278 000
Bydel Vestre Aker	Tidlig intervensjon knyttet til barn og psykisk helse	Lovisenberg sykehus v/Nic Waal	kr 342 000
Bydelene Østensjø, Nordstrand og Oslo universitetssykehus	Økt kvalitet på oppfølgingen av pasienter i hjemmetjenesten etter utskrivning fra sykehus - praksiskonsulent (2.års drift)		kr 900 000
Oslo universitetssykehus	Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre	Bydelene Bjerke, Nordre Aker og Østensjø	kr 315 000
Oslo universitetssykehus	Dialysetilbud i sykehjem	Sykehjemsetaten	kr 796 500
Oslo universitetssykehus	Et liv etter hjerneskade	Bydeler, NAV	kr 1 620 000
Oslo universitetssykehus	Ambulerende palliativt team til hjem og sykehjem	Bydel Østensjø	kr 1 000 000

Samhandlingsområdet er viktig både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus har både lokal-, område- regions - og landsfunksjoner. Gjennom fagnettverk, kompetansedeling og oppgavedeling må Oslo universitetssykehus bidra til at bare det som er nødvendig sentraliseres mens andre oppgaver desentraliseres. For Oslos befolkning er det spesielt viktig at det er god samhandling med de andre lokalsykehusene i Oslo-området, primærhelsetjenesten og fastlegene.

Under vurderingen av søknadene er det vektlagt at midlene skal gå til samhandling mellom bydeler og helseforetak/sykehus, og at prosjektene forventes å bidra til å videreutvikle dette på lokalt nivå. Midlene tildeles nyskapende prosjekter med overføringsverdi og prosjekter som kan stimulere gjennomføringen av samhandlingsreformen, dvs. prosjekter som kan vise omstillinger av tjenestetilbudet i kommunen (oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten) og hvordan disse kan gjennomføres. En av hovedutfordringene vil være å utvikle systemer og modeller for å understøtte kommunenes nye rolle i helsetjenesten.

- **Etablering av ungdomsråd ved Oslo universitetssykehus**

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid har hatt fokus på arbeidet med å fremme brukermedvirkning og arbeid med barn og unge. Som det første sykehuset i landet, har Oslo universitetssykehus etablert et ungdomsråd. På bakgrunn av ledermøtets vedtak 6. mars 2012, ble det opprettet et ungdomsråd den 21. juni. Rådet har til hensikt å fremme unges interesser og rettigheter på sykehuset i både tilbud og behandling, og ha et særlig fokus på overgangen mellom barn og voksen. Rådet hadde sitt etableringsmøte 21. juni 2012, og Oslo universitetssykehus er med dette et foregangssykehus på medvirkning for unge.

Rådet består av ungdomsrepresentanter fra ulike brukerorganisasjoner, representant fra sykehusets brukerutvalg, samt fagpersoner med spesiell erfaring og kompetanse innen arbeid med ungdom og unge voksne. Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring i Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, ivaretar sekretariatsfunksjonen. Rådet skal ha sitt konstituerende møte 21. september, der det arbeides med å utforme endelig mandat for rådet. Leder av rådet velges på møtet.

Rådet skal blant annet arbeide med:

- brukermedvirkning i forhold til ungdom

- at ungdom opp til 18 år kan ivaretas ved egne tilbud og i egne avdelinger
 - at overføringer fra barneavdelinger til voksenavdelinger og til kommunehelsetjenesten bedres
 - at helsepersonells kompetanse og forståelse for unge i helsevesenet øker
 - at sykehuset kan bli bedre på tekniske hjelpemidler og sosiale medier for å nå ut til unge
- **Tolk og tolketjenester ved Oslo universitetssykehus / i Hovedstadsområdet**

I regi av samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet", har vi for første gang gjennomført en grundig evaluering av kvaliteten på tolketjenestene hos partene i prosjektet, dvs Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Lovisenberg sykehus og Oslo kommunale tolketjeneste. Kvalitetsindikatoren som er valgt er tolkenes formelle kompetanse, i henhold til kategoriene i nasjonalt tolkeregister (ved IMDi); Høyest kvalifisert er statsautoriserte tolker med tolkeutdanning, deretter statsautoriserte tolker og tolker med grunnleggende tolkeutdanning. Laveste kvalifikasjonskategori i registeret er personer uten formell kompetanse, men med bestått tospråklig test TOSPOT og innføringskurs i tolkens ansvarsområde (TAO). Ved behov for tolking bør tolkene oppført i kategoriene 1, 2 og 3 prioriteres.

Sammenlikninger er gjort mellom sykehus/institusjoner som kjøper tolketjenester direkte fra tolker, fra offentlig formidlingsbyrå eller gjennom anbudsutsatte private formidlere. Oslo universitetssykehus er stolte over å ha bidratt til å sette fokus på tolkeutfordringene.
 - **Pasientinformasjon på ulike språk**

Oslo universitetssykehus skal legge til rette for likeverdige helsetjenester. Et viktig ansvarsområde er i den sammenheng å sikre at viktig informasjon når ut til alle brukere, at den er lett tilgjengelig og lett forståelig – for alle.

I den forbindelse har Seksjon for likeverdig helsetjeneste utarbeidet pasientrettet informasjon knyttet til *Hvis du skulle bli syk...* Her finner du en oversikt over hvor man skal henvende seg i ulike tilfeller av sykdom, skader, plager, forgiftning med mer – avhengig av situasjonens alvorlighetsgrad samt informasjon om rettigheter knyttet til tolk. Informasjon er nå lagt ut på Oslo universitetssykehus sine internettsider. For at informasjonen skal nå en større målgruppe, er den blitt oversatt til noen av de største språkgruppene i Oslo. Valg av språk er basert på statistikk over tolkeoppdrag ved sykehuset i 2010; Arabisk, persisk, polsk, russisk, somalisk, tamilsk, tyrkisk, urdu, vietnamesisk og engelsk. Informasjon er tilgjengelig på denne siden: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/internationalpatients>

7. Pensjoner

- **Ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst**

I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 30. september 2011 ble det vedtatt at det skal etableres en felles pensjonskasse for helseforetakene i Oslo-regionen. Igangsettelse av prosjektet er forsinket og oppstartstidspunktet 1. januar 2013 må derfor revurderes. Det er laget en hovedmilepælsplan som forutsetter oppstart av ny pensjonskasse 1. januar 2014. Det er etablert en styringsgruppe som ledes av konserndirektør Atle Brynstad i Helse Sør-Øst RHF. Han rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Fra Oslo universitetssykehus HF deltar viseadministrerende direktør Økonomi og finans Morten Reymert.

Ny pensjonskasse vil påvirke mange ansatte i Oslo universitetssykehus HF, men det er ikke avklart hvilke medlemmer som overføres til ny pensjonskasse. Det vurderes å overføre alle medlemmene i Kommunal Landspensjonskasse, Oslo pensjonsforsikring, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og DNB. Medlemmene i SPK blir værende og ordningen lukkes. Sykepleieordningen i KLP videreføres. Nye medlemmer meldes inn i ny pensjonskasse. Ny pensjonskasse skal organiseres slik at behovet for nær kontakt med pensjonskassen ivaretas når det gjelder service og oppfølging. For å ivareta dette skal ledelsen av pensjonskassen og kontakt mot medlemmene ivaretas av pensjonskassen, mens forvaltnings- og administrasjonsoppgaver kan konkurransesettes.

Det er etablert en intern prosjektgruppe som skal gi råd og koordinere det interne arbeidet i Oslo universitetssykehus HF. Tillitsvalgte deltar i denne prosjektgruppen.

- **Avkastning Statens pensjonsfond utland første halvår**

Investering av pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF ("OUS") ble behandlet i styresak 131/2011, der følgende vedtak ble fattet:

Styret gir sin tilslutning til at man for pensjonskassene Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, Oslo Pensjonsforsikring AS og Kommunal Landspensjonskasse er tilsluttet deres kollektivporteføljer for pensjonsinvesteringer.

Plassering i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt har en plasseringssammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Administrerende direktør gis i samråd med styrets leder fullmakt til å reinvestere 1,9 mrd. kr. i pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Styret ber om halvårlig rapportering relatert til utvikling i Statens pensjonskasse. For de øvrige pensjonskassers vedkommende rapporteres resultatene i kollektivporteføljene årlig. Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljene informeres styret i Oslo universitetssykehus HF om dette.

Ved utgangen av 2011 relasserte OUS 1.865 mill. kroner av pensjonsmidlene i Statens pensjonskasse ("SPK"), herav ble 500 mill. kroner plassert i Statens pensjonsfond utland ("SPU") og 1.365 mill. kroner ble plassert i statsobligasjoner med ett års løpetid. Plasseringen innebar at om lag 9 % av de totale pensjonsmidlene i SPK ble plassert i SPU. Med en aksjeandel i SPU på om lag 60 % gir det en aksjeandel for OUS' pensjonsmidler i SPK på om lag 5 %. Pensjonsmidlene som ikke er plassert i SPU er investert i norske statsobligasjoner.

Avkastningen på pensjonsmidlene som OUS har plassert i SPU settes lik den årlige avkastningen for SPU og den eksakte kroneverdien av plasseringen foreligger først i løpet av første halvår påfølgende år. Som følge av dette rapporteres det derfor på den totale avkastningen hittil i år for SPU.

I prosent var avkastningen i norske kroner på investeringen i SPU 3,52% for første halvår 2012. Dette er avkastningen OUS ville fått dersom det var halvårlig tildeling. Til sammenligning var verdjustert avkastning for kollektivporteføljen i Kommunal Landspensjonskasse ("KLP") 3,1% for første halvår 2012. For Oslo pensjonsforsikring AS ("OPF") var verdjustert avkastning 3,5% for første halvår 2012.

Den positive avkastningen for første halvår skyldes at det i første kvartal var en oppgang i de internasjonale aksjemarkedene og stigende priser på obligasjoner. Dette bildet endret seg i andre kvartal. Tegn til svakere vekst i verdensøkonomien og frykt for en forverring av den europeiske statsgjeldskrisen reduserte investorenes risikovilje. Det bidro til nedgang i de fleste aksjesektorene.

Ved utgangen av første halvår var SPU investert med 59,6% i aksjer, 40,1% i rentepapirer og 0,3% i eiendom. Dette er en betydelig større eksponering i aksjer enn eksponeringen i KLP og OPF. Ved utgangen av første halvår var kollektivporteføljen i KLP investert med 15,9% i aksjer, 65,8% i rentepapirer og 18,3% i eiendom og andre finansielle eiendeler.

8. RETTSTVISTER – status per d.d.

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. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningsystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18-19. oktober.

Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt.

Saken er berammet for lagmannsretten i 2013. Sykehuset fikk i tingretten medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

Gjengjeldelse etter varsling i arbeidsforhold m.m.

Sykehuset er stevnet av tidligere ansatt. Saken gjelder påstand om gjengjeldelse fra arbeidsgiver etter varsling av kritikkverdige forhold i pasientbehandling. Gjengjeldelsen skal være knyttet til ulike forhold ad. spesialisering. Det er berammet rettsmekling 25. september.

Pasientskadesak.

Sykehuset er stevnet av pasient med krav om oppreisning/erstatning. Kravet er knyttet til påstand om feilbehandling. Saken har vært behandlet og avslått av NPE og Pasientskadenemnda. Saken er berammet for retten 23-24. oktober.

Oppsigelsessak.

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter oppsigelse. Tvisten står om oppsigelsen er usaklig og ugyldig. Saken er ennå ikke berammet.

Kontraktsforhold – entreprise.

Sykehuset har tatt ut forliksklage mot en entreprenør. Gjelder entreprisesak og uenighet om ansvar for prosjekteringsfeil i KIS bygget.

Kollektive arbeidsrettssaker:

I tillegg foreligger det tre kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken har gått for retten 4-5 september.

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket. Saken er berammet 19-20. september.

Den norske legeförening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren. Konkret er forholdet knyttet til hjelpeplan sommeren 2011 ved Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn. Spekter vil føre saken på vegne av foretaket. Saken er ennå ikke berammet.

9. **Medieomtale 1. juni – 5. september 2012**

Antall saker i mediene har sunket fra 1222 i juni, til 922 i august, totalt 2806 for hele perioden. Det lave antallet skyldes sommer i redaksjonene og er forventet. September ligger så langt an til å få flere mediesaker enn tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-5.sept 2012	121		Positiv: 25 Nøytral: 26 Negativ: 49	Den foreløpige høye andelen negative saker skyldes oppslag om lange ventetider på leppe-ganespalteoperasjoner for unge.
August 2012	922		Positiv: 26 Nøytral: 68 Negativ: 6	Det høye antallet nøytrale saker er oppslag der sykehuset bare er nevnt i en sammenheng, for eksempel ved pasientskader.

Juli 2012	662		Positiv: 21 Nøytral: 52 Negativ: 27	En rolig måned med få saker, men økende antall negative, noe som skyldes negative oppslag i forbindelse med bekymring knyttet til flytting fra Aker og kapasitetsproblemer, samt en kreftprøve som ikke tilbys.
Juni 2012	1222		Positiv: 36 Nøytral: 54 Negativ: 10	Den økende andelen positive saker er stort sett saker der sykehusets personell blir brukt som eksperter, i stor grad saker relatert til sommerhelse

Mediebildet ble i perioden preget av flytting fra Aker og stenging av mottak på Aker, DIPS, mange oppslag om sommerhelse, DIPS og økte fødselstall.

Stenging av mottak og flytting fra Aker i mediene

De første sakene rundt dette dukket opp 28.juni, altså noen få dager etter selve flyttingen, hvor det fra leger og sykepleiere ble uttrykt bekymring for kapasitet og pasientbehandling. Overskrifter som "Bekymret for pasienter og ansatte" gikk igjen i mange medier og bekymringsmeldingene var i det vesentlige generert av sykehusets tillitsvalgte. Viseadministrerende direktør Cathrine Lofthus besvarte kritikken, men tilsvarene kom mindre tydelig frem enn kritikken, i oppslagene. Saken verserte i en snau uke i riks- og regionsavisene, og det etterlatte inntrykket er negativt.

DIPS i mediene

Fra siste styremøte i juni og gjennom sommeren var det spredte spekulasjoner rundt valg av DIPS. De største oppslagene kom i Dagens Næringsliv, blant annet under overskriften "Data på vent nok en gang". Saken besvares av Stener Kvinnsland som bidrar til å dempe saken noe. Saken tar seg opp igjen i tiden rundt det ekstraordinære styremøtet. De første sakene er fakta rundt prosessen og selve DIPS. Da avgjørelsen ble tatt var det store fokuset på prisen, at DIPS nå "tar over" helse-Norge og at enkelte styremedlemmer gjennom avtalene til Helse Sør-Øst følte seg presset til å vedta innkjøp av DIPS.

Saken får bred dekning også utenfor området sykehuset normalt omfatter. Det etterlatte inntrykket av saken er relativt nøytralt, styret har tatt en beslutning de var nødt til å ta.

Fødselstall i mediene

I august har det vært stort fokus på økte fødselstall over hele landet, men spesielt Oslo universitetssykehus som satte rekord i juli. Fristen for opptak til barnehagene får skylden for dette. I slutten av august nådde temaet nye høyder da fristen nærmet seg og fødeavdelingene på både Ullevål og Rikshospitalet var i noen dager hyppig omtalt i positive ordelag.

"Sommerhelse" og ekspertuttalelser i mediene

Sommeren har vært preget av mange positive ekspertuttalelser i mediene. Blant saker som har fått bred dekning er en sak om bruk av solbriller som har nådd så å si alle landets medier, det samme gjelder Johan Moans uttalelser om sol som vitaminkilde. En annen artikkel som har fått god spredning er "Nettvett for gravide" der jordmor Gunn Taagerud maner vordende mødre til å være kritisk til informasjon de finner på nett.

10. Referater

- Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 21. juni (vedlegg)
- Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 16. juni (utrykt vedlegg)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 21. juni 2012
Tidspunkt:	Kl 0900 – 1600

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	styreleder	
Ansgar Gabrielsen	nestleder	Fravær kl 1240-1450
Turid Birkeland		
Kirsten Brubakk		
Trine Dønhaug		
Terje Bjørn Keyn		
Andreas Kjær		Forfall
Irene Kronkvist		
Bernadette Kumar		
Anita Ihle Steen		Til kl 1500
Dag Stenersen		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Svein Øverland		
Signe Øye		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Anne Mari Romuld Hansen

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent. Administrerende direktør opplyste at det ville bli gitt noen tilleggsorienteringer under administrerende direktørs orienteringer.

Saker som ble behandlet:

041-2012	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. MAI 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøtet 24. mai 2012 godkjennes.

042-2012	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER 1. TERTIAL 2012
-----------------	--

Det ble innledningsvis gitt en presentasjon av tall for mai 2012.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per 1. tertial 2012 til etterretning.

043-2012	TERTIALRAPPORT 1. TERTIAL 2012 - PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Tertialrapport for prosjekt nytt østfoldsykehus 1. tertial 2012 tas til orientering.

044-2012	ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016 (2026)
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret understreker at gjennomføringen av den vedtatte plan for strategisk utvikling, herunder omstillingsprogrammet (sak 108-2008) fortsatt vil være hovedfokus i den kommende økonomiske langtidsplanperioden 2013-2016. En vellykket gjennomføring av pågående omstillinger er avgjørende for at plan for

strategisk utvikling nås og for foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Overordnet målsetning er de nasjonale kvalitetsmålene. Tjenestene skal være;

- Virkningsfulle (fører til helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Tilgjengelig og rettferdig fordelt

Økonomisk langtidsplan utgjør en overordnet konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatt strategi og mål i forhold til økonomiske rammebetingelser.

2. Følgende mål videreføres i perioden
 - Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
 - Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
 - Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
 - Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
 - Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer
3. Økonomisk langtidsplan 2013-2016 tas til etterretning. Foretaksgruppens samlede resultatmål for perioden anses som krevende å realisere, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig handlingsrom for investeringer. De nødvendige omstillinger av driften vil kreve økt og kontinuerlig ledelsemessig fokus på kostnadstilpasning. Sentrale elementer vil være riktig bemanningsnivå og – sammensetning, at foretakene ivaretar behov for rett kompetanse, og god kapasitetsutnyttelse på utstyr. Kostnadseffektive driftsløsninger må realiseres med særlig vekt på å ta ut økonomiske gevinster som følge av etablering av standardiserte løsninger innen pasientforløp, teknologi og innkjøp.
4. Det forutsettes at pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen ivaretas. Sentralt for å nå målene om reduksjon av ventetider og fravær av fristbrudd vil være forbedringer i det pasientadministrative arbeidet.
5. Det forutsettes at alt omstillingsarbeid for å nå de oppsatte resultatmålene skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn i dette samarbeidet, og denne dialogen. Likeledes legges de 13 prinsippene for brukermedvirkning til grunn for dialogen med brukerne og deres organisasjoner.
6. For å sikre kontinuitet i tjenesten, kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet, skal hovedregelen i Helse Sør- Øst være hele stillinger, i samsvar med nasjonale mål. Utviklingen på dette området vil bli fulgt nøye opp.
7. Styret slutter seg til de aktivitets- og inntektsforutsetningene som er forutsatt for 2013. Disse forutsetningene legges til grunn for det videre arbeidet mot budsjett 2013.
8. Realisering av resultatmålene for 2013 minst på nivå med det som er meldt inn fra helseforetakene er en forutsetning for å sikre et økonomisk handlingsrom og

legge til rette for nødvendige investeringer i helseforetakene. De resultatkrav som settes fra det regionale helseforetaket i Oppdrag- og bestillerdokument for 2013 skal gjenspeile dette.

045-2012	HELSETILSYNETS NASJONALE TILSYN MED BEHANDLING AV ELDRE PASIENTER MED HJERNESLAG 2011 I HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar til etterretning at styrene i helseforetakene har behandlet resultatet av det nasjonale tilsynet med eldre slagpasienter i 2011 og vedtatt tiltaksplaner.
2. Styret forventer at foretaksgruppen og det enkelte helseforetak/ sykehus bruker rapportene aktivt for læring, både i forhold til det konkrete tilsynsområdet og til generell bedring av pasientbehandling og -sikkerhet.
3. Styret er orientert om at Helse Sør-Øst arrangerer en erfaringskonferanse for alle helseforetak i regionen og sykehus med driftsavtale med Helse Sør-Øst, med fokus på hvordan læring sikres, basert på funn fra dette nasjonale tilsyn.
4. Styret ber om at det blir rapport tilbake i rapport per andre tertial og i årlig melding 2012 status i forhold til tiltak og at eventuelle regionale beslutninger iverksettes for å sikre gode og likeverdige tjenester for eldre pasienter med hjerneslag.

046-2012	OPPFØLGING AV STYREVEDTAK I SAK 085-2010 OM FUNKSJONSFORDELING AV KREFTBEHANDLINGEN. HANDLINGSPLAN FOR KREFTBEHANDLINGEN 2012-015. PRESISERINGER AV BEGREPENE REGIONS-, FLEROMRÅDE- OG OMRÅDEFUNKSJONER
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret er tilfreds med at funksjonsfordelingen av kreftkirurgien er iverksatt og at det er ferdigstilt opplegg for årlig evaluering.
2. Den årlige evalueringen skal følge opp at helseforetakene oppfyller krav til behandlingsvolum og øvrige faglige krav. Videre bør gjennomgangen ha oppmerksomhet på små spesialiserte behandlingsområder, hvor sykdomsforekomsten avtar og antall kirurgiske inngrep blir færre. Fastsatte krav til behandlingsvolum må oppfylles om behandlingsfunksjoner skal videreføres.

3. Det er behov for å avklare begrepsbruk og ansvarsforhold innen funksjons- og oppgavefordeling. Styret legger til grunn at *regionfunksjoner og flerområdefunksjoner* bestemmes av Helse Sør-Øst RHF, mens *områdefunksjoner* som hovedregel bestemmes av helseforetakene selv.
4. Som hovedregel er det bare regionsykehuset som kan ha faglig ansvar for satelittenheter.
5. Styret tar forslag til handlingsplan for kreftbehandlingen 2012 – 2015 til orientering og forutsetter at den legges til grunn for helseforetakenes videre arbeid og oppfølging av kreftområdet.
6. Tiltak i handlingsplanen som innebærer direkte økonomiske konsekvenser vil bli fulgt opp i de ordinære budsjettprosessene i handlingsplanperioden.
7. Styret forutsetter at helseforetakene tilstreber å oppfylle de normerte forløpstider for kreftbehandling som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2011. Når helseforetakene har implementert system for definerte forløp med frister for henvisning, utredning, primærbehandling og oppfølging av kreftsykdom, bør dette utvikles videre til å inkludere rehabilitering og palliativ behandling i de formaliserte forløpene i samarbeid med kommunene.

047-2012	SYKEHUSET ØSTFOLD HF – AVHENDING AV EIENDOMMER I FREDRIKSTAD (GNR. 300, BNR. 1490, 1450, 366, 370, 5 OG 719) OG VEUM (GNR. 214, DEL AV BNR. 135)
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Østfold HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommer i Fredrikstad sentrum (gnr. 300, bnr. 1490, 1450, 366, 370, 5 og 719) og Veum (gnr. 214, bnr. 135) til foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at foretaksmøtet samtykker til at eiendommene selges til høystbydende på det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet ved salg av eiendom skal benyttes til delfinansiering av nytt østfoldsykehus.

048-2012	SYKEHUSET ØSTFOLD HF – SALG AV BOLIGER I MOSS OG HALDEN
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Østfold HF sin anmodning om samtykke til salg av boligene i Søsterveien 1, 3, 5, 7 og 9 i Halden kommune, del av gnr. 66, bnr. 811, og Dyreveien 18 i Moss kommune, gnr 2, bnr. 707, til foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at foretaksmøtet samtykker til at boligene i Halden selges til høystbydende i det åpne markedet.
3. Styret anbefaler at foretaksmøtet samtykker til at boligene i Moss kan selges til Moss kommune til takst etter prosedyre som angitt i saken, fratrukket tomteverdien.
4. Dersom Moss kommune likevel ikke ønsker å kjøpe eiendommen, anbefaler styret at foretaksmøtet samtykker til at eiendommen kan selges til høystbydende i det åpne markedet.
5. Frigjort likviditet ved salg av eiendom skal kunne benyttes til investeringer i varige verdier, enten til oppgradering av gjenværende bygningsmasse eller investering innen kjernevirksomheten i Sykehuset Østfold HF. Slike investeringer skal behandles på ordinær måte, innenfor gjeldende fullmaktsstruktur.

049-2012	REGIONAL ANSKAFFELSE AV ØKONOMI- OG LOGISTIKKSYSTEM
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offentleglova § 23

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre konkurranse for å anskaffe økonomi- og logistikksystem, samt å inngå kontrakt innenfor de rammer som er beskrevet i denne saken.

Styret legger til grunn at det ved valg av løsning skal søkes å redusere risiko gjennom å vektlegge bruk av kjent teknologi og mest mulig standard løsninger.

050-2012	ORIENTERINGSSAK: FELLES REGIONAL UTREDNING FOR Å FREMME INNOVASJON OG INNOVATIVE LØSNINGER I SPESIALISTHELSETJENESTEN GJENNOM OFFENTLIGE ANSKAFFELSER
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar saken om innovasjon og anskaffelser til orientering

051-2012	ORIENTERINGSSAK - STRATEGIPLAN FOR HELSEFORETAKENES SENTER FOR PASIENTREISER ANS 2012-2014
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret for Helse Sør-Øst RHF tar strategiplan for Helseforetakenes senter ANS 2012-2014 til orientering.

052-2012	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2012
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

- Driftsorienteringer fra administrerende direktør, inkl tilleggsoorienteringer om
 - Brev datert 20.06.2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet ang tolkning av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, samt pressemelding fra Sørlandet sykehus HF datret 21.06.2012
 - Styreleder orienterte om gjennomgått behandlingsforløp og tilhørende mediaoppslag
- Orientering fra konsernrevisjonen (muntlig)
- Brev fra HOD om pilot felles nødnummer og felles nødsentraler for brann, politi og helse
- Kopi av brev til HOD fra Phoenix Haga om anskaffelsen innen TSB i Helse Sør-Øst RHF - begjæring med krav om midlertidig forføyning
- Brev fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene om krav til rutiner i pasientadministrativt arbeid – gjennomføring av forbedringer
- Referat fra møte i Brukerutvalget 23. mai 2012

Møtereftrat

Møtetema: Brukerutvalget Oslo universitetssykehus

Dato dok: 19.06.2012

Dato møte: 18.06.2012

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Tilstede: Nina Adolfsen, Jon Storaas, Arve Nordlie, Grete Müller, Heine Århus, Veslemøy Ruud, Faridah Shakoor, Kolbjørn Forfang, Richard Madsen (fra 13:00),

Forfall: Shoaib Sultan, Dag Omholt, Lilli-Ann Stensdal og John Bjørnøy

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold	Ansvar	Frist
046-2012	Godkjenning av referat fra 21.05.12 Godkjent.		
047-2012	Saker til styremøtet Oslo universitetssykehus HF Observerer at risikovurdering av blant annet pasientsikkerhet, HMS, IKT etc nå ligger på høy risiko/høy sannsynlighet. Revisor har kommentert at det fortsatt er tre forskjellige innkjøpssystemer. Vanskelig å holde oversikt. Vi må se nøye på sak om økonomisk langtidsbudsjett.		
048-2012	Rettigheter og prosedyrer for behandling i utlandet v/Harald Platou Det er fire utenlandsenheter, ett i hvert HF. Nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling er bindeledd mellom de regional enhetene og AD/FD. 76% av søknadene innvilges. Det er ingen spesiell pasientgruppe som skiller seg ut blant søknadene. Stort sett spesielle diagnoser. Søknader behandler etter Prioriteringsforskriftens §3 og Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 femte ledd. Eksperimentell og utprøvende behandling innvilges ikke, unntaket er for sjeldne sykdomstilstander. Ønsker innspill på hvordan forbedre/forenkle informasjonen på nettsiden. Kan mailes Harald Platou på plah@uus.no Som svar på henvendelse fra pasient: Vi melder tilbake til Harald Platou om forbedringer i tekstene på informasjonsmateriellet for å unngå misforståelser.		
049-	Tidspunkt for møtene i brukerutvalget		

2012	Møtene flyttes tilbake til kl. 13-17. Dette innebærer at AU møter 11:30. Samlet lunsj fra 12:30. AU samles i etterkant av møtet for å sette agenda til neste møtet, fra 17-17:30		
042-2012	Strategi brukermedvirkning – versjon 3 Rydde og sortere, samt svare ut noen spørsmål fra Eva Bjørnsborg. Styret har kommet med tilbakemelding om at den bør være kort, presis og ha konkrete tiltak. Bør tydeliggjøre hva vi mener med brukermedvirkning på de forskjellige punktene. Hvilken metode. De forskjellige tema fordeles på medlemmene, og innspill sendes Nina Adolfsen innen 15. august.		
041-2012	Samhandlingsavtalene Det er skrevet veldig vagt om brukermedvirkning. Ikke i samsvar med lovverket. Henstiller styret om å ta kontakt med Oslo kommune for å få omformulert teksten til lovteksten. Vi har gått gjennom samarbeidsavtalene og ser at det er store mangler. Brukermedvirkning er vagt beskrevet. Brukerutvalget formulerer et brev til styret om dette.		
050-2012	Eventuelt Pasientsikkerhetskampanjen v/Faridah og Grete. Les nettsiden til "I trygge hender". Punkter å se på: Trygg kirurgi, oppdaterte legemiddellister, forebygging av selvmord, GTT. Fint om brukerrepresentantene kan bruke notatet fra Grete i arbeidet deres i brukerrådene. Det har vært to pasienthenvendelser til brukerutvalget. Administrasjonen svarer ut disse. N3-samlingen i mai. Det ble jobbet med fagstrategi. Det er opprettet prosjektgruppe og styringsgruppe for å jobbe med dette, med fokus på pasienten. Richard stiller i prosjektgruppen, med Kolbjørn som vara. Nina A. stiller i styringsgruppen.		