

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 80/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 10. desember 2012

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 9/2012
Dato møte:	17. desember 2012
Møtetid:	Kl. 08.00 - 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

- 80/2012 Beslutning: Godkjenning av innkalling og sakliste
- 81/2012 Beslutning: Godkjenning av protokoll styremøte 25.10.2012
- 82/2012 Beslutning: Rapport per oktober 2012
- 83/2012 Beslutning: Årlig melding
- 84/2012 Beslutning: Strategi for Oslo universitetssykehus HF
- 85/2012 Beslutning: Bygg – Mandat idéfase for somatikk og psykisk helse.
- 86/2012 Beslutning: Budsjett 2013
- 87/2012 Orientering: Temasak. – Psykisk helse og avhengighet
- 88/2012 Beslutning: Områdeplan IKT 2013-2016
- 89/2012 Beslutning: Regional PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus
- 90/2012 Beslutning: Leieavtale i bygg til Søndre Nordstrand DPS
- 91/2012 Beslutning: Mål og strategier for brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus
- 92/2012 Orientering: Høring om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet
- 93/2012 Beslutning: Ekstra styremøte i april for å vedta årsoppgjør 2012
- 94/2012 Beslutning: Ansattevalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre
- 95/2012 Orientering: Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. desember 2012

**SAK 81/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE
25. OKTOBER 2012.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. oktober 2012.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	25. oktober 2012
Dato møte:	25. oktober 2012 kl. 8.00-14.45 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Merete Norheim Morken, Ane Willumsen, Tor Ingebrigtsen, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Vibeke B. Kristiansen

Forfall: Ole Petter Ottersen, Raymond Robertsen, Tone Skogen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein kom kl 9.30, Morten Reymert, Rolv Økland, Cathrine Lofthus, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Heine Århus, media, publikum

Sak 70/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 75/2012 Leieavtale Søndre Nordstrand DPS ble trukket.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 71/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 20. september 2012.

Sak 72/2012 Ledelsens gjennomgang andre tertial 2012

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2012 til etterretning.
2. Styret ser alvorlig på den økningen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene som har skjedd i andre tertial og ber om at det straks igangsettes relevante tiltak for å snu denne utviklingen.
3. Styret ber om en redegjørelse om hvilke tiltak som gjøres for å redusere skader på de ansatte.

Sak 73/2012 Rapportering per september 2012

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per september til orientering
2. Styret ser det som nødvendig å sikre tilstrekkelig fremdrift i gjennomføring av investeringer i 2013 og gir administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr med videre til investering for levering i 2013 på 100 millioner kroner utover tidligere godkjent beløp.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gå til anskaffelse av 16 ambulanser med levering i 2013, innenfor en ramme på 22,4 millioner kroner.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av ny gjennomlysningslaboratorium/intervensjonslaboratorium i bygg 6 ved Ullevål innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter samlokalisering av avhengighetsbehandling for voksne i bygg 21 ved Ullevål innenfor en ramme på 14,8 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer. Dersom nytt ventilasjonsanlegg må installeres økes rammen med 5,8 millioner kroner til 20,6 millioner kroner.

Sak 74/2012 Budsjett 2013

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om status for budsjett 2013 til orientering.
2. Styret er bekymret for at tiltakene ikke er tilstrekkelige til å kunne styre mot det økonomiske målet for 2013.
3. Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølstad Knudsen, Rita von der Fehr, Svein Erik Urstrømmen og Vibeke Braastad Kristiansen ønsket følgende ført til protokollen:

”Ansatterepresentantene viser til tidligere protokolltilførsel i sak 62/2012 20. september 2012 og organisasjonenes drøftingsinnspill til foreliggende styresak. Saksfremlegget og vedleggene fra klinikkene synliggjør i enda større grad enn tidligere at målet om budsjettbalanse i 2013 fremstår som urealistisk. En stadfesting av krav om salderte budsjetter i henhold til nåværende styringsmål for 2013 meldes å kunne få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet på grunn av redusert kapasitet i sykehuset og ansattes arbeidsforhold vil etter all sannsynlighet forverres. Ansatterepresentantene mener derfor at det vil være behov for et møte mellom styret i OUS og HSØ for å diskutere om OUS vil være i stand til å levere sykehusets tjenester slik at de forventede mål i det kommende oppdragsdokumentet for 2013 kan nås innenfor tildelt inntektsramme. Herunder må misforholdet mellom reell aktivitet i 2012 og rammetildeling for 2013 inkludert forventet aktivitetsvekst avklares.”

Sak 75/2012 Leieavtale Søndre Nordstrand DPS

Saken ble trukket.

Sak 76/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 77/2012 Områdeplan IKT og DIPS

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 78/2012 Strategi for Oslo universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 79/2012 Arealplanutvikling

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen
Ikke tilstede

Raymond Robertsen
Ikke tilstede

Ole Petter Ottersen
Ikke tilstede

Tor Ingebrigtsen

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

SAK 82/2012 RAPPORTERING PER OKTOBER 2012

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen per oktober til orientering*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*
4. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjennelse fra Helse Sør-Øst RHF.*
5. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.*

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Da styresakene ble sendt ut var ikke rapportering av resultater til og med november (desember for årsverk) ferdigstilt. Styresaken omhandler derfor resultater til og med oktober (november for årsverk). Styret vil på styremøtet 17. desember bli gitt en oppdatert status hvor novembertall er inkludert.

Gjennomgangen av status og resultater per oktober (årsverk per november) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettet hittil i år, men litt lavere enn plantall de siste månedene sett under ett.
 - Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter enn budsjettet.
- 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 budsjettet, mens poliklinisk aktivitet er lavere enn budsjettet
 - Det er høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er lavere enn budsjettet.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) har vært relativt stabil fra januar til august, økte fra august til september, men er så redusert fra 95 dager i september til 88 dager i oktober.
- Antall langtidsventende fra 1-4 år er redusert med 570 i oktober
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i oktober 970 (18 pst) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.901 (15 pst).
- Det økonomiske resultatet viser et negativt budsjettavvik per oktober på 135 millioner kroner. Dette inkluderer gevinst fra salg av eiendom på 50 millioner kroner og redusert inntekt knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner på samme dag og utførende helepersonell.
- Antall brutto månedsverk er i november 17.093, hvilket er en reduksjon med 38 månedsverk fra oktober. Reduksjonen er lavere enn forventet.
- Gjennomsnittlig sykefravær hittil i år (per september) er på 7,2 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. På bakgrunn av blant annet lange ventelister, og oppmerksomhet om reduksjon av antall langtidsventende, er det ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, samt innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har sykehusledelsen fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbudet til pasientene.

Administrerende direktør har organisert en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd. Gjennomføringsprosjekt er organisert slik at konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet, inklusive ventelistede håndtering

og fristbruddpasienter, følges opp. Prosjektet er forankret i lederlinjen på klinikk og avdeling, og følges tett opp av sykehusledelsen. Utvikling i ventelister og fristbrudd er et sentralt tema i de oppfølgingsmøtene med klinikkene,

Administrerende direktør konstaterer at den negative økonomiske resultatutviklingen knyttet til driften, er relativt uforandret gjennom 2012. Det er imidlertid flere forhold som påvirker resultatet i en positiv retning. Dette gjelder blant annet gevinst fra salg av eiendom, lave energikostnader, lave rentekostnader, forsinket gjennomføring av IKT-prosjekter med videre som direkte gir mindre kostnader. Utviklingen i bemanningstallene er etter administrerende direktørs vurdering ikke tilfredsstillende og vil bli fulgt opp overfor klinikkene.

Administrerende direktør vil særlig gjøre oppmerksom på at det ligger an til å gjøre nedskrivninger av deler av bygningsmassen i regnskapet for 2012. Vurderingene er blant annet knyttet til at Oslo universitetssykehus HF har arealer som står tomme og er planlagt revet, og arealer som vurderes i forhold til salg om noe tid. Disse forholdene vil bli omtalt i notene til årsregnskapet for 2012.

3. Pasientbehandling

3.1 Aktivitet somatikk

Per oktober var aktiviteten innenfor somatikken målt ved DRG-poeng 2,4 pst (4.064 DRG-poeng) høyere enn budsjettert, hvorav 2,0 pst (3.270 DRG-poeng) var knyttet til "sørgefor" ansvaret. På bakgrunn av lange ventelister innenfor en rekke fagområder er det så langt ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Sammenlignet med rapportert resultat per september (+2,1 pst) innebærer oktobertallet en økning i det positive avviket på 0,3 pst. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 13,2 millioner kroner til reduksjon av ventelister for brystrekonstruksjon innen plastikkirurgi. Også dette vil gi aktivitet ut over budsjettforutsetningene i siste del av 2012.

Sammenlignet med de ni første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon i somatikken på om lag 1,0 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 blitt avvirket i denne perioden. Innenfor enkelte områder er det imidlertid økt aktivitet fra 2011 til 2012. Dette relateres både til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for å unngå fristbrudd og redusere ventelistene. Eksempel på områder med økt aktivitet er PCI'er, ablasjoner, fødsler/nyfødte, enkelte organtransplantasjoner og traumer.

Forbruksrater av sykehustjenester publiseres hvert år i Samdata. Oslo universitetssykehus HF har sammen med innleide konsulenter brukt forbruksrater basert på egne data på prosjektbasis, spesielt under overføringsprosessen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. NPR-data har ikke vært tilgjengelig på kommunenivå og lavere før Helse Sør-Øst RHF i 2012 fikk etablert et slikt anonymisert datasett for 2011-data, som først ble brukt av dem i oppfølgingen av hovedstadsprosessen. Oslo universitetssykehus HF har våren 2012 gjort opp status for befolkningsutviklingen og forbruksrater for 2011 (til dels også standardiserte rater), men har manglet noe på kompletthet i dataene. Det er nå påbegynt en ny runde basert på oppdaterte data, til dels ned på bydelsnivå, og denne gangen med data fra NPR for 2011 og 2012. Styret vil få orientering om resultatene av arbeidet så snart dette foreligger.

3.1.1. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For voksenpsykiatrien er antall utskrevne pasienter hittil i år 257 flere (29 pst) enn budsjettert, mens antall polikliniske konsultasjoner er 19 pst (11.009 konsultasjoner) høyere enn plantall. Den høye aktiviteten henger sammen med lite vakanser og god produktivitet per behandler. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 5 pst (61 utskrivninger). Antall polikliniske konsultasjoner er imidlertid økt med 25 pst, fra 55.850 til 69.543 konsultasjoner. Dette er uttrykk for en ønsket og planlagt endring av virksomheten med større grad av poliklinisk behandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er per oktober 9 pst (3.467 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 1.665 (- 4 pst). Avviket for polikliniske konsultasjoner er særlig knyttet til to av poliklinikkene (Spesialavdelingen og BUP Oslo Syd). I budsjettet var det forutsatt at Spesialavdelingen ble godkjent som offentlig poliklinikk i januar, og dermed ville bidra til flere polikliniske konsultasjoner per fagårsverk gjennom hele året. Fylkeslegen har imidlertid først i høst godkjent Spesialavdelingen som offentlig poliklinikk. Ved BUP Oslo Syd har det vært høyt sykefravær, og en del ubesatte stillinger har vært holdt ledig i påvente av innplasseringsprosessen. Her er det startet en rekrutteringsprosess. For døgnbehandling er antall utskrevne pasienter som budsjettert. Sammenlignet med 2011 er det skrevet ut 47 færre pasienter (-39 pst), og antall liggedøgn er redusert med 1.179 (28 pst).

Innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er det skrevet ut 20 pst (388 opphold) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 17 pst (454 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 15 pst (1.169) lavere enn budsjettert og er redusert med 6 pst (466 konsultasjoner) fra 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. Dette følges opp med den enkelte behandler og en ny runde med opplæring.

Det gjennomføres store omstillinger innenfor både BUP og TSB. Omstillingene påvirker aktiviteten og bidrar til negative avvik mot budsjett, spesielt for poliklinisk aktivitet. Sykehusledelsen følger områdene tett for å sikre at omstillingene 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 fagområdene.

3.1.2. Ventelisteutvikling

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (helsehjelp igangsatt) og for ventende

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres ned mot 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) har vært relativt stabil hittil i 2012, og jevnt over noe lavere enn i samme periode i 2011. Ventetiden er i oktober redusert til 88 dager fra 95 dager i september. Ventetid til avvikling økte imidlertid fra august til september, hvilket var forventet grunnet

arbeidet med avvikling av langtidsventende. Selv om gjennomsnittlig ventetid til avvikling er gått ned siste måned er likevel antall langtidsventende redusert i oktober. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er for en stor del gjennom ikke-ordinær avvikling fra venteliste (ref ringeaksjon innenfor ortopedi mv). Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy.

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Per oktober er ventetid for alle ventende 406 dager, noe lavere enn på samme tidspunkt i 2011. For de som venter er det stor forskjell i ventetid for ventende med og for ventende uten rett til prioritert helsehjelp. For ventende med rett er gjennomsnittlig ventetid ved periodeslutt 106 dager, og redusert fra omlag 130 i januar. For ventende uten rett er gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av september 607 dager, og økt fra 553 dager i januar.

Antall ventende, herunder langtidsventende

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av oktober i underkant av 32 000, hvorav nærmere 60 pst (omlag 20 000) er innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Av totalt antall ventende har nærmere 40 pst rett til nødvendig helsehjelp. Ved utgangen av oktober er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 9 200, hvorav omlag 800 har rett til nødvendig helsehjelp. Antall ventende over 1 år er redusert med omlag 1 800 fra mai.

Sammenlignet med status i april er målsettingen å redusere antall langtidsventende 1-4 år fra 8.139 til 4 322 per utgangen av 2012. Dette innebærer at det per utgangen av året ikke lenger skal være pasienter som har ventet 1-4 år innenfor mange fagområder. Av flere årsaker vurderes det ikke som realistisk å klare dette innenfor alle fagområder. Dette gjelder innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi, nevrokirurgi, nevrologi, ØNH, øye og medisinsk genetik. For fagområder som forventes å ha langtidsventende per utgangen av året, lages det nå en plan med måltall for videre reduksjon av langtidsventende for første kvartal 2013. Per utgangen av oktober er antallet som har ventet 1-4 år redusert til 6 132 fra 6 695 i september, dvs en reduksjon på 570. Reduksjonen er størst innenfor ortopedi, nevrologi og øre-nese-hals. Innenfor plastikkirurgi er det fortsatt en økning i antall langtidsventende. Det er et avvik i forhold til måltall på omlag 490, dette skyldes forsinket oppstart av tiltak innenfor enkelte fagområder. Det er størst avvik ifht måltall for plastikkirurgi, ortopedi og øye.

Ett av tiltakene for reduksjon av langtidsventende har vært å kontakte den enkelte pasient og/eller henvisende lege. I oktober ble det tatt kontakt med omlag 1 200 pasienter, og det er planlagt å kontakte omlag 1 100 pasienter i november. Mange av pasientene som er kontaktet, har ikke behov for å stå på venteliste, og er derfor tatt ut av ventelisten, og fremkommer i statistikken som ikke-ordinære avviklinger.

Det er nå også etablert en plan for å komme i kontakt med langtidsventende innenfor alle fagområder med langtidsventende, bortsett fra innen nevrokirurgi hvor ventelistene i første omgang må gjennomgås. Videre gjennomgås status for overføring av ortopediske pasienter til private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har avtale med og til andre foretak innen regionen.

Vurderingstid

Tid fra mottak av henvisning til denne er ferdig vurdert er hittil i år 8,7 dager (gjennomsnittstall). Det gjøres spesielt oppmerksom på at det pasientadministrative system (PasDoc) ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen.

Fristtid

Det er fokus på fristtid og fristfastsettelse i Gjennomføringsprosjektet og på å skille mellom pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og behovspasienter. Gjennomgang av data for fristtid viser at det er noe variasjoner fra måned til måned. På sykehusnivå var fristtid i november 92 dager for pasienter med rett og 209 dager for pasienter uten rett.

Forløpstider

I indikator katalogen fra Helse Sør-Øst RHF for 2012 inngår måling av tid fra første henvisning til første behandling for tykktarmskreft, brystkreft og lungekreft (forløpstider). Indikatorene skal vise antall dager fra mottaksdato for henvisning for disse krefttypene eller mistanke om disse, til dato for første behandlingsmodalitet ved sykehuset. Rapporter for å vise tid fra henvisning til Oslo universitetssykehus HF til behandlingsstart, er under utvikling. Basert på egne data kan imidlertid ikke tid fra første henvisning rapporteres, da foretakets data ikke inneholder dato for første henvisning til spesialisthelsetjenesten for pasienter som er viderehenvist fra andre sykehus.

Norsk pasientregister har imidlertid rapportert forløpstider for disse krefttypene for 1. tertial 2012. Slik forløpstidene for ventetid til start behandling for ulike typer kreft viser seg å være målt i de foreliggende versjoner av nasjonale indikatorer, avviker dette fra definisjonen av indikatorene fordi NPR ikke har datagrunnlag som gjør det mulig å følge definisjonen av indikatoren. Dette er bekreftet fra NPR og knytter seg til at NPR ikke har den spesifikke informasjon om henvisningen tilsier mistanke om kreft /sikkert diagnostisert kreft versus ingen mistanke om kreft. Dette betyr i praksis at grunnlaget for indikatoren er større enn avgrensningen skulle være ved at det også kommer med de tilfellene der det ikke var mistanke om kreft (men hvor senere utredning likevel viste kreft). Dette gjelder da ikke bare pasienter som er viderehenvist til Oslo universitetssykehus HF fra andre sykehus, men også de som er henvist primært til oss.

Oslo universitetssykehus HF har sterkt ledelsesmessig fokus på å prioritere pasientene riktig og på å kunne tilby behandling innen forsvarlige frister, ikke minst der det ved vurdering av henvisningen er mistanke om eller er etablert sikker kreftdiagnose, dvs. slik indikatoren er definert. Alt i alt var derfor forløpstidene til behandling på Oslo universitetssykehus HF for de 3 krefttypene (bryst, tykktarm og lunge) overraskende lange, spesielt fordi det var målt i median ventetid i virkedager. De forsinkelsene vi opplever i det samlede forløpet er dels knyttet til pasienter som viderehenvises til Oslo universitetssykehus HF etter utredning på annet sykehus, og del knyttet til perioder hvor utredningskapasiteten i Oslo universitetssykehus HF er under press. I tillegg er de lange forløpstidene dels knyttet til at pasienter hvor det ikke forelå mistanke om kreft er inkludert, som beskrevet over.

Tiltak

Ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene. Fokus i oppfølgingsmøtene er langtidsventende og fristbrudd. 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. I tillegg arbeides det med tiltak for å

bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder. Ellers vises det til styresak 60/2012 hvor det redegjøres 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 "Glemt av sykehuset" inkludert. Det er nedsatt et gjennomføringsprosjekt som skal sørge for at handlingsplanen blir gjennomført. Fokusområder er kompetanseheving og opplæring, rydding i ventelister og rutiner for oppfølging av ventelister. Dette arbeidet vil ha innvirkning på alle styringsparametre knyttet til ventelister og prosjektet gjennomføres så langt etter plan.

Gjennomføringsprosjektet arrangerer i perioden 1/11-13/12 fellesundervisning hvor alle sluttbrukere som har roller tilknyttet henvisninger og ventelister skal delta. Undervisningens innhold er kvalitetssikret av fagdirektør, jurister, ventelistecontroller og ventelisteansvarlig på klinikknivå. Denne kompetansegruppen gjennomfører også undervisningen. Undervisningens hovedmomenter er hvordan man best bør organisere arbeidet rundt mottak, registrering og behandling av henvisninger, praktisk registrering i pasientadministrativt system, utsendelse av korrekte brev samt gjennomgang av juridiske aspekter. Følgende aspekter gjennomgås grundig:

- Rettighetsvurdering, utfall av rettighetsvurdering
- Fastsettelse av den juridisk bindende frist for rettighetspasienter
- Fastsettelse av frist for behovspasienter
- Fornyet vurdering
- Viderehenvisninger fra andre sykehus
- Forpliktelser ved fare for fristbrudd
- Når helsehjelpen er startet (den juridiske fristen oppfylt)
- Helsehjelp i det videre forløp
- Handlingsrom ved manglende kapasitet
- Utsettelse

I tillegg har prosjektet utarbeidet en veileder for gjennomgang av ventelister.

Når det gjelder fokus på kapasitet innenfor enkelte fagområder kan det spesielt nevnes at det innen ortopedi og nevrologi er 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.

Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket i 2012 tildelt 13,2 millioner kroner til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Økt aktivitet er under planlegging og det er lagt opp til gjennomføring av et økt antall brystrekonstruksjoner med eget vev inklusive etterfølgende kirurgiske inngrep for resten av året. 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. I tillegg sees det på muligheten

for å overføre en del ortopediske pasienter til private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har avtale med og til andre foretak i regionen.

3.2. Fristbrudd

For 2012 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. I rapportering og oppfølging er det fokus på :

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Antall fristbrudd i rapporteringsperioden
- Fristtid (viser hvor lange frister som gis)
- Ventetid ut over (individuelt satt) frist

Status per oktober

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i oktober 970 (andel 18 pst), og det var en gjennomsnittlig ventetid ut over frist på 108 dager. Det var 6.167 pasienter med frist i perioden, og for 957 (17 pst) av disse var ikke helsehjelp igangsatt innen utløp av fristen. Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av oktober var 1.901 (15 pst), og redusert fra 2.139 (andel 17 pst) per utgangen av september. Gjennomsnittlig ventetid ut over frist var 155 dager. Det er store klinikkvise variasjoner i fristbrudd, og dette følges tett opp som en del av Gjennomføringsprosjektet og i oppfølgingsmøter med klinikkene slik at antallet og ventetid ut over frist reduseres.

Tiltak

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.

3.3. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 pst

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (noso-komiale) 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. Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt er for registreringer gjennomført i 2012 (1. halvår) 5,7 pst. Sammenlignet med hele 2011 er dette en reduksjon på 0,2 pst (fra 5,9 pst). Det er denne målingen som er grunnlaget for målsettingen om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 pst.

3.4. 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. Det har ikke vært mulig med rapportering på denne indikatoren før etter oppgradering av PAS/EPJ, hvor leveringsdato var 15. oktober 2012. I etterkant av leveringen må det først gjennomføres en del feilrettinger og så en del nødvendige tilpasninger for å kunne rapportere andel som får timeavtale sammen med bekreftelse på henvisning.

I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering ifm Gjennomføringsprosjektet, 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.

3.5. Andel korridorpasienter

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i oktober 0,9 pst, tilsvarende gjennomsnittet hittil i år, og på samme nivå som i 2011. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevistiter 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.

3.6. Utskrivningsklare pasienter

Både antall og andel utskrivningsklare pasienter innen somatikken er redusert fra januar til oktober. Det samme gjelder for antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter. I oktober er det rapportert 51 utskrivningsklare pasienter (134 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i oktober 0,3 pst, og gjennomsnittet hittil i år er 0,5 pst. Nivået er betydelig lavere enn forutsatt i budsjettet. Reduksjonen i utskrivningsklare pasienter 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 16 millioner kroner per oktober.

Innenfor psykisk helsevern for voksne er andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter hittil i år 7,3 pst. Det er ikke registrert tilsvarende reduksjon i utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern som innenfor somatikken. utfordringene ved å overføre utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern er hovedsakelig knyttet til manglende botilbud i primærhelsetjenesten. For å imøtekomme utfordringer knyttet til kompetansebehov i primærhelsetjenesten, er det igangsatt ulike former for kompetansehevede tiltak, samt flere ulike samhandlingsprosjekt.

Styret har etterspurt informasjon om reinnleggelsesfrekvensen er påvirket av endret andel utskrivningsklare pasienter. Per i dag inngår ikke dette i løpende rapportering. Ut fra foreløpige data ser andel reinnleggelser ut til å være på samme nivå i 2012 som i 2011. Reinnleggelser har fokus også regionalt, og det pågår et utviklingsarbeid for å finne gode indikatorer.

4. Økonomi

4.1. Resultat per oktober

Per oktober viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et regnskapsmessig underskudd på 430 millioner kroner mot et budsjettet underskudd på 295 millioner kroner, et negativt resultatavvik på 135 millioner kroner. Per september ble det rapportert et negativt avvik på 117 millioner kroner; det akkumulerte avviket økte isolert sett er økt med 18 millioner kroner i oktober. Av dette utgjør avsetning relatert til sak fra

Avregningsutvalget knyttet til rapportering av flere konsultasjoner samme dag 1 millioner kroner (akkumulert 38 millioner kroner i 2012) og avsetning relatert til feil rapportering av utførende helsepersonell 6,3 millioner kroner (ikke avsatt for dette tidligere). Videre har Helse Sør-Øst RHF tilbakebetalt midler knyttet til forventet oppbygging av ø-hjelpstilbud i kommunen (samhandlingsreformen) med 5,8 millioner kroner. Dette er i sin helhet inntektsført i oktoberregnskapet. Justert for disse momentene er avviket knyttet til den ordinære driften på om lag 16 millioner kroner i oktober som er noe høyere enn de foregående månedene. Avvikene økte mest i de klinikkene som hadde store negative avvik til og med september (Klinikk for kirurgi og nevrofag, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Hjerte-, lunge- og karklinikken).

I det økonomiske resultatet hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med en engangsinntekt på 50 millioner kroner. Hensyntatt gevinst fra salg av eiendom og avsetninger knyttet til feil i rapportering av flere konsultasjoner samme dag og for utførende helsepersonell, har den ordinære driften vært om lag 140 millioner kroner svakere enn forutsatt i budsjettet hittil i år.

Oslo universitetssykehus HF ivaretar på vegne av Helse Sør-Øst RHF oppgaver knyttet til pasienter som får behandling i utlandet. Oppgaven er knyttet til ivaretagelse av pasienter fra hele regionen. Det ble 31.10.2012 sendt brev til Helse Sør-Øst RHF om bekreftelse på at merforbruk per årsskiftet vil bli dekket av regionen. Per oktober 2012 er netto merforbruk for dette om lag 6 millioner kroner. Det er foreløpig ikke avsatt for økte inntekter knyttet til denne oppgaven.

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	
Basisramme	8 628 892	8 628 892	0	Basisrammen inntektsføres som budsjettet.
Aktivitetsbaserte inntekter	4 872 791	4 868 376	4 415	Høyere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken bidrar til høyere aktivitetsbaserte inntekter. Lave inntekter for utskrivningsklare pasienter (-16 mnok) og forhold knyttet til kurddøgn mv fra 2011 reduserer det positive avviket. Avvik for andre aktivitetsbaserte inntekter må også ses delvis i sammenheng med avvik for andre inntekter. I resultatet inngår også tapsføring knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag, med 38 mnok (herav 20 mnok knyttet til 2011) og feil rapportering av utførende helsepersonell, med 6,3 mnok.
Andre inntekter	1 415 764	1 324 197	91 567	Andre inntekter inkluderer 50 mnok i gevinst fra salg av eiendom. Videre er det inntektsført 17 mnok mer enn budsjettet fra Raskere tilbake. Øremerkede midler er om lag 9 mnok høyere enn budsjettet.
Sum driftsinntekter	14 917 447	14 821 465	95 981	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom og avsetning knyttet til saken fra avregningsutvalget er driftsinntektene 90 mnok høyere enn budsjettet.
Lønn- og innleiekostnader	10 640 213	10 306 139	334 073	Det er et merforbruk for lønn- og innleiekostnader på 278 mnok, tilsvarende 3,2 pst. Underfinansiering av økte pensjonskostnader har bidratt til å øke avviket for lønn.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 748 237	1 716 781	31 456	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. Dette skyldes blant annet høyere aktivitet enn budsjettet. Videre er det høye kostnader til dyre implantater som delvis relateres til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter. Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjettet.
Andre driftskostnader	2 878 428	3 015 655	-137 227	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene hittil i år 41 mnok lavere enn budsjettet og det er lavere IKT-kostnadene enn budsjettet. Videre er det noe forsiktig budsjettering.
Sum driftskostnader	15 266 877	15 038 575	228 302	Sum driftskostnader er 1,5 pst høyere enn budsjettet. Deler av dette relateres til høyere aktivitet enn budsjettet. Hoveddelen av avviket skyldes høyere bemanning enn forutsatt i budsjettet.
Driftsresultat	-349 430	-217 110	-132 321	
Netto finans	-80 926	-77 923	-3 003	Avviket skyldes lavere rentekostnader enn budsjettet og effekt av mindreinntekt og interne eliminerings av AS'ene.
Resultat OUS	-430 357	-295 033	-135 324	

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

4.2. Særskilt om IKT

Når det gjelder prosjektet Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI) og milepæl 5 (M5) ble styret i september orientert om at det pågikk en dialog med Helse Sør-Øst RHF rundt behov for ytterligere finansiering som følge av forsinket lansering av M5. Helse Sør-Øst RHF har i brev av 18.11.2012 bekreftet at FKI-programmet ved Oslo universitetssykehus HF får tilført ytterligere likviditet på inntil 20,5 millioner kroner (total ramme 134,5 millioner kroner) for å slutføre arbeidet relatert til M5 samt arbeidet med å utbedre prioriterte, kritiske feil, mangler og endringsbehov for å realisere en løsning med tilstrekkelig god kvalitet (frem til DIPS er ferdig implementert).

Etter inngåelse av avtale for leveranse og innføring av DIPS som PAS/EPJ ved sykehuset gjennomføres nå et forprosjekt. Forprosjektet er beregnet å koste om lag 63 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF har tidligere muntlig informert om at Oslo universitetssykehus HF kan påregne at forprosjektet vil bli finansiert regionalt.

4.3. Resultatestimater for 2012

Foretakets årsestimat for 2012 slik det ble meldt inn i rapportering for oktober viste en risiko for et regnskapsmessig underskudd på 555 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 400 millioner kroner, dvs et underskudd i 2012 på 155 millioner kroner. Resultatestimateret var uendret fra forrige rapportering.

I årsestimatet per oktober var det ikke tatt hensyn til eventuell økt enhetspris ISF 2012, behov for ekstraordinære nedskrivninger knyttet til fraflyttede bygg på Aker og Dikemark, jfr omtale nedenfor. Videre ble foretaket i oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF 18. oktober informert om at det arbeides med etablering av en gjestepasientoppgjørsordning mellom de fire helseregionene, som hensyntar effekten av kompensasjon for økte pensjonskostnader. Heller ikke dette var hensyntatt i årsestimatet.

Ut over forholdene som er omtalt ovenfor er det erfaringsmessig flere forhold som kun vurderes i forbindelse med årsoppgjøret som kan påvirke endelig resultat for 2012. Dette gjelder blant annet oppdatering av forpliktelse knyttet til overlegepermisjoner (inkl psykologspesialister), ikke avviklet ferie, pasienter som er inneliggende over årsskiftet mv. Ut over dette foreligger ennå ikke endelig ISF-avregning for 2011. Denne forventes å foreligge tidlig i desember. Det er også usikkerhet knyttet til endelige kostnader innenfor IKT-området i 2012.

4.4. Om nedskrivninger

Det pågår store endringer i arealbruken ved sykehuset, og styret ble tidligere i høst informert om at det er tomme bygninger både på Aker og Dikemark hvor behov for nedskrivning av anleggsmidler blir vurdert. Regnskapsreglene tilsier at tap skal bokføres når det oppstår og gevinst tilsvarende. For anleggsmidler som eiendom og bygg kan imidlertid et mer langsiktig perspektiv for vurderinger legges til grunn, forutsatt at dette er en del av en omstillings- og restruktureringsprosess. Dette innebærer at selv om et eventuelt salg ligger frem i tid, kan eventuell gevinst fra salg av tomme bygninger/eiendom hensyntas ved vurdering av det samlede nedskrivningsbehov, så lenge det foreligger en uttrykt intensjon om salg. Problemstillingen er lagt frem for revisor.

Det er nå i tillegg foretatt en vurdering av arealbruk på Ullevål sykehus og ved Radiumhospitalet. I forbindelse med årsoppgjøret vil det bli foretatt en vurdering av om kontantstrøm fra utleide bygg kan forsvare de balanseførte verdiene.

Oppsummert legges det nå opp til at det i årsregnskapet for 2012 vil bli foretatt en samlet nedskrivning av eiendom på 47 millioner kroner. Følgende vurderinger ligger til grunn:

Lokalisasjon (areal)	Vurdering	Anbefalt nedskrivning
Dikemark	Det er vurdert og anbefalt nedskrivning på bygg hvor hele etasjer eller områder er helt tomme og ikke benyttes til sykehusdrift. Bygg med redusert pasientkapasitet er vurdert til å være knyttet opp mot nåværende sykehusdrift og da uten anbefalt nedskrivning, dette fordi sykehuset fortsatt er i en omstillingsfase og at bygg status kan være en interimis løsning.	36 mnok
Aker (Sinsen)	På Aker er det tomme bygg med en restverdi på om lag 74 millioner kroner. Disse er i sin helhet i Sone 1, dvs arealer som ikke inngår i foretakets planer for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i Oslo universitetssykehus HF. Verdivurderinger av denne delen av arealene på Sinsen tilsier en gevinst som er betydelig større. Per dags dato er det ikke fattet vedtak om salg av de aktuelle arealene. På bakgrunn av vedtak i styret (sakene 9 og 28/2010) anses det imidlertid å foreligge en uttrykt intensjon om salg.	Ingen
Radiumhospitalet	Verdi for arealer (etager) som ikke er i bruk anbefales nedskrevet. Dette inkluderer bygg E som er planlagt revet.	11 mnok
Ullevål	Alle arealer er i bruk til sykehusvirksomhet.	Ingen

Det understrekes at intensjonen om salg av eiendommer på Aker vil bli gjentatt i notene til forslaget til årsregnskap for 2012.

4.5. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

Styret ble orientert om klinikkens arbeid med å gjennomføre tiltak sist i styresak 73/2012 Rapportering per september. Sammenliknet med styresak 73/2012 rapporterer klinikkene en økning i kronebeløp på gjennomførte tiltak fra 229 millioner kroner til 262 millioner kroner. Dette representerer en gjennomføringsgrad på 75 pst. For en del av tiltakene er det krevende å identifisere de realiserte gevinstene ut fra regnskapstall. Denne rapporteringen er derfor til en viss grad basert på klinikkens beste vurdering av gjennomføringen.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Akuttklinikken rapporterer full effekt eller tilnærmet full effekt av tiltakene sine. Medisinsk klinikk og Klinikk for diagnostikk og intervensjon rapporterer en tilnærmet uendret situasjon ved en relativt høy grad av gjennomføring. Hjerte-, lunge- og karklinikken melder også en relativt uendret situasjon, men med en klart lavere gjennomføringsgrad enn mange av de andre klinikkene. Sammenliknet med forrige rapportering melder både Klinikk for kirurgi og nevrofag og Oslo sykehusservice om en lavere gjennomføringsgrad. Hjerte-, lunge- og karklinikken melder om noe forsinkelser

i gjennomføringen av vedtatte tiltak. Kvinne og barneklubben, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben og Oslo sykehusservise rapporterer størst avvik i kroner hittil i år.

Som for september rapporteringen skyldes i hovedsak avviket i Kvinne- og barneklubben at det har vært krevende å gjennomføre tiltak for å redusere innleie og variabel lønn samtidig som bemanningen er tilpasset på et lavere nivå. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben melder at avvikene i hovedsak skyldes at det har ikke har vært mulig å redusere variabel lønn samtidig som det er et økt omfang av pasienter med fritt sykehusvalg. Klubben melder videre om forsinkelser i gevinstrealisering ved strukturelle endringer og manglende reduksjon av varekostnader ved sfinkterproteser. Medisinsk klinikk melder om fortsatte forsinkelser i gjennomføringen av vedtatte tiltak. Hjerter-, lunge- og karklubben melder at klubben dels ikke har klart å redusere medikamentkostnader og at det er krevende å gjennomføre reduksjon i vaktplaner som forutsatt. Klinikk for kirurgi og nevrofag melder utfordringer ved reduksjon av personell når ventelistsituasjonen fremdeles krever en høy kapasitet. En tabell i vedlegget viser budsjetterte tiltak per klinikk etter innsatsområde, avvik i forhold til budsjett og gjennomføringsprosent per september.

Det arbeides videre med gjennomføringen av vedtatte tiltak for 2012. Status gjennomgås med klubbene hver måned. Vedtatte tiltak i 2012 vil også gi effekt i 2013.

4.6. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Ved utgangen av oktober er det regnskapsført om lag 130 millioner kroner i investeringer til ordinær drift finansiert av den ordinære investeringsrammen for 2012. Det ligger imidlertid an til at hele investeringsrammen på 250 millioner kroner vil bli disponert, for levering i år eller i 2013. Det er inngått forpliktende avtaler om levering med leverandører for det meste av investeringsrammen. For at nødvendig investeringer ikke skal utsettes har styret gitt administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr til drift for levering i 2013 innenfor en ramme på 200 millioner kroner, jamfør styresakene 43/2012 og 73/2012. Ved utgangen av oktober var det inngått forpliktelser for om lag 130 millioner kroner av denne rammen, herav om lag 90 millioner kroner i medisinskteknisk utstyr.

Anskaffelse av angiografilaboratorium

Eksisterende intervensjonslaboratorium (Philips Integris H5000) H4 ved Kardiologisk avdeling på Ullevål ble tatt i bruk september i 2000. Utstyret, som har en forventet levetid på ca 10 år, er fortsatt i bruk. I løpet av 2012 er det observert en merkbart dårligere billedkvalitet. Dette er nærmere utredet av sykehusets fysikere og det ble konkludert med at det er risiko for sammenbrudd og at nytt utstyr bør anskaffes. Argumentasjonen er i hovedsak knyttet til for høye stråledoser til pasienter og ansatte samt at utredningen bekreftet en stadig forverring av bildekvalitet. Det kan også nevnes at leverandør ikke lenger kan garantere for deler til dagens utstyr etter 2013, slik at en reparasjon av billedsystemet ikke er ansett som et mulig alternativ.

I dag utføres det ca 600 PCI-prosedyrer på intervensjonslaboratorium H4, og en oppgradering er nødvendig for å opprettholde dagens tilbud, og for å kunne øke driften ved laboratoriet. Dette siste knytter seg til at ventelistene for utredning med hjerteangiografi er økende, med stadige brudd på ventelistegarantien.

Investeringskostnadene til anskaffelse og installering av nytt utstyr er beregnet til 11,1 millioner kroner. Administrerende direktør ber om fullmakt til å gjennomføre anskaffelsen forutsatt nødvendig godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP)

Oslo universitetssykehus HF er tildelt 10 millioner kroner i 2012 og ytterligere 10 millioner kroner i 2013 for utvidelse av Regional avdeling for spiseforstyrrelser. I brev fra Helse Sør-Øst RHF står det at tildelingen skal medføre en utvidelse av kapasiteten med til sammen åtte døgnplasser. Dette innebærer at det må gjennomføres investeringer som utvider sengekapasiteten innen RASP. Det er i november startet opp et forprosjekt som vil utarbeide et budsjett i løpet av desember. Et foreløpig estimat tilsier et investeringsbehov på i underkant av 20 millioner kroner.

Midlene er fra Helse Sør-Øst RHF gitt som basisramme, som skal inntektsføres som budsjettetert. I denne saken er imidlertid ikke formålet med tildelingen ivaretatt i 2012. For å kunne finansiere nødvendige investeringer, som er forutsetning for økning av kapasitet, er det derfor søkt om anledning til å omdisponere midler fra drift (basisramme) til investering med 10 millioner kroner i 2012 (hele tildelingen for 2012) og resterende investeringsbehov for 2013.

Trykktank ved Ullevål

Trykktanken ved Oslo universitetssykehus HF ble opprinnelig innkjøpt av Oslo brannvesen/Oslo brann og redningsetat og ble i 1981 installert ved Ullevål sykehus. I 2004 ble trykktanken gitt til Ullevål universitetssykehus, og den driftes i dag av Akuttklinikken i Oslo universitetssykehus HF. Trykktankens opprinnelige formål var særlig knyttet til akutt trykktallsyke og røykskader hos ellers friske personer.

Akutt hyperbar oksygenbehandling i trykkammer er et regionalt ansvar, og Oslo universitetssykehus HF har en 24/7 akuttberedskap for behandling av trykktallsyke, CO-forgiftninger, alvorlige infeksjoner og andre akutte indikasjoner, deriblant behandling av intensivpasienter fra hele Helse Sør-Øst. I tillegg til Oslo universitetssykehus HF er det kun to andre sykehus (Helse Bergen HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF) som har trykkammerberedskap i Norge.

Dagens utstyr og drift av trykktanken oppfyller ikke krav til Europeisk Standard (EN 14931), og det er rapportert om alvorlige risikoforhold knyttet til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Spesielt er det anført at konstruksjonstekniske forhold ved trykktanken er til hinder for tilfredsstillende utbedring av brannsikkerhetsforhold. Dette medfører at behandling i trykktank utføres på meget streng og begrenset indikasjon. Konsekvensen av en slik restriktiv praksis er at noen pasienter som har behov for behandling i trykktank blir avvist.

På bakgrunn av dette er det igangsatt en prosess med å planlegge anskaffelse av et moderne trykkammer som vil oppfylle nevnte krav. Kammeret vil muliggjøre samtidig behandling av inntil 4 pasienter på bære, 2 pasienter i fullt utstyrte intensivsenger eller 12 sittende pasienter. Medisinsk teknisk avdeling ved Oslo universitetssykehus HF har innhentet tilbud på et slikt trykkammer til en totalpris på 16 millioner kroner inkl. mva. Sykehuset ønsker å inngå kontrakt med leverandør Haux GmbH for levering av trykkammeret etter gjennomgang av kravsspesifikasjon og løsning mtp kostnadsreduksjon. Administrerende direktør ber på bakgrunn av dette om fullmakt til å

bestille nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Trykkammeret må plasseres i et eget bygg, der det i tillegg til rom for selve kammeret også etableres arealer for nødvendige støttefunksjoner. Parallelt med anskaffelsesprosessen for kammeret er det derfor startet en mulighetsstudie for å avklare totalt arealbehov og ønsket lokalisering. Når arealbehov er kartlagt og lokalisering er valgt, er planen å gjennomføre et forprosjekt første kvartal 2013 med endelig utforming, tidsplan og investeringsbehov for byggetiltakene.

Omstillingsinvesteringer

Det er fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 mrd kroner. Det pågår også utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått en endelig kostnadsramme, men som alle skal finansieres innenfor rammen på 1,5 mrd kroner (2012-kroner).

I en første pulje ble det igangsatt delprosjekter for 750 millioner kroner. Disse prosjektene er nå enten ferdigstilte eller under gjennomføring. I det finansieringen på 1,5 mrd kroner var sikret ble alle delprosjekter som ikke var igangsatt kvalitetssikret, revurdert og omprioritert i en helhetlig plan som også tok hensyn til nye behov. Samlingen av alle delprosjekter i en helhetlig plan sikrer at flere gjensidige avhengigheter og kvalitetssikring på tvers ivaretas, samt at det tas hensyn til arealutviklingsplanen og andre overordnede planer. Det er deretter suksessivt igangsatt nye puljer av delprosjekter ettersom kvalitetssikring og virksomhetsavklaringer er foretatt.

Ved utgangen av oktober er det påløpt utgifter til omstillingsinvesteringer i år på om lag 260 millioner kroner, mot budsjettet 494 millioner kroner. Fremdriften i omstillingsprosjektene er vurdert på nytt i forbindelse med arbeidet med investeringsbudsjettet for 2013. Estimater for 2012 er redusert til om lag 430 millioner kroner mot budsjettet 570 millioner kroner.

Mammografi Aker (Helsearena Aker)

Mammografiscreeningen i Oslo foregår i dag i Galleriet i Oslo sentrum. Det betales en årlig husleie på 1,5 millioner kroner (3 750,- pr. m²). Beliggenheten framstår i dag som lite attraktivt, og Oslo-screeningen sliter med et for dårlig oppmøte (ca 70 pst). Det ligger i både klinikkens planer og i planene for utvikling av Aker til samhandlingsarena, et ønske om at denne virksomheten flyttes til Aker. En plassering på Aker vil medføre at tilbudet blir lagt sentralt i de bydelene i Oslo som har høyest prosent innvandrere og muligheten for å kunne øke oppmøteprosenten blant innvandrerkvinnene vil være tilstede. Det er på denne bakgrunn utarbeidet et forprosjekt hvor det beskrives en hensiktsmessig arealløsning for dette i tråd med plan for arealdisponering på Aker. Mammografiscreeningen foreslås etablert i arealer i bygg 2, u.etc. (ved innkjøring fra Trondheimsveien). Arealene er lett tilgjengelig med kort vei til offentlig kommunikasjon, direkte inngang fra bakkenivå og parkeringsplasser utenfor inngangen. Størrelsen ansees hensiktsmessig (480 m²) og plasseringen vil gi en god planløsning for tre røntgenapparater og tilhørende fasiliteter. I deler av arealet har det tidligere vært laboratorier, og i dette området er det nødvendig å gjøre en full ombygging inkludert teknisk oppgradering. Øvrig areal pusses opp i varierende grad og baseres på eksisterende infrastruktur. Arealene vil, ved beslutning om gjennomføring primo desember, kunne stå ferdig til sommeren 2013. Kostnad for tilrettelegging av arealet er 15 millioner kroner. Årsaken til den relativt høye

prosjektkostnaden er i hovedsak knyttet til byggets alder (1970) og dårlig forfatning på teknisk infrastruktur. Administrerende direktør ber på denne bakgrunn om fullmakt til å gjennomføre prosjektet med en investeringsramme på 15 millioner kroner som dekkes av ramme til omstillingsinvesteringer.

4.7. Likviditet

Ved utgangen av oktober var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF på 2.534 millioner kroner mot budsjettet 3.226 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 580 millioner kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med om lag 110 millioner kroner. Det positive avviket på kontantstrøm fra drift ved utgangen av oktober forklares i stor grad med at reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring AS ikke var betalt som forutsatt. Fakturaen er nå mottatt og betalt i november. I tillegg har betaling av arbeidsgiveravgift vært lavere enn budsjettet, og det er store endringer i kundefordringer og i kortsiktig gjeld. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling av investeringer.

Estimatet for benyttet driftskreditt ved utgangen av året er om lag 3.070 millioner kroner mot budsjettet 3.170 millioner kroner. Forskjellen skyldes flere forhold. Forventet negativt resultatavvik trekker isolert sett i retning av økt behov for driftskreditt. På den annen side forventes det nå betydelige forskyvninger i tidspunktene for en rekke større inn- og utbetaling i forhold til det som var lagt til grunn i likviditetsbudsjettet. Dette gjelder blant annet endring i praksis for a konto-fakturering knyttet til regionalt gjestepasientoppgjørskontor, forventning om at finansieringen av omstillingsinvesteringer i desember 2012 blir betalt i 2013 og kontanteffekt av lønnsoppgjøret.

Til tross for at estimatet for benyttet driftskreditt ved utgangen av 2012 er om lag som budsjett forventes det at likviditetsbehovet i perioder kan bli større enn bevilget driftskredittramme. Dette må løses ved at Helse Sør-Øst RHF midlertidig øker driftskreditrammen.

5. Bemanning, sykefravær

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF var relativt stabilt i første halvår, men økte i juli med om lag 280 månedsverk knyttet til ferieavvikling mv. Fra juli til september var det kun mindre endringer. I oktober og november reduseres brutto månedsverk med hhv 85 og 38, til 17.093. Gjennomsnittlig antall månedsverk i 2012 er 17.052. Sammenlignet med 2011 er gjennomsnittlig nivå for brutto årsverk knyttet til ordinær drift redusert med 246 pr november 2012. Denne reduksjon er betydelig mindre enn forutsatt både i budsjett og prognose. Noe av dette skyldes planlagt økning innenfor plastikkirurgi (12 årsverk ansatt hittil) knyttet til arbeidet med reduksjon av ventelister for brystrekonstruksjoner. Det er betydelige variasjoner mellom klinikkene. Klinikken for kirurgi og nevrofag, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Hjerte-, lunge- og karklinikken og Akuttklinikken er fortsatt underlagt sentralt stillingsutvalg og er gjenstand for særskilt oppfølging. Klinikkenes bemanningsutvikling per november ble gjennomgått i oppfølgingsmøter i uke 46.

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, blant annet innenfor følgende områder:

- 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

Avvik i forhold til budsjett for bemanning må sees på bakgrunn av at:

- Det er noe udisponerte midler i budsjettet mv som det ikke er knyttet årsverk til. Dette kompenserer 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.

5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den enkelte stillingsgruppes andel av totalt antall månedsverk er relativt stabil når man sammenligner 2011 med 2012. Leger øker noe (relativ andel fra 12,7% til 13,3% for året under ett), men endringen må ses i sammenheng med økning i antall årsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger, som gir en teknisk økning på ca 65 årsverk.

5.3 Innleie av helsepersonell

Gjennomsnittlig innleide månedsverk er hittil i år er 162 per måned (per oktober 2012). Dette er en reduksjon på 16 månedsverk sammenlignet med tilsvarende periode i 2011. Tall for september (ref. forrige rapportering) er justert til 179 månedsverk på grunn av etterregistrering. I oktober er tallet for innleie av helsepersonell 158 månedsverk.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i innleie de seks siste måneder i 2012:

	201205	201206	201207	201208	201209	201210
Månedsverk innleie per måned	152	182	231	158	179	158

Innleie av helsepersonell benyttes i hovedsak for å sikre særlig kritisk komeptanse og utviklingen i 2012 må sees i sammenheng med sesongvariasjoner og aktivitetsnivå i sommermånedene.

5.4 Sykefravær

Per september 2012 er sykefraværet for året 7,5 pst, fordelt på 2,5 pst korttidsfravær og 5,0 pst langtidsfravær. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 er dette 0,1 pst lavere.

Siden forrige rapportering er det avdekket en programmeringsfeil i rapporteringssystemet, som nå er korrigert. Denne feilen medførte underrapportering av langtidsfravær. Oppgitte tall her er korrigert for dette. Korrigeringen medfører i snitt 0,3-0,4 pst høyere sykefravær enn vi så langt har trodd. Økningen rammer svært ulikt i ulike måneder, med stor effekt i sommermånedene og mindre effekt i øvrige måneder.

Ved enheter som har hatt særskilt høyt sykefravær er det iverksatt målrettede tiltak for å bedre sykefraværet. Dette har gitt positive utslag og tiltak og klinikkene fremhever rekrutteringstiltak for å sikre bemanning i utsatte yrkesgrupper, et fortsatt sterkt fokus på

oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær, i tillegg til oppfølging av langtidssykmeldte og gravide arbeidstakere. Samarbeidet mellom avdeling, HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen står sentralt i håndtering av arbeidsrelatert fravær. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

Intern resultatrapport- vedlegg til styresak 82/2012

Oslo universitetssykehus HF

Rapportering per oktober 2012
(Bemanning til og med november)

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 klinikkens avvik
- 3.5 Tiltaksrapportering

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto månedsverk (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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern
VOP: Voksenpsykiatri
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

AKKUMULERT PER OKTOBER	Status per OKTOBER			Endring fra 2011	
	Resultat	Avvik	Avvik i %	i antall	i %
Klinikk					
Medisinsk klinikk	23 493	1 369	6,2 %	-1 082	-4,4 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	45 748	68	0,1 %	-1 170	-2,6 %
Kvinne- og barneklubben	28 954	761	2,7 %	-25	-0,1 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	46 069	194	0,4 %	-706	-1,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	26 398	-140	-0,5 %	642	2,5 %
Akuttklubben	3 478	700	25,2 %	685	24,5 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	103	71	221,9 %	-15	-12,7 %
Stab, Utenlandskontoret	81	81		12	17,4 %
Biologiske legemidler	1 685	-15	-0,9 %	-	
Fellesposter	2	979	-100,2 %	-75	-97,4 %
SUM	176 011	4 068	2,4 %	-1 734	-1,0 %

Merknader:

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

2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapportering Okt 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
		VOP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	126	93	33	35,5 %	1 150	892
	Liggedøgn	6 676	6 634	42	0,6 %	63 878	63 143	735	1,2 %
	Dagopphold	76	0	76		529	0	529	
	Polikliniske konsultasjoner	9 086	6 651	2 435	36,6 %	69 543	58 534	11 009	18,8 %
BUP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	6	9	-3	-33,3 %	75	76	-1	-1,3 %
	Liggedøgn	281	407	-126	-31,0 %	3 021	3 796	-775	-20,4 %
	Dagopphold	215	295	-80	-27,1 %	2 252	2 482	-230	-9,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 165	5 052	-887	-17,6 %	37 126	40 593	-3 467	-8,5 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	223	191	32	16,8 %	2 291	1 903	388	20,4 %
	Liggedøgn	2 186	2 373	-187	-7,9 %	23 488	23 434	54	0,2 %
	Dagopphold	48	266	-218	-82,0 %	546	1 597	-1 051	-65,8 %
	Polikliniske konsultasjoner	579	844	-265	-31,4 %	6 846	8 015	-1 169	-14,6 %

Forkortelser:

VOP: Voksenpsykiatri

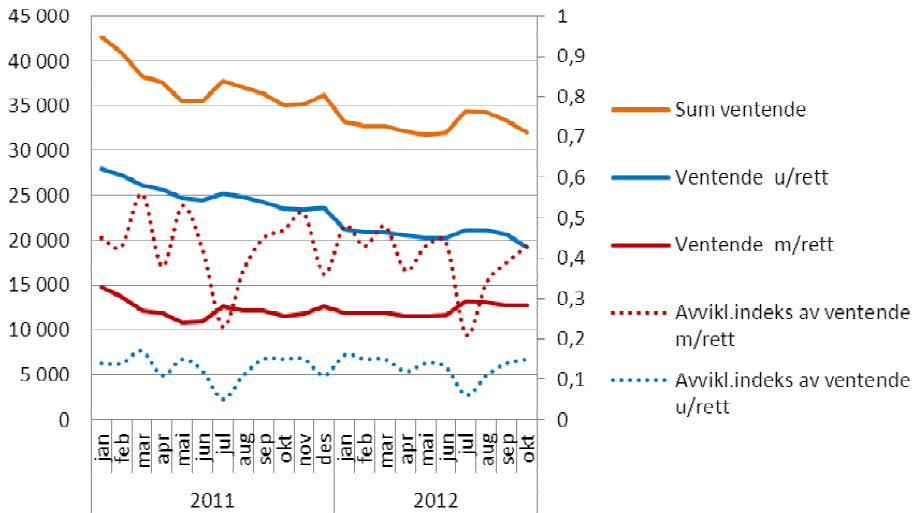
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

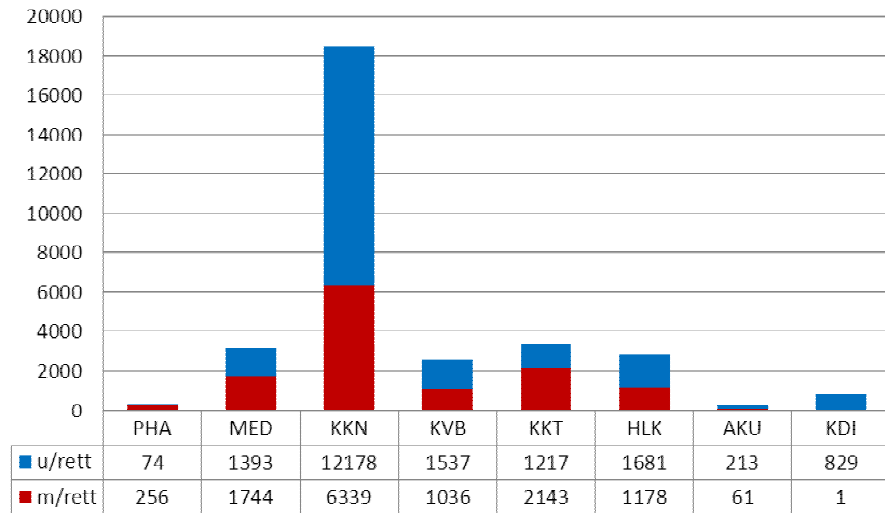
2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende

Øyeblikkstill = 31.10.12

Ventende og avvikl.indeks 2011-2012 OUS



Ventende per klinikk 31.10.2012

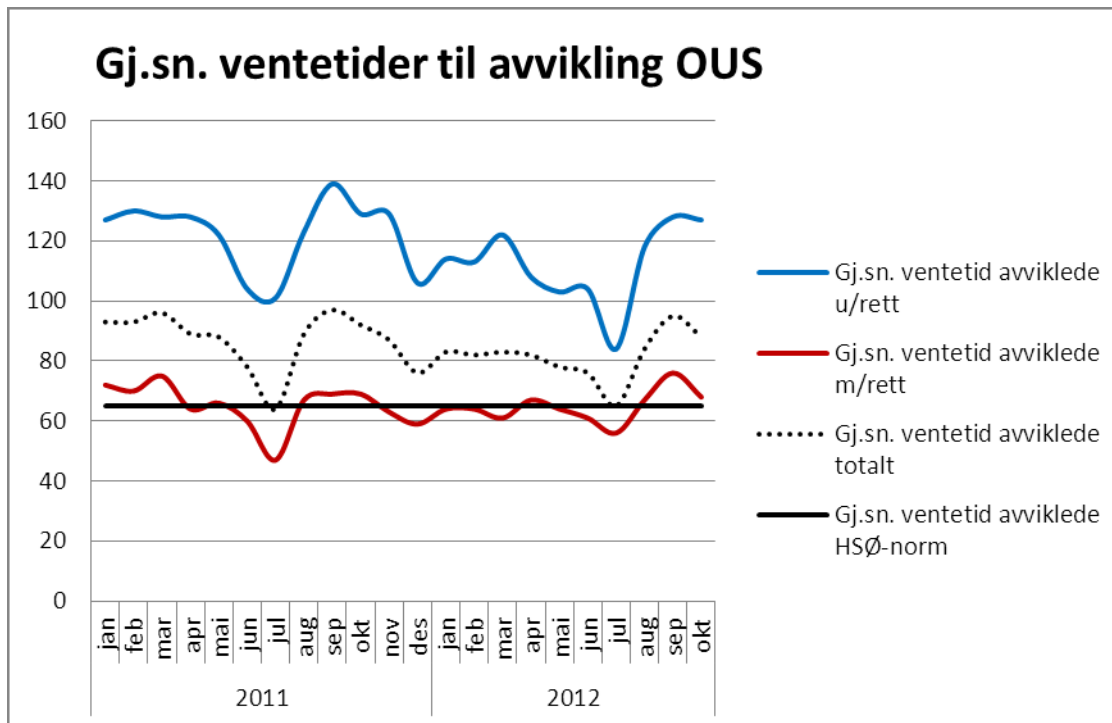


Sum ventende	2011												2012									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt
PHA	535	501	509	447	447	457	484	441	410	395	391	459	285	310	295	305	330	307	367	345	313	330
MED	4 667	4 525	4 238	4 022	3 760	3 808	4 036	4 036	3 862	3 714	3 772	3 801	3 147	3 110	3 126	3 094	2 922	3 053	3 520	3 729	3 689	3 137
KKN	21 002	20 266	18 849	18 694	18 059	18 329	19 432	19 186	19 023	18 544	18 665	19 015	19 247	19 231	19 138	18 869	18 991	19 037	19 884	19 792	19 688	18 517
KVB	4 400	4 227	4 074	3 925	3 641	3 509	3 640	3 526	3 315	3 191	3 232	3 454	2 414	2 329	2 238	2 267	2 173	2 123	2 487	2 382	2 223	2 573
KKT	5 199	4 826	4 337	4 296	3 922	3 812	4 226	4 017	3 994	3 737	3 803	4 011	3 449	3 435	3 500	3 428	3 336	3 398	3 617	3 413	3 219	3 360
HLK	3 575	3 346	3 038	3 169	2 968	3 053	3 364	3 284	3 205	3 039	2 964	3 066	3 082	2 932	3 022	2 863	2 786	2 887	3 229	3 288	2 929	2 859
AKU	607	602	608	587	544	510	522	514	536	494	465	504	416	409	372	330	266	236	263	278	301	274
KDI	1 468	1 475	1 485	1 414	1 125	1 034	1 084	1 170	1 081	1 008	1 053	1 022	963	855	862	857	873	880	902	918	914	830
Sum klinikker	41 453	39 768	37 138	36 554	34 466	34 512	36 788	36 174	35 426	34 122	34 345	35 332	33 003	32 611	32 553	32 013	31 677	31 921	34 269	34 145	33 276	31 880



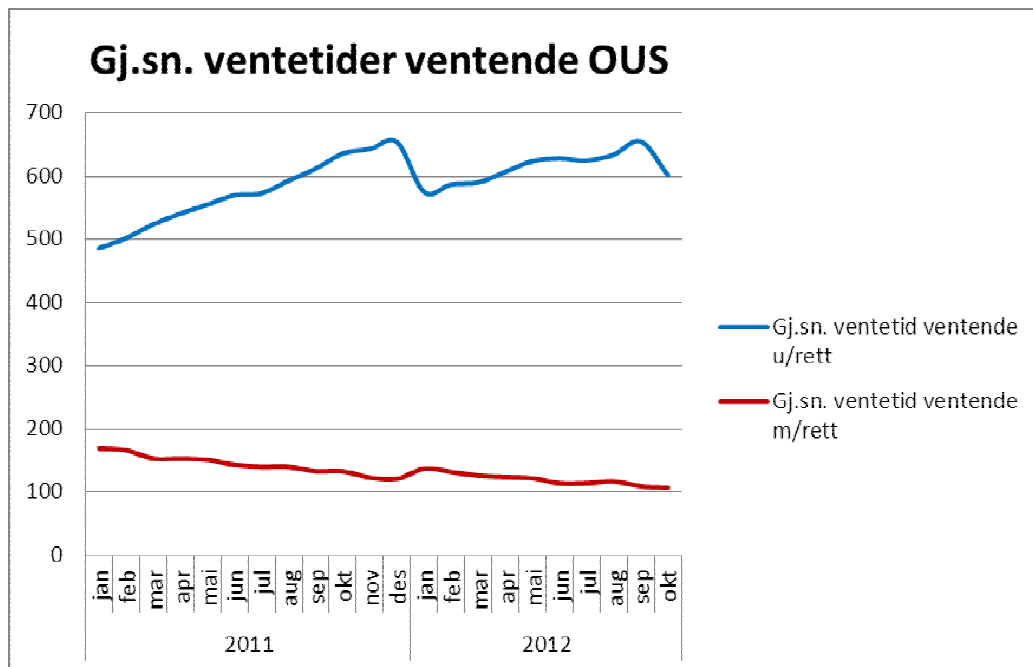
2.3 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

Periodetall per 31.10.12



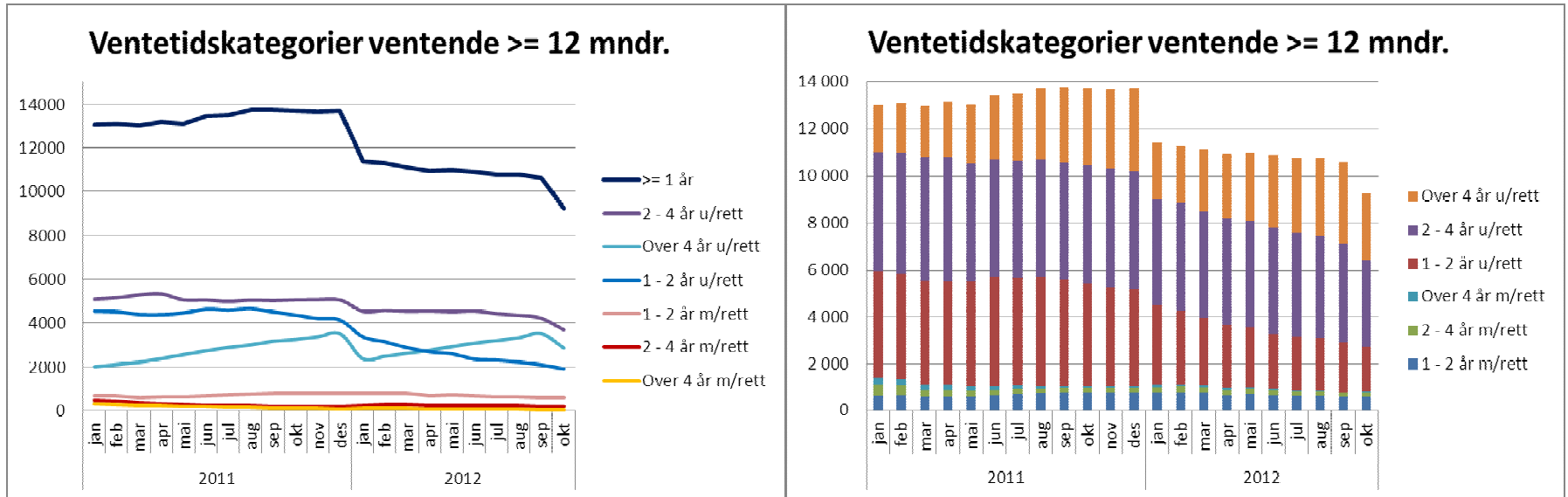
Gj.sn. v.tid til avvikling	2011												2012									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt
PHA	57	51	58	48	46	51	45	42	52	45	39	43	44	63	39	37	38	38	36	47	45	34
MED	69	70	65	60	73	56	51	71	99	81	67	55	75	74	72	61	62	57	41	55	63	64
KKN	118	124	126	124	113	102	93	118	118	121	119	102	106	101	108	110	112	106	95	119	137	131
KVB	72	59	62	62	69	55	35	64	68	59	68	52	70	66	56	61	60	58	40	66	65	60
KKT	77	72	75	68	65	56	46	68	72	72	57	56	56	60	54	60	55	58	50	60	66	60
HLK	148	152	154	136	141	132	110	146	167	147	140	141	141	134	124	119	108	88	122	130	142	117
AKU	97	114	131	187	131	111	114	132	122	123	106	98	90	107	99	111	87	98	73	97	95	90
KDI	65	50	53	43	46	43	59	42	43	35	42	35	39	28	42	44	39	25	25	54	38	40

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	sep	okt
PHA	116	118	108	127	132	127	130	146	137	152	159	143	59	41	38	42	40	40	45	44	40	38
MED	361	371	385	403	421	414	388	395	398	399	387	388	215	202	184	187	191	180	178	178	180	105
KKN	433	449	478	491	515	520	513	534	546	568	570	575	565	576	587	602	609	615	606	622	631	594
KVB	367	388	402	421	447	464	467	490	514	539	532	512	231	216	208	209	213	196	189	191	198	171
KKT	194	190	174	174	172	174	168	168	154	150	142	138	122	119	111	114	111	102	108	94	81	57
HLK	225	224	222	216	210	197	199	205	192	195	188	183	178	174	158	165	164	159	160	158	150	146
AKU	322	321	317	327	352	375	384	392	382	401	423	405	106	105	92	96	92	73	89	78	72	73
KDI	539	535	539	581	428	465	456	435	476	522	515	547	574	622	589	603	589	596	611	622	620	556

2.3 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

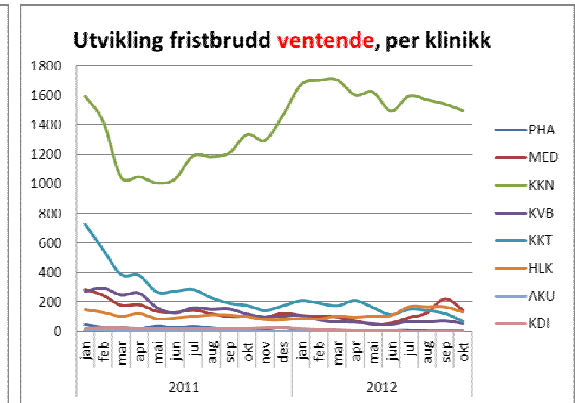
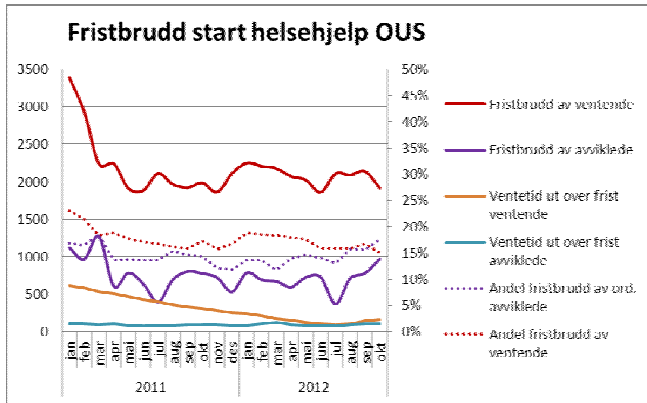


Antall ventet ≥ 1 år	2011												2012									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt
PHA	39	40	34	39	41	40	41	46	42	45	48	44	7	1	1	1	1	2	1	1	0	0
MED	1310	1327	1336	1290	1254	1210	1079	1079	1011	939	930	920	479	487	455	427	414	397	404	400	405	168
KKN	7823	7936	7921	8037	8198	8454	8555	8731	8866	8951	9002	9064	9115	9210	9242	9159	9292	9326	9226	9344	9327	8350
KVB	1012	1037	1095	1158	1221	1280	1292	1346	1340	1354	1335	1340	466	407	357	351	339	288	285	265	265	229
KKT	574	544	480	458	416	436	445	440	403	361	339	327	280	283	260	265	249	228	220	167	167	29
HLK	643	603	520	526	485	487	514	490	457	443	414	407	383	350	304	279	283	272	262	218	132	133
AKU	114	113	116	115	118	123	125	129	131	127	128	129	11	12	11	10	9	4	4	2	2	1
KDI	683	679	671	679	445	470	474	506	532	528	537	533	531	479	438	437	414	420	426	430	408	302
Sum	12198	12279	12173	12302	12178	12500	12525	12767	12782	12748	12733	12764	11272	11229	11068	10929	11001	10937	10828	10827	10706	9212

Status ventende 1-4 år per okt

Antall ventende 1-4 år per fagområde	August	September	Oktober	Endring april -	Endring siste	Måltall OKT	Avvik ifht måltall
				OKT	måned		
010 Generell kirurgi	13	11	6	-6	-5	-	-6
020 Barnekirurgi (under 15 år)	15	14	11	1	-3	-	-11
030 Gastroenterologisk kirurgi	22	21	12	-10	-9	6	-6
040 Karkirurgi	87	20	25	-79	5	-	-25
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	2 248	2 148	1 828	-495	-320	1 702	-126
060 Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)	6	6	6	2	0	-	-6
070 Urologi	14	6	5	-10	-1	20	15
080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom	49	38	42	-4	4	17	-25
090 Plastikk-kirurgi	1 499	1 543	1 550	107	7	1 251	-299
100 Nevrokirurgi	276	266	256	-33	-10	217	-39
110 Generell indremedisin	34	32	33	-2	1	-	-33
120 Blodsykdommer (hematologi)	7	8	-	-9	-8	-	0
130 Endokrinologi	49	49	44	-4	-5	-	-44
140 Fordøyelsesykdommer	13	18	15	-4	-3	40	25
150 Hjertesykdommer	147	132	120	-89	-12	80	-40
160 Infeksjonssykdommer	2	1	-	-2	-1	-	0
170 Lungesykdommer	11	11	11	1	0	-	-11
180 Nyresykdommer	5	3	3	-50	0	-	-3
190 Revmatiske sykdommer (revmatologi)	2	2	2	0	0	-	-2
200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	9	11	11	-32	0	6	-5
210 Anestesiologi	3	3	2	-9	-1	-	-2
220 Barnesykdommer	183	185	175	-65	-10	50	-125
240 Hud og veneriske sykdommer	14	2	-	-19	-2	35	35
250 Nevrologi	1 361	1 321	1 271	-283	-50	1 461	190
260 Klinisk nevrofysiologi	2	2	1	-1	-1	-	-1
290 Øre-nese-hals sykdommer	463	396	340	-272	-56	471	131
300 Øyesykdommer	221	230	226	9	-4	90	-136
340 Transplantasjon, utredning og kirurgi	-	-	-	-4	0	-	0
350 Geriatri	11	14	-	-25	-14	-	0
840 Medisinsk genetik	240	202	137	-136	-65	200	63
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	9	8	2	-5	-6	-	-2
Sum for fagområder som inngår i måltall HSØ	7 006	6 695	6 132	-1 528	-569	5 646	-488

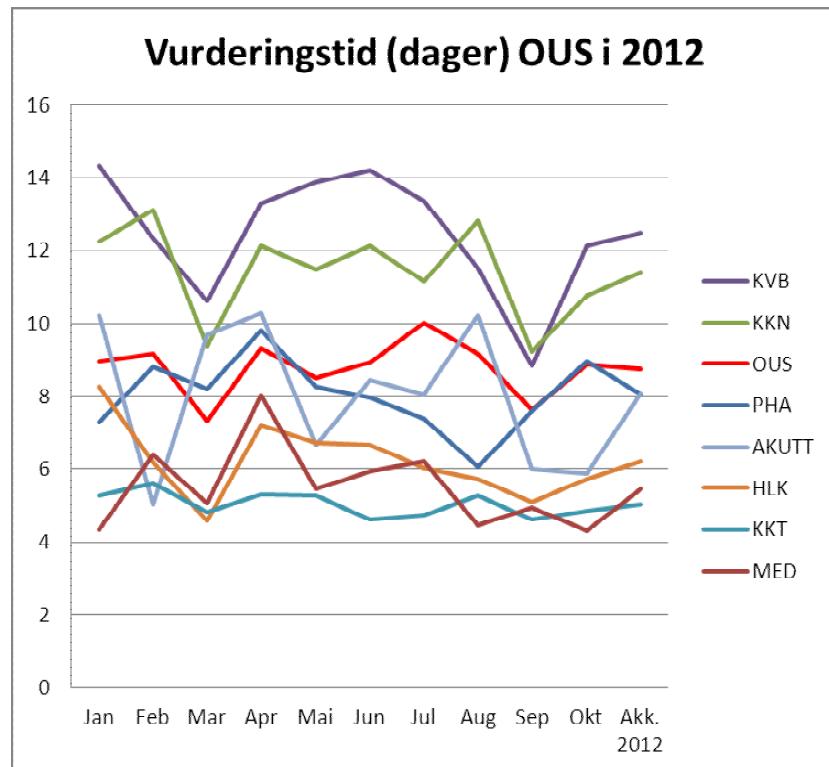
2.4 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2011												2012									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt
PHA	47	34	28	27	22	22	22	26	18	16	18	13	21	14	6	7	11	6	5	8	10	7
MED	167	173	161	100	125	78	38	79	94	66	67	75	105	78	74	80	59	67	26	74	97	184
KKN	450	387	599	206	268	244	109	287	338	358	369	265	349	346	335	307	350	416	174	342	415	470
KVB	113	72	104	72	121	110	49	60	73	91	66	31	66	52	37	33	45	29	23	30	38	56
KKT	264	251	310	157	172	122	128	182	196	168	142	99	166	129	136	120	175	147	96	155	112	134
HLK	72	43	59	36	68	60	46	55	83	77	57	46	76	70	79	45	83	62	45	98	107	119
AKU	1	1	2	3	4	0	2	2	0	1	1	0	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0
KDI	3	3	3	4	2	1	0	2	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Sum	1117	964	1266	605	782	637	394	693	802	777	721	530	786	690	670	595	724	728	370	708	780	970

Fristbrudd ventende	2011												2012									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt
PHA	47	30	27	19	38	26	36	25	17	21	19	28	12	10	3	4	7	11	12	6	5	5
MED	285	246	178	182	138	131	148	122	101	101	96	126	110	104	97	74	51	59	95	127	223	146
KKN	1595	1421	1044	1049	1006	1034	1191	1184	1210	1335	1296	1468	1673	1701	1705	1602	1621	1493	1596	1570	1541	1497
KVB	273	294	248	260	161	128	162	152	154	120	97	105	110	80	68	64	56	50	70	68	75	56
KKT	728	554	386	380	267	274	284	230	192	176	145	175	209	193	174	210	163	115	153	145	123	70
HLK	151	131	104	122	87	92	103	113	112	100	82	81	90	86	103	96	104	109	168	167	167	134
AKU	9	9	7	4	4	3	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	3	2	1	2
KDI	21	23	25	22	22	21	19	19	19	21	23	25	20	15	13	12	12	11	2	1	0	1
Sum	3109	2708	2019	2038	1723	1709	1944	1845	1805	1874	1758	2010	2225	2190	2164	2062	2015	1848	2099	2086	2135	1911

2.5 Gjennomsnittlig vurderingstid fra mottak henvisning til ferdig vurdert



Vurderingstid	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Akk. 2012
PHA	7,3	8,8	8,2	9,8	8,3	8,0	7,4	6,1	7,6	8,9	8,1
MED	4,3	6,4	5,1	8,0	5,5	5,9	6,2	4,4	4,9	4,3	5,5
KKN	12,2	13,1	9,4	12,1	11,5	12,1	11,2	12,8	9,2	10,8	11,4
KVB	14,3	12,3	10,6	13,3	13,9	14,2	13,4	11,5	8,8	12,1	12,5
KKT	5,3	5,6	4,8	5,3	5,3	4,6	4,7	5,3	4,6	4,9	5,0
HLK	8,3	6,2	4,6	7,2	6,7	6,7	6,0	5,7	5,1	5,7	6,2
AKUTT	10,2	5,0	9,7	10,3	6,6	8,5	8,1	10,2	6,0	5,9	8,1
KDI	3,8	5,7	10,2	3,5	2,9	6,9	41,6	27,0	23,0	28,5	15,0
OUS	9,0	9,2	7,3	9,3	8,5	8,9	10,0	9,2	7,6	8,9	8,7

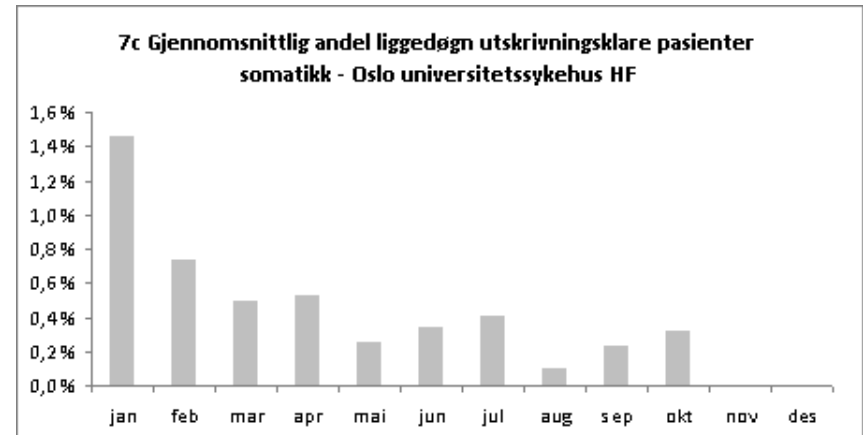
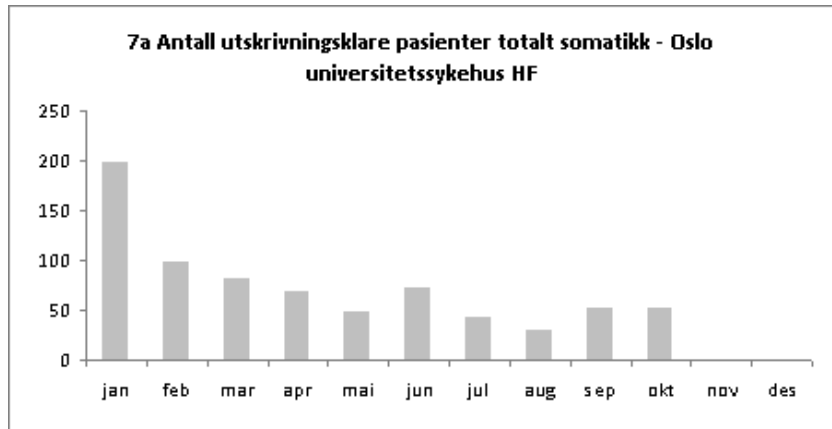
Kommentar: Rapporteringen inneholder også mottatte viderehenvisninger i spesialisthelsetjenesten

2.6 Andre styringsparametre

Månedlige styringsparametere	Juli	Aug	Sept	Okt	HiÅ F2012
5a Andel korridorpasienter - somatikk	0,7 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	43	29	52	51	743
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	131	34	97	134	2 008
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	18	22	15	18	200
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	491	509	362	395	4 655
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	8,1 %	8,2 %	5,5 %	5,9 %	7,3 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	8	8	7	8	8
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0	0

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			
	Okt	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	899 363	899 363	0	0,0 %	8 628 892	8 628 892	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	519 714	505 539	14 174	2,8 %	4 872 791	4 868 376	4 415	0,1 %
Andre inntekter	153 019	152 113	906	0,6 %	1 415 764	1 324 197	91 567	6,9 %
Sum driftsinntekter	1 572 096	1 557 016	15 080	1,0 %	14 917 447	14 821 465	95 981	0,6 %
Lønn -og innleiekostnader	1 127 965	1 072 259	55 706	-5,2 %	10 640 213	10 306 139	334 073	-3,2 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	212 477	209 630	2 847	-1,4 %	2 032 039	2 005 113	26 926	-1,3 %
Andre driftskostnader	251 568	271 081	-19 513	7,2 %	2 594 626	2 727 323	-132 697	4,9 %
Sum driftskostnader	1 592 010	1 552 971	39 039	-2,5 %	15 266 877	15 038 575	228 302	-1,5 %
Driftsresultat	-19 914	4 045	-23 959	1,5 %	-349 430	-217 110	-132 321	-0,9 %
Netto finans	-4 200	-10 242	6 042	59,0 %	-80 926	-77 923	-3 003	-3,9 %
Resultat OUS	-24 114	-6 197	-17 917	-1,1 %	-430 357	-295 033	-135 324	-0,9 %

Kommentar: I resultat hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mill kroner og avsetning for anbefalt avkorting fra Avregningsutvalget knyttet til flere konsultasjoner samme dag med 20 mill kroner for 2011 og 18 mill kroner for 2012. I tillegg kommer estimat for feil rapportering av utførende helsepersonell med 6 mill kroner for 2012.

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

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	8 628 892	8 628 892	0	i/a
ISF egne pasienter	1 730 949	1 629 457	101 492	De totale ISF-inntektene er omtrent 5,5 mill høyere enn budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet somatikk. ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom øvrige ISF-inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettet. I resultatet inngår også tapsføring knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag, med 38 mnok (herav 20 mnok knyttet til 2011) og feil rapportert utførende helsepersonell, med 6,3 mnok.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	212 997	329 467	-116 470	
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	480 313	459 584	20 729	
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	25 752	25 981	-229	
Utskrivningsklare pasienter	4 313	20 320	-16 007	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er lavere enn budsjettet, og per oktober er det et negativt budsjettavvik på 16 mill kroner. Aviket forventes å øke.
Gjeste pasienter	411 719	398 831	12 888	Gjestepasientinntektene er noe høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
Salg av konserte mte helse tjene ster (gjeste pasienter)	1 667 985	1 670 482	-2 498	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe lavere enn budsjettet. Deler av dette relateres til forhold fra tidligere år (kurdøgn SSE).
Polikliniske inntekter	338 763	334 254	4 509	De polikliniske inntektene er 4,5 mnok høyere enn budsjettet. Dette gjelder i hovedsak laboratorie- og radiologiområdet.
Øremerkede tilskudd raske re tilbake	36 023	19 029	16 994	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Halvparten av aviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	741 794	759 650	-17 856	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn periodisert budsjett, men må sees i sammenheng med merinntekt under andre driftsinntekter.
Andre driftsinntekter	637 947	545 518	92 429	I avik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettet. Deler av aviket er relatert til aktivitet med ekstern finansiering og må ses i sammenheng med avik for andre øremerkede tilskudd.
	14 917 447	14 821 465	95 981	
Kjøp av off helse tjene ster	63 768	62 924	844	Avik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en merkostnad på om lag 6,3 mnok. Hoveddelen av aviket skyldes kostnader til behandling i utlandet (utenlandskontoret). Se brev sendt 31.10 om dette.
Kjøp av private helse tjene ster	181 949	176 432	5 517	
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	1 748 237	1 716 781	31 456	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. De fleste klinikkene har høyere varekostnader enn budsjettet. Deler av ufordelte budsjettmidler er budsjettet under varekostnader, og merkostnadene på klinikk utgjør tilsammen 85 mnok. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre implantater. Dette relateres delvis til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Deler av aviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	115 451	71 350	44 101	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Sammenlinget med fjoråret er innleiekostnadene redusert. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere. Innenfor andre områder, som for eksempel nyfødt, skyldes aviket delvis høy aktivitet.
Kjøp av konserte mte helse tjene ster (gjeste pasienter)	38 085	48 975	-10 891	Per oktober er det lavere kostnader til kjøp av konserninterne gjestepasienter - 10,9 mnok. Hoveddelen av aviket er innenfor somatikken.
Lønn til fast ansatte	6 917 029	6 731 714	185 315	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 289 mnok. Aviket skyldes vesentlig høyere bemanning enn budsjettet, hvorav noe kan relateres til høyere aktivitet. De økte pensjonskostnadene for 2012 er underfinansiert med 40 mnok hvorav 33 mnok per september Dette gir tilsvarende avik innenfor lønnsområdet for øvrig, vesentlig for overtid og ekstrahjelp. Avik for overtid/ekstrahjelp finansieres i stor grad av at sykelønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet.
Overtid og ekstrahjelp	846 145	710 610	135 535	
Pensjon	2 031 695	2 031 695	0	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-501 319	-400 141	-101 178	
Annen lønn	1 231 211	1 160 911	70 300	
Avskrivninger	654 734	666 666	-11 932	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktageelse.
Nedskrivninger	33	0	33	i/a
Andre driftskostnader	1 939 859	2 060 657	-120 798	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene omlag 41 mnok lavere enn budsjettet. Videre er det noe forsiktig budsjettering. Øvrige driftskostnader er noe lavere enn budsjettet hittil i år. IKT-kostnadene er lavere enn budsjettet, men det knytter seg fortsatt usikkerhet til endelige IKT-kostnader for 2012.
	15 266 877	15 038 575	228 302	
Finansinntekter	-1 781	20 049	-21 830	Aviket skyldes mindreinntekt på investering av datterselskap på om lag 5 mnok, samt effekt av interne elimineringsrelatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader).
Finanskostnader	79 145	97 972	-18 827	Rentekostnadene er nesten 18,8 mnok lavere enn budsjettet. Dette skyldes at rentesatsen for 2. halvår er lavere enn det som er forutsatt i budsjettet.
Netto finans	80 926	77 923	3 003	
TOTALT	-430 357	-295 033	-135 324	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Okt 2012	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-236	0	-236	-0,2 %	15 788	0	15 788	1,1 %
Medisinsk klinikk	-1 838	0	-1 838	-2,1 %	-21 852	0	-21 852	-2,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-17 352	0	-17 352	-10,3 %	-117 416	0	-117 416	-7,6 %
Kvinne- og barneklubben	1 631	0	1 631	1,3 %	-4 227	0	-4 227	-0,4 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-17 358	0	-17 358	-9,0 %	-142 400	0	-142 400	-8,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-13 621	0	-13 621	-16,3 %	-87 072	0	-87 072	-11,2 %
Akuttklubben	-7 470	0	-7 470	-4,2 %	-83 429	0	-83 429	-4,8 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 198	0	1 198	0,7 %	21 397	0	21 397	1,4 %
Oslo sykehusservice	3 688	0	3 688	2,4 %	24 749	0	24 749	1,6 %
Konsern	2 153	796	1 357	-	3 245	8 171	-4 926	-
Fellesposter	16 180	-6 993	23 174	8,8 %	-103 801	-303 207	199 406	-5,8 %
Direktørensstab	8 914	0	8 914	9,4 %	64 664	0	64 664	6,8 %
Sum OUS	-24 114	-6 197	-17 917	-1,1 %	-430 356	-295 033	-135 324	-0,9 %

Rapportering Okt	Denne periode				Hittil i år			
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Økonomisk resultat								
Somatikk	-54 811	0	-54 811	-5,9 %	-435 000	0	-435 000	-4,6 %
Psykisk helsevern og rus	-236	0	-236	-0,2 %	15 788	0	15 788	1,1 %
Stab og Oslo sykehusservice	12 599	0	12 599	4,9 %	89 411	0	89 411	3,6 %
Fellesposter mv	18 333	-6 197	24 531	12,4 %	-100 556	-295 033	194 480	10,8 %
Sum OUS	-24 114	-6 197	-17 917	-1,1 %	-430 356	-295 033	-135 324	-0,9 %

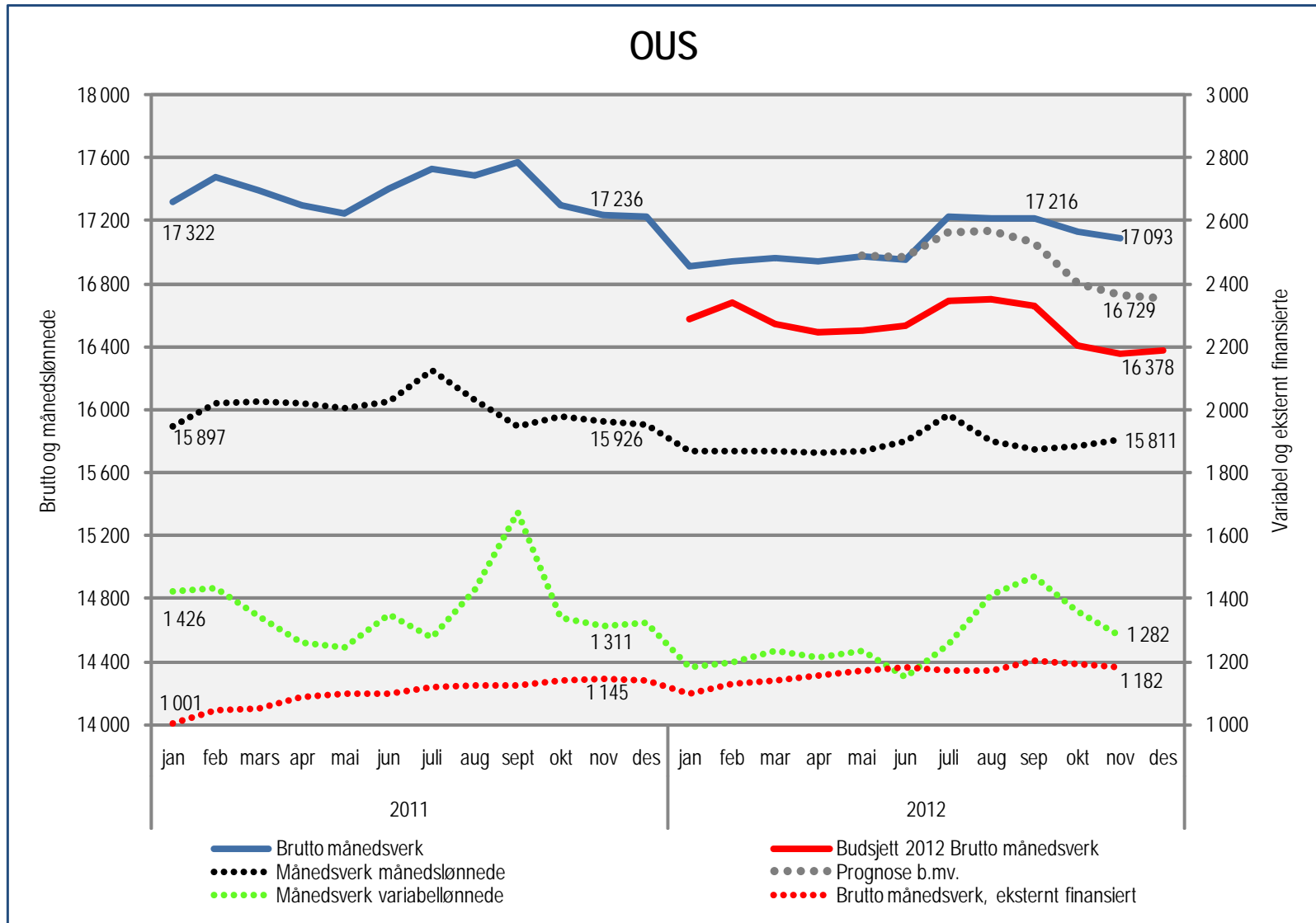
3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per oktober

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 15,8	Regnskapet viser totalt sett et negativt budsjettavvik på 0,2 mnok for perioden og et positivt akkumulert avvik på 15,8 mnok. 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 oppnå budsjettbalanse.
Medisinsk klinikk	- 21,9	Resultat for klinikken hittil i år er litt bedre enn forventet. Dette forklares med (1) usaldert per oktober på 22,5 mnok, (2) utfordring tilknyttet til UK meldte. Avviket hittil i år er på ca 7,1 mnok og (3) overforbruk på prosjekt helsearena Aker på 1,4 mnok. Disse tre faktorene tilsier at klinikken burde gått med et overforbruk hittil i år på ca 31 mnok. Men avviket hittil i år er bare på ca 21,8 mnok. Dette kan tyde på klinikken har lavere marginalkostnader tilknyttet mer aktiviteten.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 117,4	Klinikken har et merforbruk på 17 mnok i oktober. Avviket er knyttet til høye lønnskostnader (100 mnok) og merforbruk på varekostnader. Det var høyed høye innleiekostnader også i oktober. Det er særlig Nevrokirurgisk avdeling som har økt sine innleiekostnader de siste månedene. Det er knyttet til et meget høyt belegg på sengepostene og spesielt på RH. Aktiviteten per oktober er noe høyere enn budsjettet.
Kvinne- og barneklubben	- 4,2	I september forbedret klinikken resultatet med 1,6 mnok. De viktigste forklaringene er høy aktivitet som har gitt en merinntekt på 5,2 mnok. Samtidig er det merforbruk på innleie på 1,5 mnok (hovedsakelig hos nyfødt) og merforbruk på lønn på 1,5 mnok. Hittil i år har klinikken et negativt avvik på ca -4,2 mill. Justert for Nyfødtscreeningen og budsjettekniske forhold er det reelle resultatet pr okt rundt kr -10,5 mnok.
Kreft-, kirurgi og tansplantasjonsklinikken	- 142,4	Det er fremdeles svært store avvik i klinikken. Spesielt for oktober er et avvik knyttet til gjestepasientinntekter for laboratorietjenester. Dette skyldes en feil i budsjetteringen. Avvikene på varekostnader og personalkostnader er noe mindre enn i de foregående periodene.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 87,1	Klinikken har et forverret resultat på ca 13,6 mnok i oktober. Dette skyldes lavere aktivitet samt høyere personalkostnader de siste to mnd. Av dette utgjør udef. ca 3,3 mnok. Klinikken er i gang med den stor omstillingen på TKA, men er betydelig forsinket i prosess. har 35 mill liggende på udefinert uten vedtatte tiltak dette utgjør ca -29mill per oktober 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.
Akuttklubben	- 83,4	Periodens avvik er på 7,5 mnok. Av akkumulert avvik på 83,4 mnok er nærmere 70 pst lønn. I tillegg er det et merforbruk på innleie på 14,3 mnok som relateres til Intensiv og operasjon og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere. Det er et merforbruk på varekostnader på 10,8 mnok, hvorav merforbruk av medikamenter på 1mnok og medisinske forbruksvarer på 2,5 mnok. Merforbruket på medisinske forbruksvarer ligger på PO/Intensiv og Operasjon. Skyldes engangsutstyr til robot- og laparoskopiske operasjoner, samt medisinske forbruksvarer til intensiv.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	+ 21,4	Inntekter gir positivt avvik pga høy aktivitet på AMG, IMM, MBK og MIK. Pr okt er også inntektene for ARN oppjustert, men ligger fremdeles bak akkumulert. 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"). Periodiseringsproblematikk i juni tilsvarer ca 8" i positivt avvik, den positive effekten vil bli redusert i løpet av året. Positivt avvik på internhandel som henger sammen med varekostnader. (PNA, stamcellehøsting, opprydding i prosjekter og viderefakturering av blod).
Oslo sykehuservice	+ 24,8	OSS har et positivt resultat på ca. 25 mnok. Dette skyldes lavere energipriser i 2012 enn det som ble lagt til grunn i budsjett. Eksklusive energi har OSS sin øvrige drift et negativt avvik hittil i år på 16 mnok. Dette skyldes manglende tiltak for 30 mnok. Tiltak for 80 mnok er implementert og vil samlet sett få den totaleffekt som er forutsatt i budsjett for 2012.
Stab	+ 64,7	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, reduserte forsikringskostnader (kollektiv ulykke/ gruppe), 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	+ 194,5	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, økte ISF-inntekter, reduserte finanskostnader, gevinst fra salg av eiendom, økte pensjonskostnader og avsetning knyttet til sak fra Avregningsutvalget og feil rapportering utførende helsepersonell.
Samlet avvik	- 135,3	I samlet avvik inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok og avsetning knyttet til sak fra Avregningsutvalget/feil rapportert utførende helsepersonell med 44 mnok.

3.5 Budsjetterte tiltak per klinikk etter innsatsområde, avvik fra budsjett og gjennomføringsprosent per oktober

Budsjetterte tiltak per oktober etter innsatsområde.									avvik fra budsjett kr	gj. føring i %
Klinikk	1. Bem. norm	2. Kjøp av tid	3. Innkjøp	4. Samarb. m andre	5. Tverrgående	6. Annet	9. AHUS	Totalt		
PHA	1 975	0	0	0	0	0	0	1 975	-	100 %
MED	938	2 263	5 000	3 511	3 426	2 280	683	18 100	-3 340	82 %
KKN	9 682	6 943	83	0	0	4 578	0	21 286	-6 046	72 %
KVB	15 145	1 690	1 270	700	1 479	3 926	18 142	42 352	-14 574	66 %
KKT	13 175	4 971	13 289	0	6 840	1 330	0	39 605	-14 969	62 %
HLK	1 084	2 500	2 002	0	416	9 583	0	15 585	-4 599	70 %
AKU	1 035	7 097	0	0	8 041	0	782	16 956	-698	96 %
KDI	9 583	10 658	2 508	717	15 998	900	0	40 364	-6 072	85 %
OSS	0	0	12 191	0	41 905	6 481	5 833	66 410	-15 255	77 %
Totalt	52 617	36 123	36 343	4 928	78 105	29 077	25 441	262 634	-65 552	75 %

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemannings indikatorer

OUS	2012			2012 hittil i år				2012 mot 2011					
	Indikator	Nov	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	%-vis avvik	Δ nov til nov	%-vis endring	Δ des til nov	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsverk	17 093	16 358	734	17 052	16 558	495	3,0 %	-144	-0,8 %	-137	-0,8 %	-337	-1,9 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	15 911	15 193	718	15 889	15 392	497	3,2 %	-181	-1,1 %	-181	-1,1 %	-406	-2,5 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 182	1 165	17	1 163	1 165	-2	-0,2 %	37	3,3 %	44	3,9 %	69	6,3 %
Innleie fra vikarbyrå (okt)	158			162				-24	-13,4 %	-100	-38,7 %	-16	-9,1 %
Månedsverk månedslønnede	15 811			15 780				-115	-0,7 %	-94	-0,6 %	-238	-1,5 %
Månedsverk variabellønnede	1 282			1 272				-29	-2,1 %	-42	-3,2 %	-99	-7,2 %
Netto månedsverk nasj. ind. (sep)	14 105			13 345				-253	-2,0 %	478	3,5 %	-229	-1,7 %
Sykefraværsprosent (sep)	7,2			7,5				-0,1	-1,5 %	-0,8	-10,0 %	-0,1	-1,6 %

Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.	2011			2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Des	Hittil i fjor (nov)	Endring	Nov	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ nov til nov	Δ des til nov	Δ hittil i år mot hittil i fjor
PHA	2 215	2 286	-71	2 083	2 114	-31	2 128	2 200	-72	-137	-133	-157
MED	1 230	1 269	-39	1 215	1 110	105	1 205	1 115	89	-1	-15	-65
KKN	2 032	2 047	-14	2 073	1 882	191	2 045	1 894	151	22	40	-2
KVB	1 602	1 622	-19	1 597	1 576	22	1 594	1 591	3	-14	-5	-28
KKT	2 120	2 144	-24	2 105	2 020	85	2 104	2 030	74	-15	-15	-39
HLK	781	773	8	794	696	97	783	700	83	14	13	10
AKU	2 249	2 244	5	2 229	2 140	89	2 231	2 170	60	-11	-20	-13
KDI	1 877	1 875	2	1 890	1 844	46	1 875	1 864	11	9	13	0
OSS	1 757	1 791	-34	1 706	1 583	124	1 705	1 598	107	-39	-51	-87
STA	227	243	-16	219	230	-10	219	229	-10	-9	-8	-24
Oslo universitetssykehus	16 091	16 295	-203	15 911	15 193	718	15 889	15 392	497	-181	-181	-406

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 månedsverk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

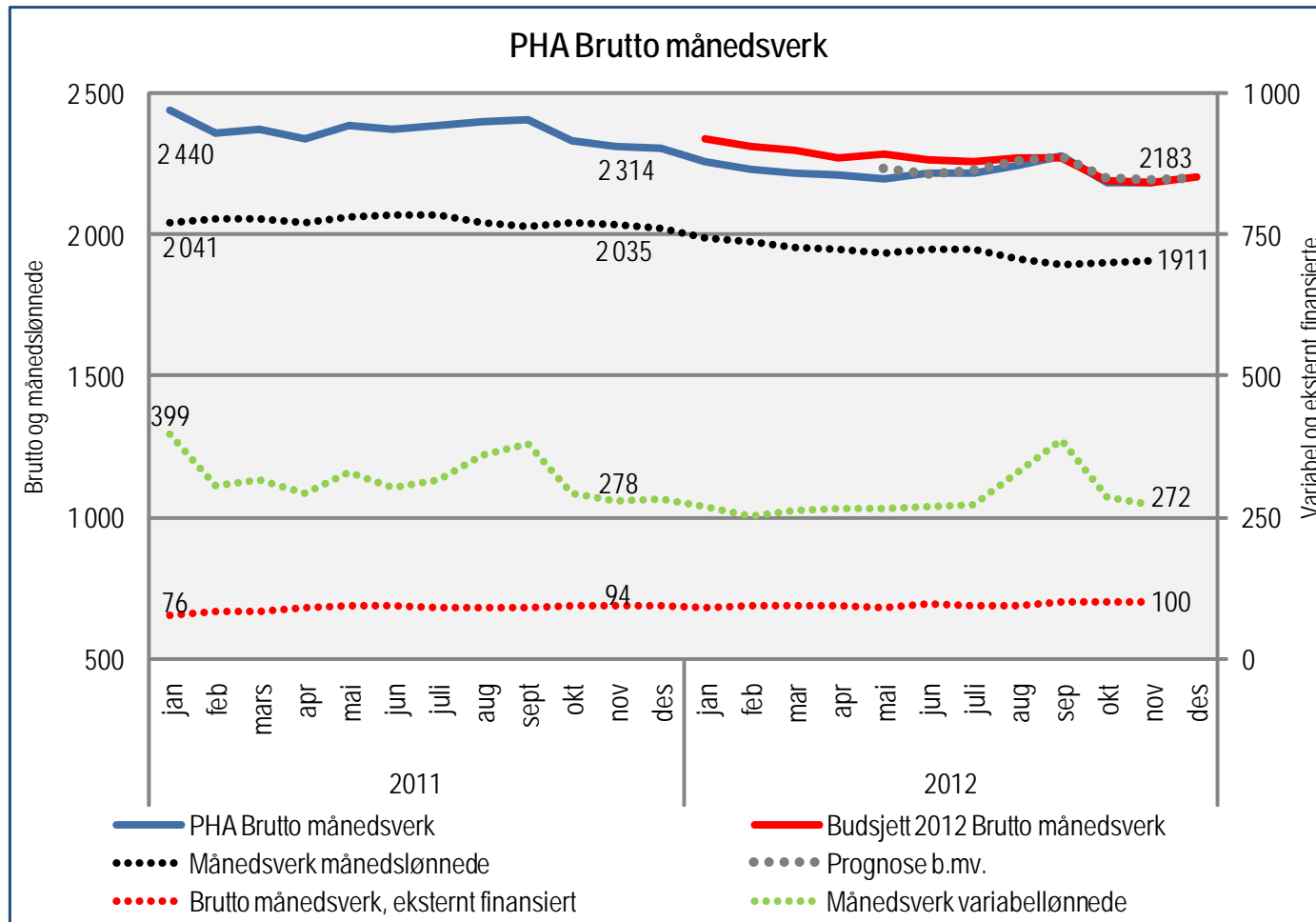
Brutto månedsverk, ekskl. økst.fn.		2010	2011	2012									2012 mot 2011 og 2010			Andel av klinikk brutto			Avvik fra budsjett												
		Ref.niv å jan- jun	des	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug	sep	okt	nov	Δ ref.nivå 2010 til nov	Δ des 2011 til nov	%-vis des 2011 - nov	Andel hele 2011	Andel 2012	Endring i andel	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug	sep	okt	nov
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 723	2 690	2 686	2 675	2 683	2 679	2 672	2 672	2 680	2 679	2 676	2 665	-450	-58	-2,1 %	17,0 %	16,9 %	-0,1 %	40	17	22	33	33	17	-4	13	29	45	38
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 449	1 394	1 378	1 408	1 383	1 390	1 394	1 468	1 522	1 515	1 415	1 388	-200	-61	-4,2 %	9,3 %	9,0 %	-0,3 %	241	251	281	278	257	280	335	362	342	327	310
OUS	(3) Leger	2 272	2 169	2 193	2 191	2 205	2 214	2 210	2 215	2 239	2 235	2 270	2 247	2 244	-27	76	3,5 %	13,3 %	14,0 %	0,7 %	-41	-55	-30	-21	-24	-30	-24	-16	23	24	28
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 272	1 314	1 327	1 332	1 351	1 343	1 338	1 356	1 355	1 378	1 359	1 363	11	91	7,2 %	7,9 %	8,5 %	0,6 %											
OUS	(3b) LIS-leger	872	855	840	832	838	828	832	841	846	851	857	853	846	-26	-9	-1,1 %	5,2 %	5,3 %	0,1 %											
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	35	35	35	36	36	29	35	34	36	-12	-6	-14,1 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %											
OUS	(4) Psykologer	342	237	228	228	224	225	220	227	223	217	211	216	222	-119	-15	-6,2 %	1,5 %	1,4 %	-0,1 %	-34	-34	-36	-33	-34	-28	-28	-30	-31	-25	-18
OUS	(5) Sykepleier	5 772	5 513	5 379	5 372	5 399	5 374	5 375	5 343	5 423	5 362	5 328	5 422	5 447	-325	-67	-1,2 %	34,0 %	33,9 %	-0,1 %	144	99	161	146	145	84	95	65	48	207	254
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelppeleier	779	637	617	611	614	611	613	619	615	612	601	601	593	-186	-43	-6,8 %	4,0 %	3,8 %	-0,2 %	44	37	45	43	45	50	39	38	31	33	27
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 273	1 290	1 261	1 265	1 250	1 251	1 264	1 260	1 304	1 287	1 274	1 268	1 273	-0	-17	-1,3 %	7,9 %	8,0 %	0,1 %	48	32	41	49	64	71	113	76	74	83	93
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	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	1	1
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 347	1 374	1 345	1 344	1 341	1 339	1 385	1 413	1 386	1 378	1 374	-174	-18	-1,3 %	8,8 %	8,6 %	-0,2 %	-101	-98	-90	-84	-77	-84	-53	-55	-71	-48	-60
OUS	(10) Ambulansepersonell	408	448	439	435	451	452	467	455	462	446	445	442	465	57	17	3,8 %	2,7 %	2,8 %	0,1 %	5	-4	15	19	38	19	21	11	-1	2	29
OUS	(11) Forskning	220	206	208	210	213	211	207	207	201	208	216	215	218	-2	11	5,5 %	1,2 %	1,3 %	0,1 %	-1	-8	-4	-8	-14	-17	-29	-18	-11	-8	-3
OUS	(99) Ukjente	43	26	61	56	41	35	39	37	55	63	84	59	18	-25	-8	-30,6 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	61	56	41	35	39	37	55	63	84	59	18
SUM	Alle stillingsgrupper	17 361	16 091	15 819	15 809	15 825	15 784	15 805	15 770	16 048	16 045	16 011	15 939	15 911	-1 450	-181	-1,1 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %	408	295	449	458	472	402	521	509	517	701	716

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

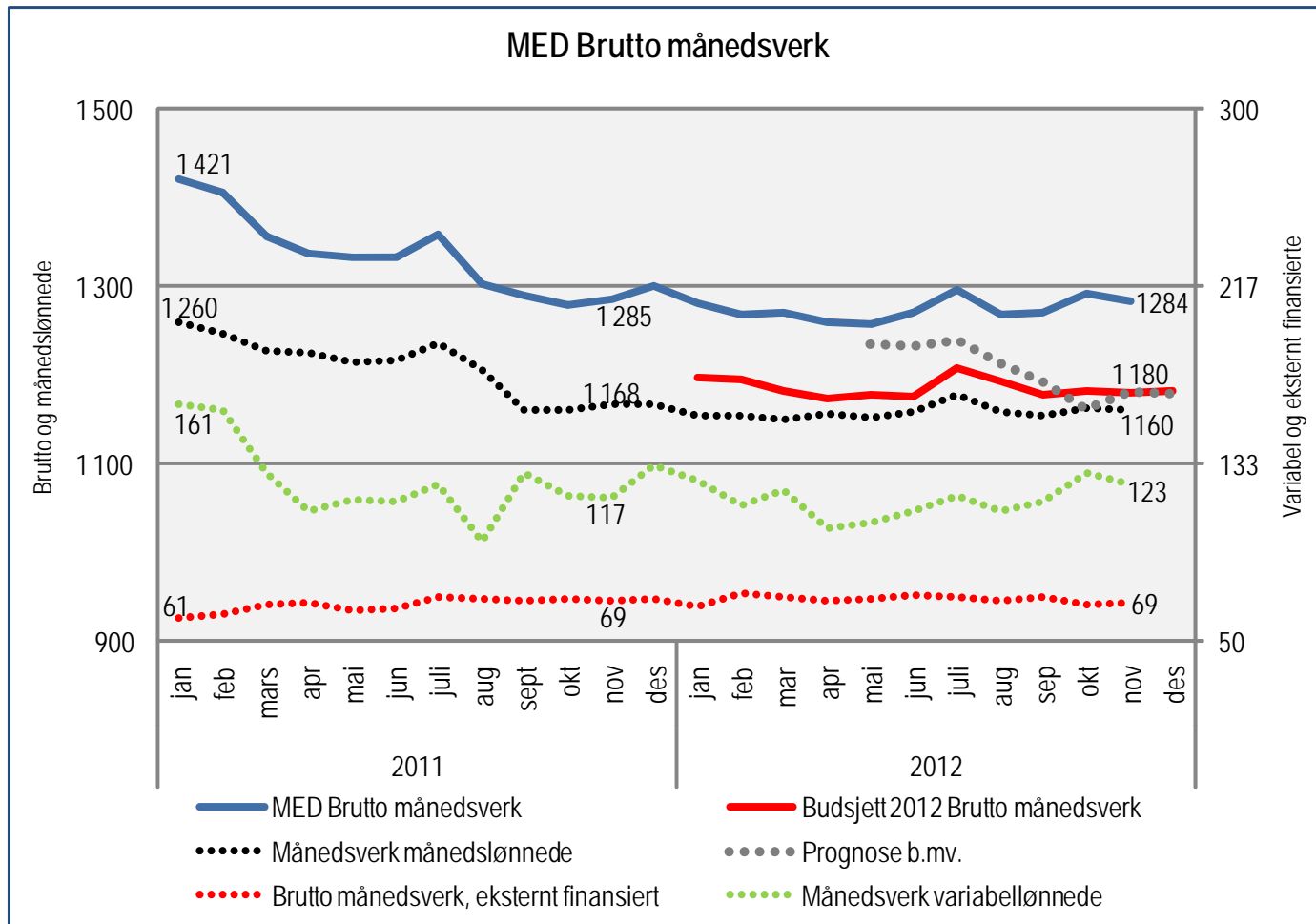
2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønnsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsverk for overleger.

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

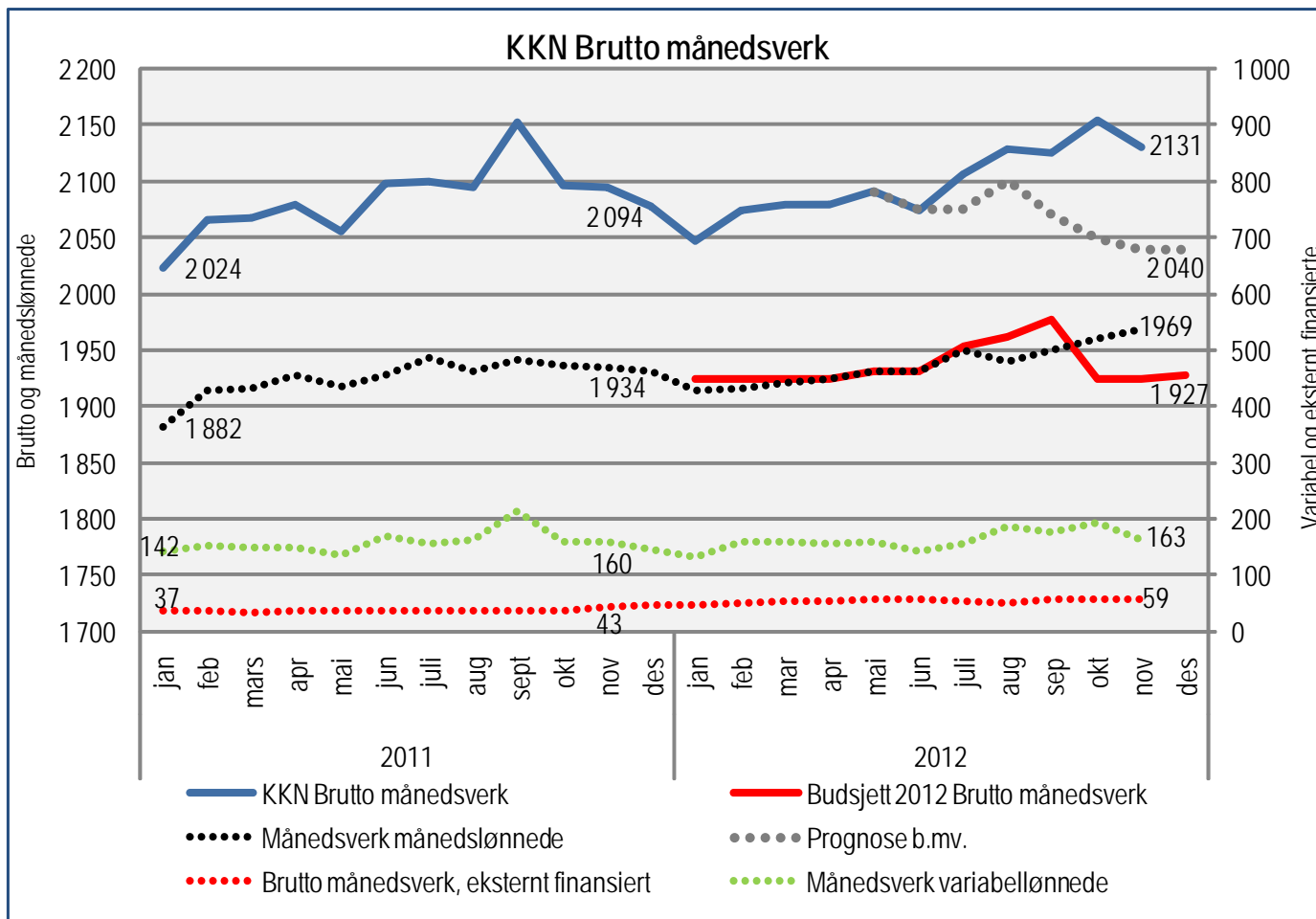
4.3 Bemanningsutvikling PHA



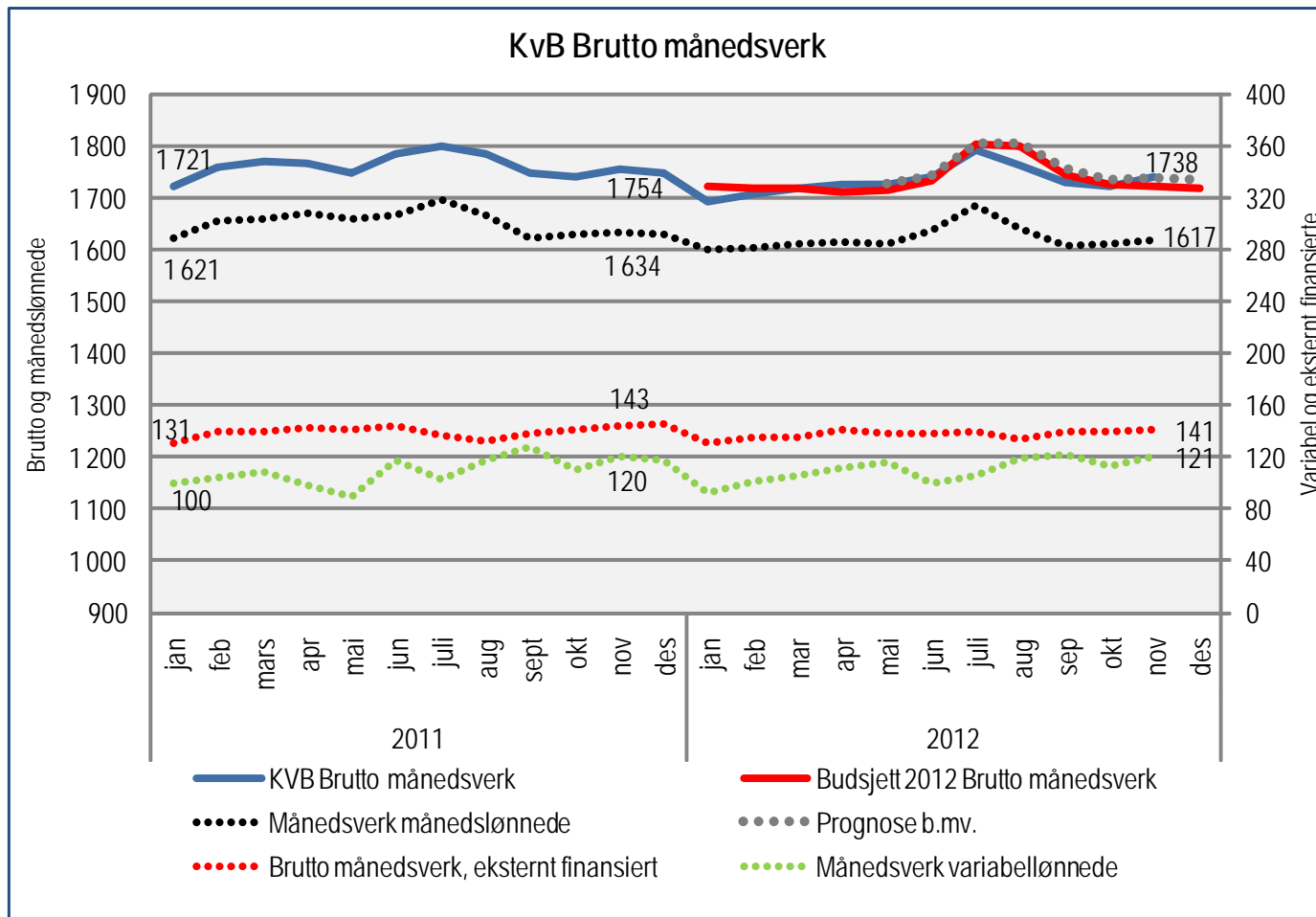
4.3 Bemanningsutvikling Medisin



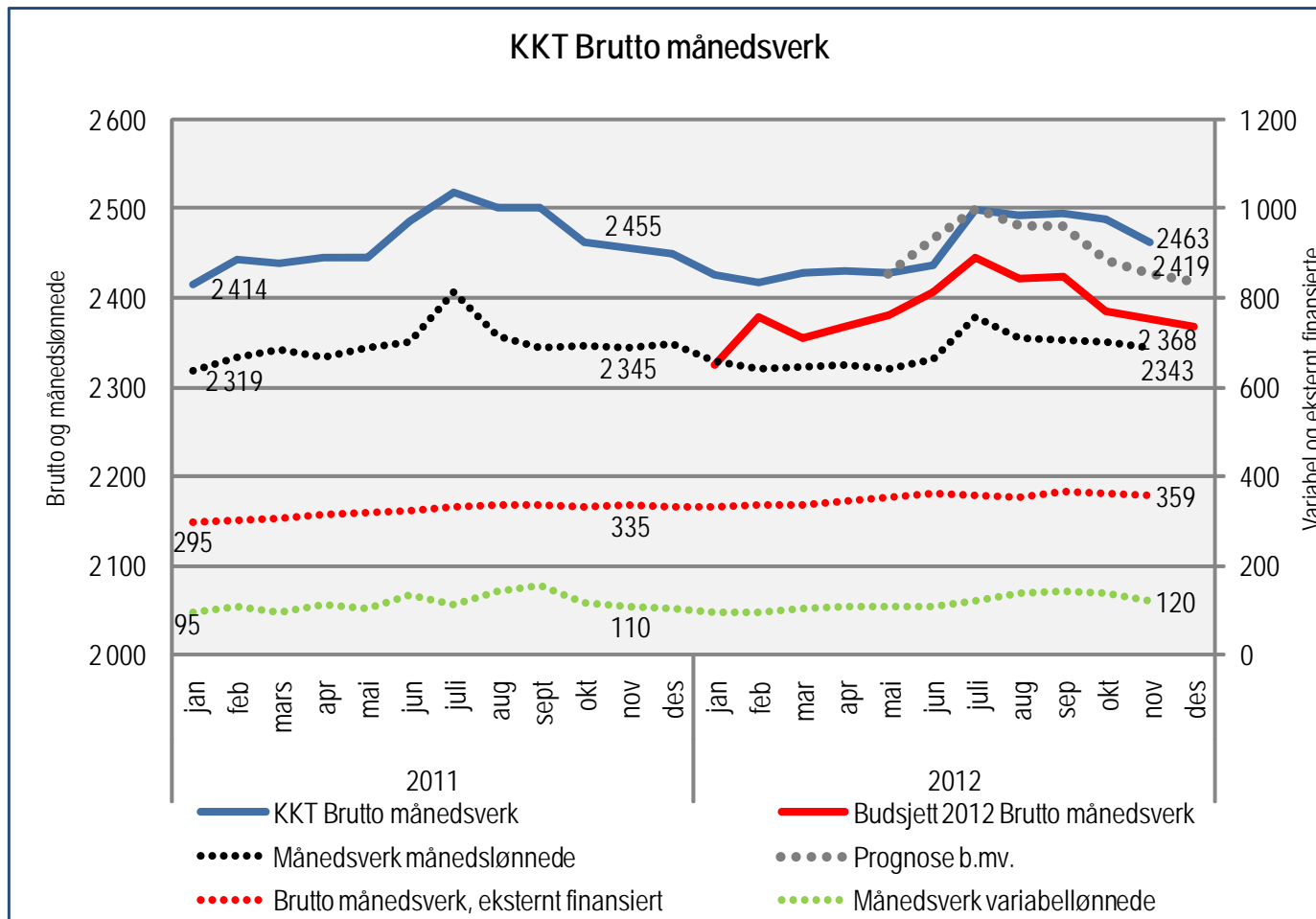
4.3 Bemanningsutvikling KKN



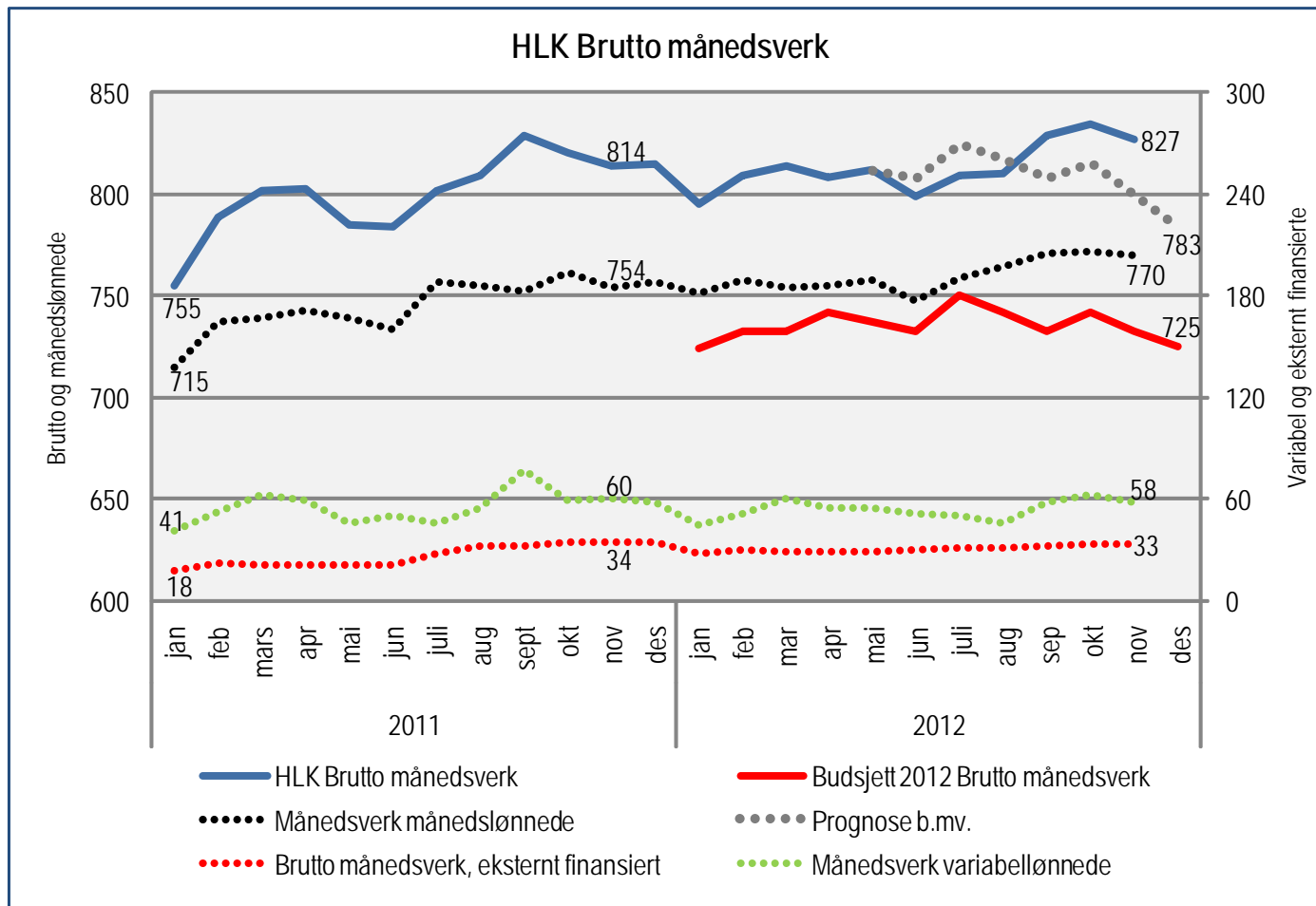
4.3 Bemanningsutvikling KVB



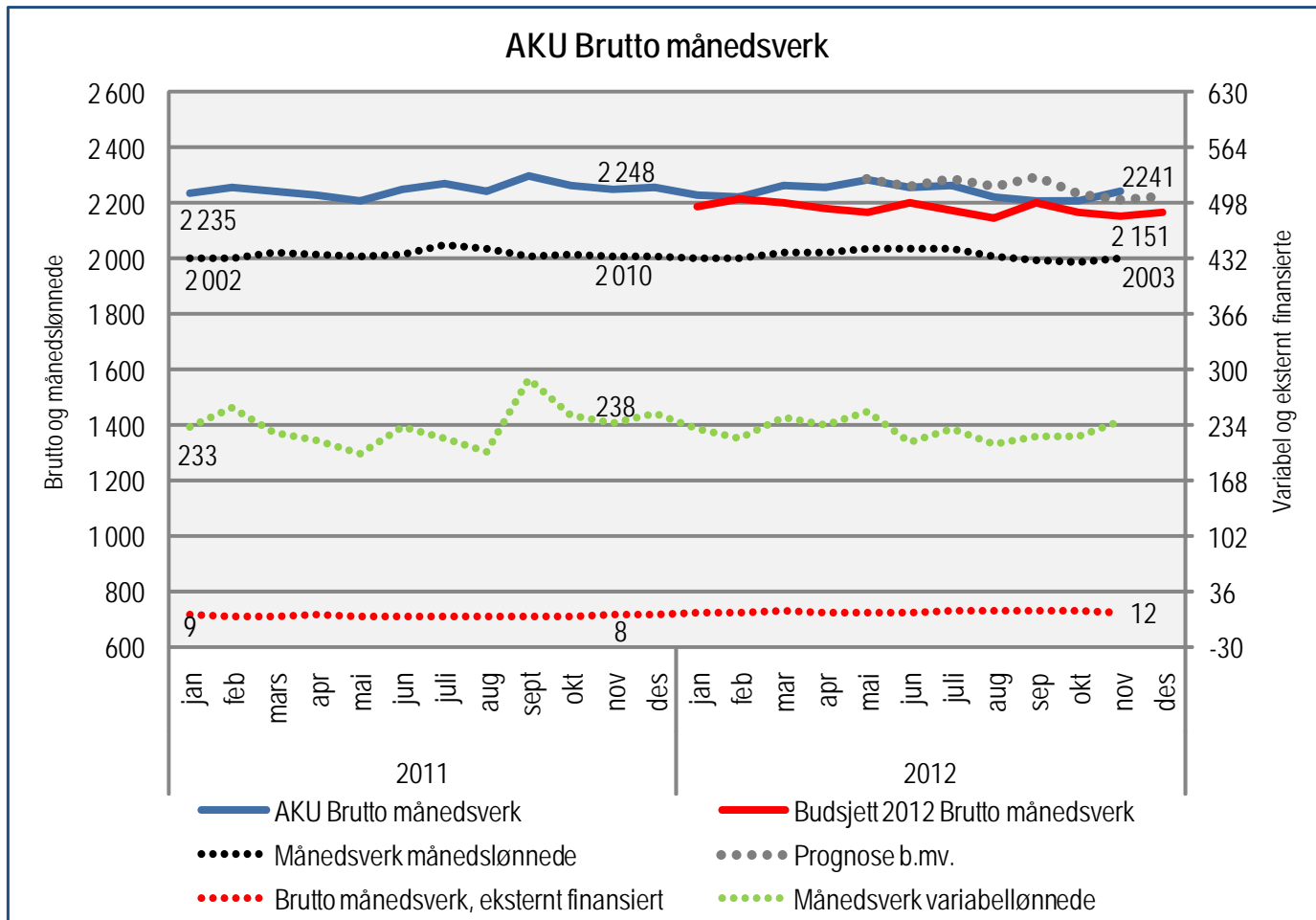
4.3 Bemanningsutvikling KKT



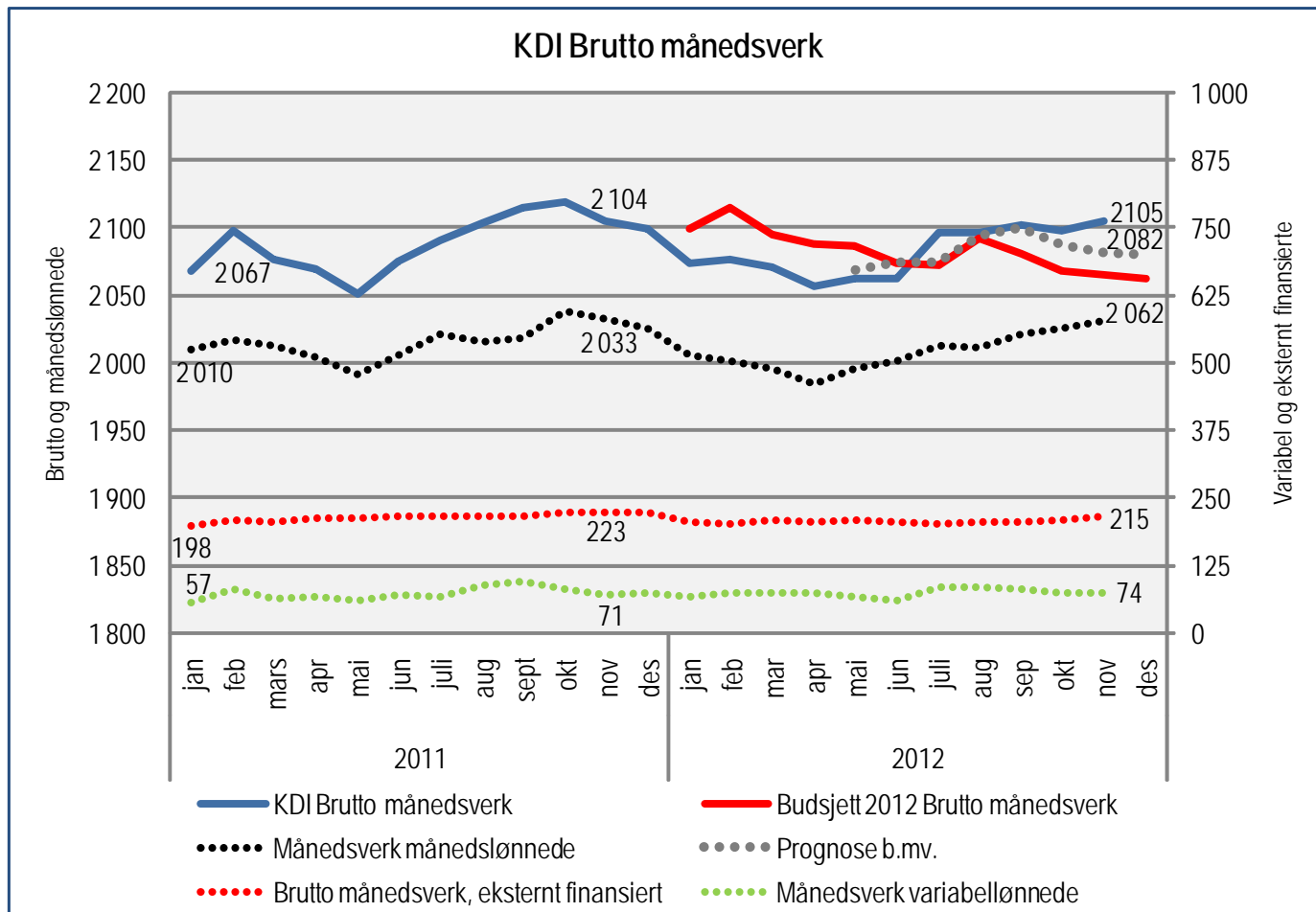
4.3 Bemanningsutvikling HLK



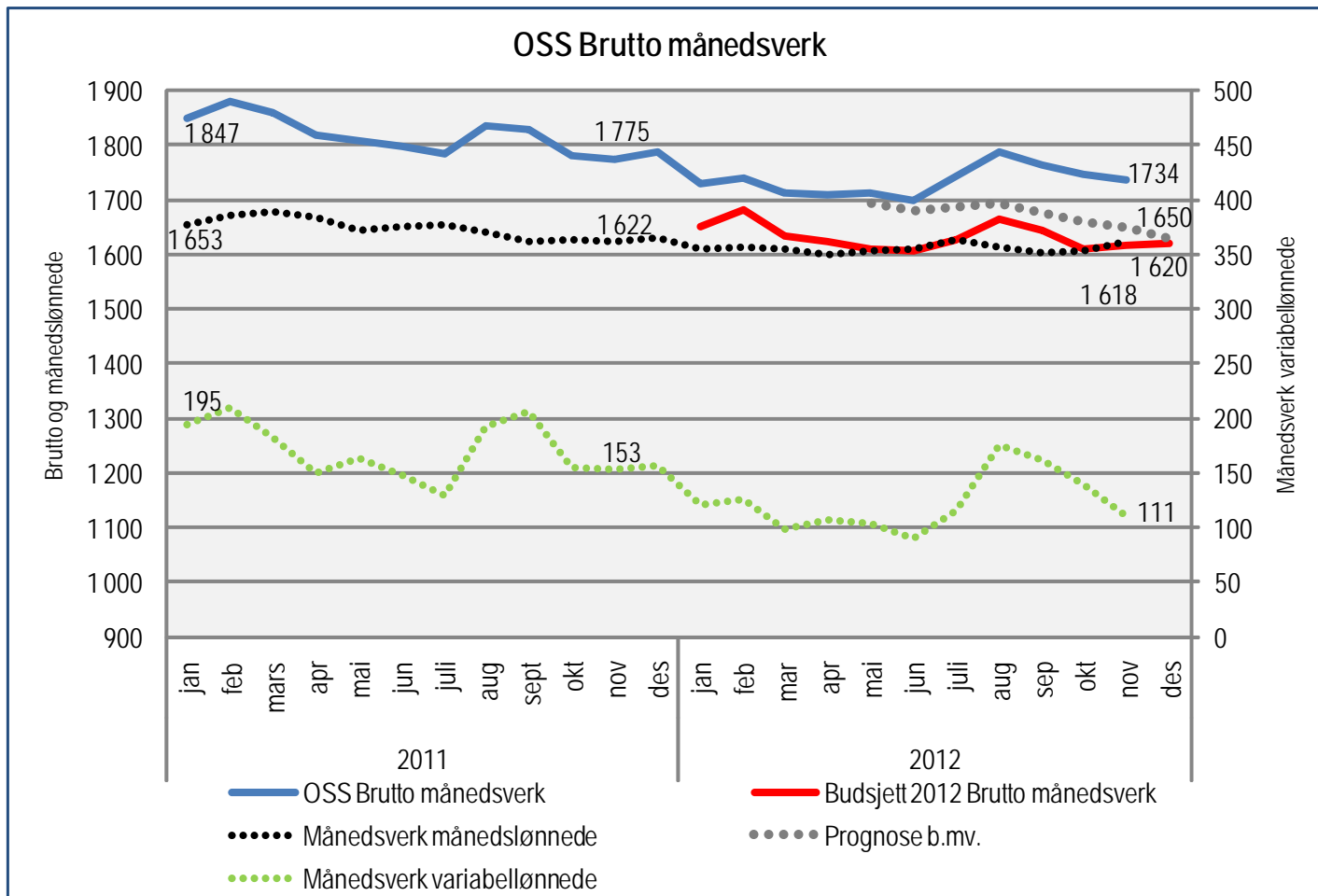
4.3 Bemanningsutvikling Akutt



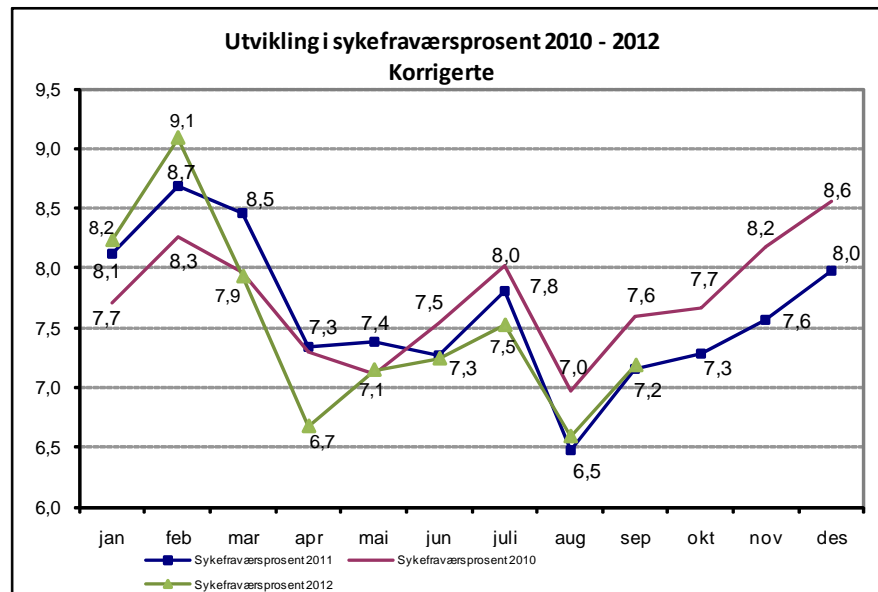
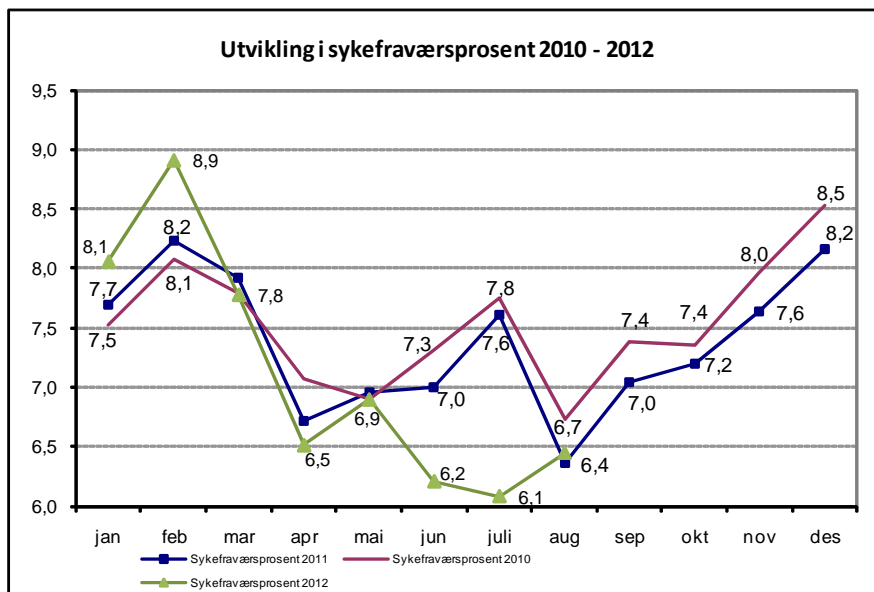
4.3 Bemanningsutvikling KDI



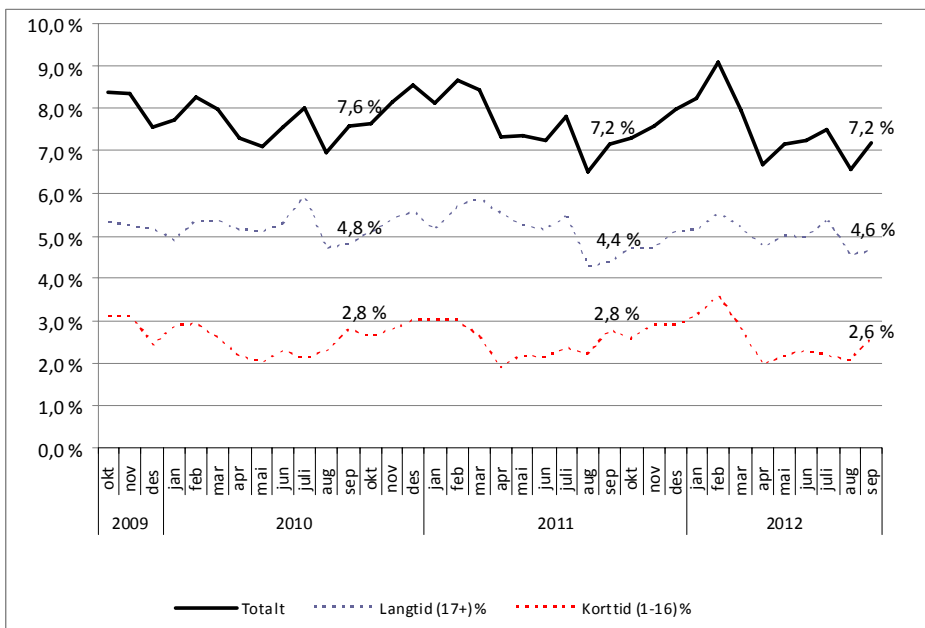
4.3 Bemanningsutvikling OSS



4.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



Før og etter korrigering foretatt av sykehuspartner ifb med lønnskjøring november.



4.5 Sykefravær per klinikk, per sep 2011-2012

Sykefraværs- lengde per september 2011	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,30 %	1,30 %	2,60 %	1,40 %	4,10 %	5,40 %	8,00 %
MED	1,10 %	1,20 %	2,30 %	1,50 %	3,20 %	4,70 %	7,00 %
KKN	1,10 %	1,20 %	2,30 %	1,30 %	4,20 %	5,50 %	7,80 %
KVB	1,00 %	1,20 %	2,20 %	1,50 %	4,20 %	5,60 %	7,90 %
KKT	1,10 %	1,00 %	2,10 %	1,30 %	3,40 %	4,70 %	6,80 %
HLK	0,90 %	0,90 %	1,90 %	1,10 %	2,90 %	4,00 %	5,80 %
AKU	1,20 %	1,30 %	2,50 %	1,40 %	4,50 %	5,80 %	8,40 %
KDI	1,20 %	1,10 %	2,30 %	1,30 %	2,90 %	4,20 %	6,60 %
KRG	1,10 %	0,90 %	2,00 %	0,40 %	2,40 %	2,80 %	4,90 %
OSS	1,50 %	2,10 %	3,60 %	1,60 %	4,60 %	6,20 %	9,90 %
STA	0,50 %	0,70 %	1,20 %	0,80 %	2,00 %	2,80 %	4,00 %
OUS	1,20 %	1,30 %	2,40 %	1,40 %	3,70 %	5,00 %	7,40 %

Sykefraværs lengde per september 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,30 %	1,30 %	2,60 %	1,40 %	4,10 %	5,60 %	8,20 %
MED	1,10 %	1,10 %	2,20 %	1,40 %	3,60 %	5,00 %	7,20 %
KKN	1,20 %	1,10 %	2,30 %	1,50 %	3,30 %	4,80 %	7,10 %
KVB	1,00 %	1,20 %	2,10 %	1,60 %	4,10 %	5,70 %	7,80 %
KKT	1,10 %	1,10 %	2,20 %	1,30 %	2,80 %	4,20 %	6,40 %
HLK	0,90 %	1,10 %	2,00 %	1,40 %	3,40 %	4,80 %	6,80 %
AKU	1,30 %	1,40 %	2,70 %	1,40 %	3,40 %	4,80 %	7,50 %
KDI	1,30 %	1,20 %	2,50 %	1,10 %	2,90 %	4,10 %	6,50 %
KRG	1,30 %	0,70 %	2,10 %	0,70 %	2,10 %	2,80 %	4,90 %
OSS	1,60 %	2,30 %	4,00 %	1,90 %	4,70 %	6,60 %	10,50 %
STA	0,40 %	0,50 %	0,80 %	0,60 %	2,90 %	3,50 %	4,40 %
OUS	1,20 %	1,30 %	2,50 %	1,40 %	3,60 %	5,00 %	7,50 %

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.
	<i>HR-kuben</i>	
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 fastlønnedes normaltids 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
	<i>HR-kuben</i>	
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 lønnedes normaltids og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsværk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
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.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsværk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
Innleie månedsværk	<i>HSØ-indikator</i>	Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsværk
	<i>Forklaring/formål</i>	Gjelder innleie av helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer og leger) fra eksterne vikarbyrå Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten Regnskapsbeløp fra: - ny konto 4680 innleid pleiepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (erstatte utgående konto 4582 pleiepersonell) -- ny konto art 4681 innleide leger fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 819 (erstatte utgående konto 4583 lege) --- ny konto 4682 innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (ny)
Herav eksternt finansierte mv	<i>OUS-indikator</i>	Brutto månedsværk som er finansiert av eksterne
	<i>Forklaring/formål</i>	Basert på filter i HR-kuben for kapitler som er merket eksternt finansiert.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg:

SAK 83/2012 ÅRLIG MELDING 2012

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som viser styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Årlig melding settes opp etter en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF. Frist for oversendelse av årlig melding er 1. mars 2013 og meldingen vil bli lagt frem i styremøte 14. februar 2013.

Helse Sør-Øst RHF ønsker imidlertid at rapporteringsdelen av meldingen oversendes tidligere og senest den 21. januar 2013. Administrerende direktør ber om fullmakt til å sende foreløpig rapporteringsdel til Helse Sør-Øst RHF med etterfølgende fremleggelse for styret den 14. februar 2013 slik at styrets eventuelle merknader kan ettersendes Helse Sør-Øst RHF etter møtet.

Forslag til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 21. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret 14. februar 2013.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: VAD Medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Forslag til overordnet strategi for fag og virksomhet
2013-2018, Oslo universitetssykehus HF

SAK 84/2012 STRATEGI FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2013-18

Forslag til vedtak:

Styret vedtar Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-2018.

Oslo, den 10. desember, 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Vedlagt følger forslag til strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-2018. Strategien beskriver ønsket utviklingsretning for organisasjonen frem mot 2018. Den er kvalitativ og beskriver de overordnede målsettinger og prinsippene som legges til grunn for å nå disse. Overordnet strategi vil våren 2013 bli fulgt opp av tilhørende handlingsplaner som operasjonaliserer strategien på sykehus og klinikknivå.

En bredt sammensatt prosjektgruppe med representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere har utarbeidet utkastet og vurdert høringsinnspill i tett samarbeid med styringsgruppe og referansegrupper. Strategien har vært sendt ut på innspillrunde til en rekke instanser både internt og eksternt og justert iht innspill fra høringsinstansene.

2. Tidligere vedtak i saken

Arbeidet med Strategi for Oslo universitetssykehus HF er tidligere omtalt i administrerende direktørs orienteringer til styret 29.03.12 og 20.06.12 (hhv sak 21/2012 og 54/2012). Ved behandlingen av Arealutviklingsplan 2025 (sak 18/2012) ba styret om at arbeidet med strategi skulle prioriteres slik at denne kunne danne et faglig grunnlag for videre arealutvikling i sykehuset. Ved behandling av Forslag til utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus (sak 35/12) ble det vektlagt at Utdanningsstrategien måtte sees i sammenheng med foretakets strategi. Styret ble orientert om det pågående strategiarbeidet 25.10.11 (sak 78/2012) og fikk anledning til å komme med innspill.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør ser utarbeidelsen av strategi for Oslo universitetssykehus som et viktig bidrag i arbeidet for å skape et felles målbilde for sykehuset. Strategien vil være retningsgivende for så vel den faglige utviklingen som de omstillinger som skal foregå i sykehuset i årene som kommer. Administrerende direktør vurderer forslaget som et gjennomarbeidet og godt forankret dokument. Visjoner, prinsipper og overordnede mål vurderes å være i tråd med føringer gitt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst og med nasjonale og regionale handlingsplaner. Strategien vil bli gjort rullerende og fulgt opp internt gjennom konkrete, rullerende handlingsplaner på både sykehus- og klinikknivå.

4. Faktabeskrivelse

Sykehuset har siden fusjonen manglet en overordnet strategi som beskriver sykehusets overordnede mål. Behovet for en overordnet strategi ble spesielt tydelig i forbindelse med utarbeidelsen av Arealutviklingsplan 2025. Administrerende direktør orienterte i styremøte 20.06.12 om at arbeidet med strategi var igangsatt i forbindelse med N3-ledersamling 22.05.12 der også foretakstillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter deltok.

Forslaget til overordnet strategi for er utarbeidet i løpet av høsten 2012 av en sentral prosjektgruppe under ledelse av dr med Tone Ikdahl. Gruppen har hatt bred representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Administrerende direktør har vært prosjekteier og ledet styringsgruppen som har bestått av sykehusets ledergruppe, foretakstillitsvalgte, hovedverneombud og leder for brukerrådet. Utvidet N3-lederforum, forskningsutvalg,

innovasjonsutvalg, utdanningsutvalg, dialogmøte og brukerutvalg har vært referansegrupper. Medarbeidere i sykehuset har vært holdt løpende orientert om prosjektets gang gjennom intranettet.

Strategien har vært sendt på innspillsrunde til klinikker, avdelinger, stabsenheter, brukerutvalg, klinisk etikkomité, helsefaglig forum, forsknings-, innovasjons- og utdanningsutvalg. Eksternt har den vært sendt til Oslo kommune, Helse Sør-Øst, samarbeidende sykehus, Universitetet i Oslo v/Det medisinske fakultet og samarbeidende høyskoler. Strategien er også presentert i Dialogmøtet med alle foretakillitsvalgte. Forslaget har vært gjort tilgjengelig for medarbeidere via intranettet og blitt presentert av direktøren i allmøter ved lokalisasjonene på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål ilt innspillsperioden. Ansatte har vært invitert til å komme med innspill.

Det kom i alt inn 30 høringsinnspill. Disse er behandlet av prosjektgruppe og styringsgruppe og tatt hensyn til i endelig utkast.

***Forslag til
Strategi for Oslo universitetssykehus
2013-18***



VÅR VISJON:

*Sammen med pasientene utvikler vi
morgendagens behandling*

VÅRT VERDIGRUNNLAG:

De nasjonale verdiene for helsetjenesten:

Kvalitet, trygghet og respekt

Oslo universitetssykehus kultur skal være:

Åpen, lærende og helhetstenkende

VÅRE MÅL:

Oslo universitetssykehus skal

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Oslo universitetssykehus på vei inn i en ny tid:

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjonen av universitetssykehusene i Oslo i 2009. Oslo universitetssykehus er landets mest komplette sykehus. Det fungerer som lokal- og områdesykehus for deler av Oslos befolkning, samtidig som det er regionsykehus for innbyggerne i Helseregion Sør-Øst. Sykehuset har også en rekke nasjonale funksjoner.

Utfordringer mot 2018

Utfordringene i det nye sykehuset er mange og store. Vi har kapasitetsutfordringer som kan føre til uønsket ventetid, og får tilbakemeldinger om at pasienter opplever tilbudet som oppstykket og lite samordnet. Virksomheten vil i overskuelig fremtid måtte foregå ved flere lokalisasjoner som fortsatt ikke har funnet sammen i en felles identitet. Driften av sykehuset har gått med underskudd de siste årene. Store deler av bygningsmassen, medisinsk teknisk utstyr og IKT-løsninger er av eldre dato. Som følge av dette må sykehuset tilpasse driften for å kunne nå de økonomiske målene og for å kunne finansiere økte investeringer i samsvar med sykehusets økonomisk langtidspan.

Mange styrker og muligheter

Store utfordringer til tross, det drives god pasientbehandling i Oslo universitetssykehus. Vi setter standarden innen en rekke fagområder nasjonalt og har fagmiljøer som holder fremragende nivå også i internasjonal sammenheng. Oslo universitetssykehus har sammen med Universitetet i Oslo utviklet internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer i alle klinikker og er delaktige i om lag halvparten av de vitenskapelige publikasjonene som utgår fra norske helseforetak. Vi er størst i Norge på medisinsk innovasjon og bidrar til å utdanne flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus.

De siste årene har vært preget av medisinske fremskritt som har gitt bedre utredning og behandling for store pasientgrupper. Vår basalmedisinske forståelse er økende. Dette gir nye muligheter for målrettet og individualisert behandling. Aldri har forholdene ligget bedre til rette for at et universitetssykehus med sterke forsknings- og innovasjonsmiljøer skal kunne omsette ny viten og teknologi til god pasientbehandling.

Nye behov og forventninger

Befolkningsvekst innenfor sykehusets opptaksområder, endringer i alderssammensetning og livsstil og en flerkulturell befolkning påvirker behovet for helsetjenester. Befolkningen har store forventninger til moderne medisinsk behandling, forventer å bli hørt når de har meninger om våre behandlingstilbud og etterlyser innflytelse over egen situasjon når de blir syke. Økende bevissthet om rettigheter og muligheter vil føre til en ny fordeling av roller, makt og ansvar mellom brukere og helsevesen, pasienter og behandlere. Tiden er inne for reell brukermedvirkning.

Prioritering og samhandling for å få løst de viktigste oppgavene

Oslo universitetssykehus skal ikke tilby alt til alle. Det vil være uforenlig med samfunnets bærekraft og våre økonomiske rammer. En tydelig prioritering må til for å skjerme og videreutvikle tilbudet til de pasientgruppene som har størst behov for å få sin behandling hos oss. Vi må samarbeide med andre deler av helsetjenesten om en hensiktsmessig arbeids- og ansvarsdeling. God samhandling er avgjørende for å sikre befolkningen trygge, effektive og likeverdige helsetjenester.

Oslo universitetssykehus skal kjennetegnes ved at:

1. Vi tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv

- a) Valg og prioriteringer som blir gjort i Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes behov.
- b) Oslo universitetssykehus skal bidra til at Oslo sykehusområde sikres et lokalsykehustilbud av høy kvalitet.
- c) Tilbudet til de pasientgruppene som har størst behov for vår spesialkompetanse skal prioriteres. Vi skal være et ledende sykehus innen traumatologi og akuttbehandling.
- d) Pasientene skal få spesialisert diagnostikk og behandling av høy kvalitet enten sykdommen er fysisk, psykisk eller relatert til rus og avhengighet. Dette gjelder også pasienter med sammensatte behov og flere diagnoser. Vi vil ha et spesielt fokus på å sikre syke barn et godt tilbud.
- e) Pasientene og deres pårørende skal oppleve å bli tatt på alvor. Alle pasienter skal få tilpasset informasjon og ha reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen behandling.
- f) Pasientene skal oppleve at vi samarbeider tett med andre i helsetjenesten for å gi forutsigbar og godt koordinert utredning og behandling med korte ventetider og færrest mulig brudd i pasientforløpene*.
- g) Standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset. Så langt det er mulig skal et tverrfaglig miljø som behandler én sykdom samles ved én lokalisasjon. En slik organisering legger forholdene til rette for oppbygging av robuste fag- og forskningsmiljøer og gir effektiv ressursutnyttelse.
- h) Vi skal systematisk registrere og analysere informasjon om risiko, forbedringsbehov og uønskede hendelser for å forebygge at pasienter skades som følge av medisinsk undersøkelse og behandling. I arbeidet med å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet skal vi ta utgangspunkt i behandlingsresultater og andre kvalitetsmål som er relevante for pasientene. Resultatene skal være offentlige.

*Med "pasientforløp" menes en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.

2. Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

- a) Vi skal videreutvikle vår egenart som Norges ledende universitetssykehus med et spesielt nasjonalt ansvar for å tilby spesialisert diagnostikk og behandling av høy kvalitet. Vi skal hele tiden arbeide for å forbedre pasienttilbudet gjennom å utvikle, fange opp, ta i bruk, dele og evaluere nytten av ny kunnskap og delta i faglige nettverk regionalt, nasjonalt og internasjonalt. For enkelte små eller spesielle pasientgrupper kan det være aktuelt å etablere behandlingstilbud i samarbeid med andre sykehus i og utenfor Norden.
- b) Oslo universitetssykehus skal, i tett samhandling med Universitetet i Oslo, utvikle seg videre som et ledende akademisk senter innen forskning, utdanning og innovasjon. Vi

- skal levere forskning, utdanning og innovasjon av høy kvalitet innen hele bredden av sykehusets fagområder, samtidig som vi satser strategisk innen utvalgte områder.
- c) Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i forskningsnære klinikker. Vi skal kvalitetssikre behandlingstilbudet gjennom systematisk registrering av behandlingsresultater i medisinske kvalitetsregistre. Pasientene skal få tilbud om å delta i forskningsprosjekter.
 - d) Vi skal sammen med Universitetet og Oslo kommune arbeide for å styrke og synliggjøre Oslo som nasjonalt sentrum for livsvitenskap** .
 - e) Utdanningens betydning i sykehuset skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil.
 - f) Innovasjon skal prege arbeidsdagen. Hos oss skal det nytte å tenke nytt.

**Livsvitenskap – Life Science - bidrar til økt forståelse av sykdommer, aldring og hvordan menneskekroppen fungerer, og er vitenskap hvor man studerer levende organismer som planter, mikrober, dyr og mennesker med ulike naturvitenskaplige tilnæringer hentet fra medisinske fag og realfag.

3. Oslo universitetssykehus skal være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

- a) Vi skal bidra til en best mulig utnyttelse av helsevesenets samlede kompetanse og ressurser ved å samarbeide med andre deler av spesialist- og primærhelsetjenesten om en hensiktsmessig fordeling av oppgaver. Det skal legges vekt på å sikre en god funksjonsfordeling innenfor Oslo sykehusområde.
- b) Vi skal bidra til å realisere Samhandlingsreformen gjennom et likeverdig samarbeid med Oslo kommune og andre kommuner.
- c) Vi skal utvikle nye drifts- og samarbeidsformer, ikke minst ved en tettere relasjon til fastlegene og til andre sykehus. Ved omfordeling av oppgaver skal det legges vekt på gjensidig støtte og kompetanseoverføring.
- d) Vi skal legge etiske og kost-nytte vurderinger til grunn før innføring av ny teknologi og behandling.
- e) Vi skal være aktive deltakere i samfunnsdebatt om helse, fag og forskning og bidra til regional og nasjonal utvikling av helsetjenesten.
- f) I samarbeid med universitet og høgskoler skal vi bidra til at det utdannes helsearbeidere basert på samfunnets fremtidige behov gjennom aktivt å medvirke til å tilpasse utdanningsaktiviteten og utdanningenes innhold.
- g) Vi skal ha et folkehelseperspektiv og bidra til forebygging og helsefremmende tiltak, samt til oppbygging av kunnskap om og bedre behandling av de store sykdomsgruppene.
- h) Vi skal ha fokus på global helse og dele vår kunnskap og kompetanse med utviklingsland.
- i) Sykehuset skal drives og utvikles med bærekraftige og klimavennlige løsninger.

4. Oslo universitetssykehus skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

- a) Oslo universitetssykehus skal være en arbeidsplass der det er godt å arbeide og som det er grunn til å være stolt av.
- b) Oslo universitetssykehus skal ha fokus på ledelse. Vi behøver synlige og gode ledere som tar ansvar for arbeidsmiljøet og evner å formidle og skape oppslutning om målene for sykehuset.

- c) Medarbeiderne skal ta ansvar for, delta i utviklingen av og ha innflytelse på arbeidsmiljøet.
- d) Interne prosesser skal være åpne slik at grunnlaget for beslutningene er tilgjengelige og tydelige for berørte medarbeidere.
- e) Forholdene skal legges til rette slik at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse.
- f) Oslo universitetssykehus skal tenke forebygging og legge forholdene til rette for helsefremmende arbeidsplasser for medarbeiderne.
- g) Bygninger og arbeidsverktøy skal vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling, Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Mandat for idéfase somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus

SAK 85/2012 IDÉFASEMANDAT OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.

Styret ber om å bli holdt løpende orientert.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Styret godkjente den 29.03.12 (sak 18/2012) at Arealutviklingsplan 2025 skulle danne grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus og at en fag- og virksomhetsstrategi skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasene for sykehusbyggene. Styret ba videre om en samlet plan for gjennomføring, og at man la særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden.

I perioden fra mai og frem til dags dato har Oslo universitetssykehus utviklet en overordnet strategi for sykehuset. Samtidig har det blitt utført en infrastrukturkartlegging på Ullevål som belyser de økonomiske og tidsmessige utfordringene ved å utvikle et nytt klinikkbygg i umiddelbar tilknytning til dagens sentralområde. Den viser at klargjøring av aktuell tomt *før* riving av dagens bygg vil ta 5-7 år og koste nær 2 milliarder, samtidig som risiko for uheldige konsekvenser i forhold til pågående pasientbehandling i nabobygg vurderes som høy.

Det har også vært utført en mulighetsstudie for lokalisering av et komplett Oslo universitetssykehus i området Gaustad- Blindern, noe som ser ut til å være mulig dersom Ringveien legges i tunnel.

Det er nå snart fire år siden Oslo universitetssykehus fusjonerte. Erfaringene fra denne perioden viser at det fortsatt er svært krevende å legge til rette for sammenhengende og god pasientbehandling på tvers av flere lokalisasjoner.

Det legges derfor frem for styret et forslag om en felles idéfase for hele Oslo universitetssykehus. Idéfasen skal belyse om det er mulig å samle hele Oslo universitetssykehus på en felles lokalisasjon (Scenario 1) eller om det er nødvendig eller ønskelig å benytte to områder langs Gaustad-Blindern-Ullevål-aksen. Idéfasen skal også vurdere alternativ utforming og lokalisering dersom Oslo universitetssykehus endrer sin virksomhet basert på sykehusets overordnede strategi. Det kan åpne for et mer kompakt, spesialisert sykehus med mindre arealbehov, men med større behov for å arbeide i nettverk med andre deler av helsetjenesten.

Idéfasen skal også estimere kostnadene ved å fortsette drift i dagens bygningsmasse, og mulige gevinster ved avhending av frigjort tomteareal slik at dette kan tas med i den samlede vurdering av samfunnsmessig nytte av de foreslåtte tiltak.

Prosjektet har fått arbeidstittelen "Campus Oslo" og må settes inn i en større og bredere sammenheng. Potensialet for verdiskaping innen pasientbehandling, utdanning, forskning og innovasjon ved å la Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus vokse seg sammen er betydelige og peker utover både byen og landets perspektiv. Samtidig er det et utviklingsperspektiv for Oslo og omliggende kommuner når det gjelder utnytting av frigjort areal. Det samlede verdipotensial vurderes dermed som stort, men det kan bare realiseres gjennom nært samarbeid med andre aktører i og utenfor helsevesenet.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Arbeidet med arealutvikling i Oslo universitetssykehus baserer seg på styresak 7/2010, orientering i styreseminar 18. august 2011, sak 144/2011 fra desember 2011 og sak 7/2012 fra februar 2012. Arealutviklingsplan 2025 ble behandlet av styret den 29.03.12 i sak 18/2012 med følgende vedtak:

- *Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.*
- *Fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus skal utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasene for sykehusbyggene*
- *Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus frem mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner*
- *Følgende områder belyses, prioriteres og sammenholdes med fag- og virksomhetsstrategien inn mot idéfase:*
 - *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*
- *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*

I styremøte den 25.10.12 ble styret i sak 79/2012 orientert om mulighetsstudien for Gaustad og om videre planer for idéfasearbeidet.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Basert på styrets vedtak har det siden Arealutviklingsplan 2025 ble vedtatt vært utarbeidet en overordnet strategi for Oslo universitetssykehus. Oppstart av idéfase for arealutvikling har vært utsatt slik at strategi kan uttrykkes i areal og ikke omvendt. I mellomtiden har man skaffet seg mer kunnskap om utfordringer ved å bygge nytt sykehus i umiddelbar nærhet av sykehus i drift, sørget for bedre forståelse av kompleksitet i infrastruktur på Ullevål og gjennomført en mulighetsstudie for alternativ utvikling av et samlet Oslo universitetssykehus i området Gaustad- Blindern.

Administrerende direktør anbefaler at planleggingen nå går videre til en samlet idéfase for Oslo universitetssykehus under arbeidstittelen "Campus Oslo". Campus Oslo er ikke bare et sykehusprosjekt, men må forstås som et

samfunnsutviklingsprosjekt. I tillegg til rent planleggingsarbeid er det derfor behov for omfattende samarbeid med andre aktører, det være seg planmyndigheter, mangle ulike enheter og nivåer i Oslo kommune og Universitetet i Oslo. Samtidig er det behov for å styrke samarbeidet om de helserelaterte oppgavene, ikke minst klarlegge hvordan man sikrer Oslos befolkning det best mulige lokalsykehusstilbudet. Disse diskusjonene har startet, men er en del av Helse Sør-Østs sørge-for ansvar og vil videre kreve en regional tilnærming og avklaring når det gjelder idéfasens omfang. Dette ikke minst fordi Oslo befolkningsvekst fortsetter og tilsier at man legger en plan for best mulig utnyttelse av samlet kapasitet og kompetanse i Oslo-området og også sammen med Helse Sør-Øst vurderer hvilket omfang en idéfase i Oslo universitetssykehus skal ha.

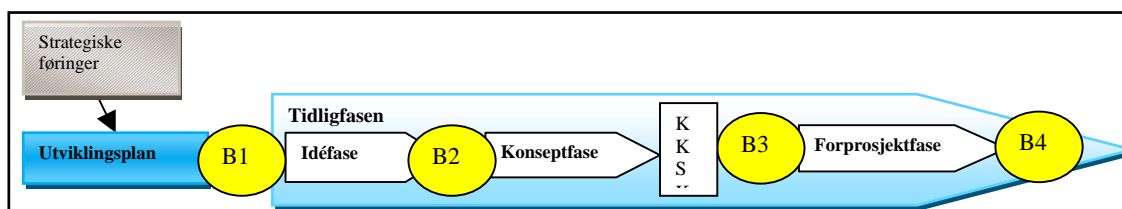
Som en del av idéfasearbeidet må det også gjøres virksomhetsavklaringer basert på sykehusets strategi. Dette vil kreve betydelig ledelsesfokus, men åpner for utviklingen av et fremtidsrettet Oslo universitetssykehus som vil gi det beste grunnlaget for god pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon. Det er av særlig betydning å koordinere sykehusets planlegging med Oslo kommune og Unversitetet i Oslo. Storbylegevakten er av stor betydning for byens befolkning og er en arena for samspill mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Oslo universitetssykehus sin planlegging må legge til rette for alternative lokaliseringer ut fra kommunens behov.

Univrsitetet i Oslo har planlagt sitt livsvitenskapsbygg på Gaustad, og Oslo universitetssykehus ser dette som en viktig strategisk satsning som man vil bidra til å styrke.

4. FAKTABESKRIVELSE

Idéfase som del av sykehusplanlegging

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok Arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus i mars 2012 (sak 18/2012). En slik utviklingsplan er forutsetningen for videre planlegging av sykehusbygg, og etterfølges av idéfase som beskrives slik i Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter:



I B2 identifiseres og godkjennes de alternative løsningene som er "liv laga" og som skal videreføres i konseptfasen. Alternativene kan omfatte løsninger både for virksomheten og byggene, og idéfasen skal sikre at alle aktuelle alternativer (både virksomhetsmessige og byggmessige) blir vurdert. Det besluttes oppstart og godkjenning av mandat for konseptfasen (eller ikke).

Konseptfasen omfatter relativt detaljerte utredninger av de aktuelle alternativene til et nivå som gir grunnlag for å beslutte hvilket alternativ som gir den beste løsningen innenfor de definerte rammene.

En idéfase skal altså være åpen og sikre at alternative utviklingsveier kan vurderes før overgang til konseptfase der typisk 2-3 løsninger skal vurderes videre.

Idéfase sammenholdt med overordnet strategi for Oslo universitetssykehus

Styret la som premiss for videre arealutvikling at den baserer seg på en overordnet strategi for Oslo universitetssykehus. Disse to prosessene har derfor vært tett koordinert og overordnet strategi er nå konkret nok til å gi retning for videre arealutvikling. Det er likevel slik at det gjenstår vesentlige virksomhetsmessige avklaringer som må gjøres, både som del av idéfasearbeidet, men også i prosesser utenom. Dette vil kreve betydelig ledelsmessig involvering, og samarbeid med aktører utenfor sykehuset.

Fra arealutviklingsplan til idéfase

Arealutviklingsplanen og styrets behandling av denne la til grunn av det vil være drift på tre hovedlokalisasjoner innen Oslo universitetssykehus i planperioden, men at man i et lengre perspektiv ser en ytterligere samling av funksjonene i Oslo universitetssykehus som ønskelig. Den vedlagte idéfasen fører dette resonnementet videre ved å belyse mulighetene for å samle sykehuset på en respektive to lokalisasjoner i aksene Gaustad-Blindern-Ullevål.

Arealutviklingsplanen skisserte et nytt klinikkbygg på Ullevål som antatt raskeste vei mot bedre forhold for pasienter og ansatte basert på pålegg fra Branntilsyn og Arbeidstilsyn. Samtidig var det en bekymring at hele sykehusets tekniske infrastruktur var lokalisert eller gikk gjennom det aktuelle byggeområdet. Man har derfor brukt tiden som åpnet seg mens overordnet strategi ble utarbeidet til å kartlegge og forstå kompleksiteten i dette området.

Infrastrukturutredningen på Ullevål

En grundig kartlegging fra Oslo sykehusservice i samarbeid med eksterne konsulenter konkluderer med at Oslo universitetssykehus har oversikt over hva som befinner seg av infrastrukturelementer i området. Samtidig er det slik at sykehuset her finner 100 års sykehushistorie i bakken i tillegg til at varmesentral, kommunikasjonsrom for IKT og diverse annen tung infrastruktur befinner seg oppe på bakken.

For å kunne benytte denne tomten må det derfor først bygges opp en ny, frittstående infrastruktur. Deretter må den nye infrastrukturen kobles til den gamle i medisinsk og kirurgisk bygning, og først da kan man begynne riving i teknisk område. Dette er estimert til 5-7 års klargjøringstid og en investeringskostnad på rundt 2 milliarder.

Selv om tid, kostnad og kompleksitet antagelig er håndterbart isolert sett, vil risikoen for driftsstans og uventede hendinger i pasientbehandlingen være svært stor ved en slik fremgangsmåte, og antagelig lite forenlig med sikker drift.

Campus Oslo

Idéen om å utvikle området Gaustad-Blindern-Ullevål til et felles satsningsområde for kunnskapsbygging har fått arbeidstittelen Campus Oslo, og har vært diskutert med de aktuelle aktører. Campus Oslo har fått bred tilslutning både som samarbeidsmodell og uttrykt som bygningsprosjekt.

Universitetet i Oslo har fått godkjent sitt konsept om utvikling av et livsvitenskapbygg mellom Rikshospitalet og Blindern. Dette vil være et vesentlig strategisk element også for Oslo universitetssykehus, og vil være et viktig element for konkretisering av samarbeidet. Det betyr at videre planlegging av Oslo universitetssykehus skal ta hensyn Universitetets planer.

Oslo Kommune har kommet langt i planleggingen av ny Storbylegevakt. Den vil være en vesentlig del av helsetilbudet til Oslos befolkning, og igjen må videre planlegging av Oslo universitetssykehus sikre en ivaretagelse av modellen og sørge for et godt samspill med kommunens behov.

Campus Oslo må ikke forstås som et sykehusprosjekt isolert, men som et virkemiddel til bedre pasientbehandling, forskning, utdanning og næringssskaping. Samtidig vil det åpne for nye boliger og utvikling av andre samfunnsfunksjoner og dermed en verdiskaping utover helsevesenets perspektiv. Idéfasen skal derfor også beskrive alternativverdien av de tomtearealer og bygninger som frigis ved de ulike scenarioer, samt beskrive kostnaden knyttet til fortsatt bruk av dagens bygningsmasse.

Mulighetsstudie Gaustad

Arealutviklingsplan 2025 skisserte en mulig samling av alle funksjoner på Ullevål, men at det ikke kunne være plass på Gaustad på grunn av gjeldende regulering. Det har nå vært utført en mulighetsstudie for lokalisering av et komplett Oslo universitetssykehus i området Gaustad- Blindern. Studien viser at samling er mulig dersom Ringveien legges i tunnel, og dette alternativet skal videre kvalitetssikres i idéfasen.

Morgendagens Oslo universitetssykehus

Det er vanskelig å forutsi utviklingen innen helsevesenet i et fremtidsperspektiv. Det sikreste er å konstatere at mye vil endres, og til dels i retninger vi ikke har noen forutsetning for å forutse. Det betyr at ny bygningsmasse må være fleksibel, standardisert og elastisk. Det betyr også at vi må planlegge endringer i måten vi leverer helsetjeneste på.

Samhandlingsreformen legger opp til oppgaveoverføring, samtidig som befolkningsveksten i Oslo stadig øker. Dette bør danne grunnlag for å vurdere hvordan man utvikler et best mulig helsetjenestetilbud særlig innen lokalsykehusfunksjonene. Dette er en diskusjon som akkurat er påbegynt med Helse Sør-Øst RHF som har sørge-for ansvaret, og som må involvere Oslo Kommune, private ideelle sykehus med flere. Dette vil påvirke arbeidet med idéfasen, som derfor forutsetter og må kunne inkorporere virksomhetsavklaringer i løpet av planleggingsperioden.

Eksterne forhold

Utviklingen av Oslo universitetssykehus vil både ha stor interesse for og berøre en rekke interessenter, og sentralt i dette er Oslo kommune. En så stor samling av arbeidsplasser med høyt kompetansenivå ved både sykehus- og universitetsmiljøet vil tiltrekke seg en rekke aktører som ønsker en nær tilknytning. Til sammen betyr dette nye behov for utvikling av næringsvirksomhet, boliger og infrastruktur. Utviklingen av sykehuset må derfor sees i et byutviklingsperspektiv, det vil si i sammenheng med utviklingen av tilstøtende områder, der andre eiendomsutviklere vil ha interesse. Dette må belyses i idéfasen. Involvering av andre interessenter i utviklingen av sykehusets bygningsmasse kan åpne et finansielt mulighetsrom som også bør belyses gjennom idéfasen.

Organisering og rammebetingelser

Organisering er skissert i mandat for arbeidet. Administrerende direktør vil lede styringsgruppen, og denne skal ha representasjon fra Universitetet i Oslo, Oslo Kommune og eier med flere. I styresak 18/2012 ble det estimert at videre idéfasearbeid kunne drives innen en ramme på 36 millioner. Idéfasen for Campus Oslo vil ha dette beløp som en øvre ramme for ressursbruk og så skal første fase av arbeidet inkludere utarbeidelse av en tidsplan og budsjett for hele idéfasen som skal behandles og godkjennes. Budsjettet skal inkludere kostnader til eksterne rådgivere og frikjøp av interne medarbeidere ved Oslo universitetssykehus.

Mandat for idéfase

Campus Oslo

Somatikk, psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

7. desember 2012

Versjon 1.0

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn	3
2. Mål, rammer og forutsetninger for idéfasen	4
2.1. Mål	4
2.2. Virksomhets- og arealrelaterte forutsetninger.....	6
3. Idésøk, identifisering av alternative løsninger (konsepter).....	10
3.1. Prosjektalternativ og nullalternativ	10
3.2. To scenarioer for Oslo universitetssykehus	11
4. Rammer for planlegging og gjennomføring av prosjektet	12
5. Leveranse	12
5.1. Alternative løsningsmuligheter.....	12
5.2. Grunnleggende krav til løsningen	13
5.3. Oppbygging av rapporten fra idéfasen (Idéfaserapport).....	13
5.4. Suksesskriterier	13
6. Organisering	14
Vedlegg: Eksempel på oppbygging av en idéfaserapport	15

1. Bakgrunn

Styret ved Oslo universitetssykehus vedtok 29. mars 2012 i sak 18/2012 at Arealutviklingsplan 2025 skulle utgjøre grunnlaget for videre utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus. I tråd med sakens vedtak er det utarbeidet en overordnet strategi for Oslo universitetssykehus som beskriver ønsket utviklingsretning for virksomheten frem mot 2018. Sykehusets strategi utgjør det faglige grunnlaget og en utviklingsvei som vil være førende for videre dimensjonering, utnyttelse og plassering av bygninger.

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner. En flytting og sammenslåing av likartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på 70 adresser og om lag 185 bygninger er dette en omfattende oppgave. Disse tiltakene krever både oppgradering /tilpasning av eksisterende bygninger, etablering av ny bygningsmasse og avvikling av bygg som ikke lenger er egnet for helseformål. Utfordringene ved dette er flersidig; store arealer er vernet, og bygningsmassen ved sykehuset har både dårlig teknisk kvalitet, manglende egnethet og spredt beliggenhet.

Arealutviklingsplanen anbefaler at det i den videre utviklingen legges til rette for en samling over tid hvor sykehuset og universitet er knyttet sammen innen forskning, utdanning og innovasjon. Idéen videreføres i en visjon hvor Campus Oslo er utviklet som et samlingsbegrep for et av verdens fremste områder for høyspesialisert pasientbehandling, og hvor forskning, utdanning og vitenskap for å bedre liv og helse integreres. Dette vil være en viktig del av utviklingen av sykehuset samtidig som det vil bidra til å løfte Oslo fra en "fjordby" til også å bli en "kunnskapsby" samt ha betydning for nasjonal verdiskapning særlig innen livsvitenskap.

På bakgrunn av dette ønsker Oslo universitetssykehus nå å igangsette en idéfase. Denne skal identifisere mulige prinsipielle løsningsalternativer for å realisere et Campus Oslo innenfor det geografiske området Gaustad, Blindern og Ullevål. Idéfasen vil derfor måtte omfatte utredning av løsninger knyttet både til organisering av virksomheten og til arealbehov i fremtiden. Dette dokumentet beskriver mandatet for idéfaseutredningen.

2. Mål, rammer og forutsetninger for idéfasen

2.1. Mål

Samfunnsmålet er å utvikle et fremtidsrettet sykehus med vekt på brukermedvirkning, moderne løsninger for utredning og behandling, forskning og utdanning samt et godt arbeidssted for de ansatte. Behovet for utvikling av Oslo universitetssykehus skal kobles sammen med Oslos behov for byutvikling og Universitetet i Oslos planer om satsning på livsvitenskap, og slik lage et samvirke som medfører en betydelig samfunnsmessig verdiskapning. Gjennom dette vil man sikre langsiktige løsninger for bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus slik at virksomheten får gode vilkår for å løse fremtidens utfordringer innenfor de funksjoner sykehuset har eller får ansvar for.

Arbeidet med idéfasen skal basere seg på Oslo universitetssykehus sin overordnede strategi (styrebehandles 17.12.2012) som sier:

Oslo universitetssykehus skal kjennetegnes ved at:

1. Vi tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv

- a) Valg og prioriteringer som blir gjort i Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes behov.
- b) Oslo universitetssykehus skal bidra til at Oslo sykehusområde sikres et lokalsykehusstilbud av høy kvalitet.
- c) Tilbudet til de pasientgruppene som har størst behov for vår spesialkompetanse skal prioriteres. Vi skal være et ledende sykehus innen traumatologi og akuttbehandling.
- d) Pasientene skal få spesialisert diagnostikk og behandling av høy kvalitet enten sykdommen er fysisk, psykisk eller relatert til rus og avhengighet. Dette gjelder også pasienter med sammensatte behov og flere diagnoser. Vi vil ha et spesielt fokus på å sikre syke barn et godt tilbud.
- e) Pasientene og deres pårørende skal oppleve å bli tatt på alvor. Alle pasienter skal få tilpasset informasjon og ha reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen behandling.
- f) Pasientene skal oppleve at vi samarbeider tett med andre i helsetjenesten for å gi forutsigbar og godt koordinert utredning og behandling med korte ventetider og færrest mulig brudd i pasientforløpene*.
- g) Standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset. Så langt det er mulig skal et tverrfaglig miljø som behandler én sykdom samles ved én lokalisasjon. En slik organisering legger forholdene til rette for oppbygging av robuste fag- og forskningsmiljøer og gir effektiv ressursutnyttelse.
- h) Vi skal systematisk registrere og analysere informasjon om risiko, forbedringsbehov og uønskede hendelser for å forebygge at pasienter skades som følge av medisinsk undersøkelse og behandling. I arbeidet med å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet skal vi ta utgangspunkt i behandlingsresultater og andre kvalitetsmål som er relevante for pasientene. Resultatene skal være offentlige.

*Med "pasientforløp" menes en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.

2. Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

- a) Vi skal videreutvikle vår egenart som Norges ledende universitetssykehus med et spesielt nasjonalt ansvar for å tilby spesialisert diagnostikk og behandling av høy kvalitet. Vi skal hele tiden arbeide for å forbedre pasienttilbudet gjennom å utvikle, fange opp, ta i bruk, dele og evaluere nytten av ny kunnskap og delta i faglige nettverk regionalt, nasjonalt og internasjonalt. For enkelte små eller spesielle pasientgrupper kan det være aktuelt å etablere behandlingstilbud i samarbeid med andre sykehus i og utenfor Norden.
- b) Oslo universitetssykehus skal, i tett samhandling med Universitetet i Oslo, utvikle seg videre som et ledende akademisk senter innen forskning, utdanning og innovasjon. Vi skal levere forskning, utdanning og innovasjon av høy kvalitet innen hele bredden av sykehusets fagområder, samtidig som vi satser strategisk innen utvalgte områder.
- c) Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i forskningsnære klinikker. Vi skal kvalitetssikre behandlingstilbudet gjennom systematisk registrering av behandlingsresultater i medisinske kvalitetsregistre. Pasientene skal få tilbud om å delta i forskningsprosjekter.
- d) Vi skal sammen med Universitetet og Oslo kommune arbeide for å styrke og synliggjøre Oslo som nasjonalt sentrum for livsvitenskap**.
- e) Utdanningens betydning i sykehuset skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil.
- f) Innovasjon skal prege arbeidsdagen. Hos oss skal det nytte å tenke nytt.

**Livsvitenskap – Life Science - bidrar til økt forståelse av sykdommer, aldring og hvordan menneskekroppen fungerer, og er vitenskap hvor man studerer levende organismer som planter, mikrober, dyr og mennesker med ulike naturvitenskaplige tilnæringer hentet fra medisinske fag og realfag.

3. Oslo universitetssykehus skal være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

- a) Vi skal bidra til en best mulig utnyttelse av helsevesenets samlede kompetanse og ressurser ved å samarbeide med andre deler av spesialist- og primærhelsetjenesten om en hensiktsmessig fordeling av oppgaver. Det skal legges vekt på å sikre en god funksjonsfordeling innenfor Oslo sykehusområde.
- b) Vi skal bidra til å realisere Samhandlingsreformen gjennom et likeverdig samarbeid med Oslo kommune og andre kommuner.
- c) Vi skal utvikle nye drifts- og samarbeidsformer, ikke minst ved en tettere relasjon til fastlegene og til andre sykehus. Ved omfordeling av oppgaver skal det legges vekt på gjensidig støtte og kompetanseoverføring.
- d) Vi skal legge etiske og kost-nytte vurderinger til grunn før innføring av ny teknologi og behandling.
- e) Vi skal være aktive deltakere i samfunnsdebatt om helse, fag og forskning og bidra til regional og nasjonal utvikling av helsetjenesten.
- f) I samarbeid med universitet og høgskoler skal vi bidra til at det utdannes helsearbeidere basert på samfunnets fremtidige behov gjennom aktivt å medvirke til å tilpasse utdanningsaktiviteten og utdanningenes innhold.
- g) Vi skal ha et folkehelseperspektiv og bidra til forebygging og helsefremmende tiltak, samt til oppbygging av kunnskap om og bedre behandling av de store sykdomsgruppene.
- h) Vi skal ha fokus på global helse og dele vår kunnskap og kompetanse med utviklingsland.
- i) Sykehuset skal drives og utvikles med bærekraftige og klimavennlige løsninger.

4. Oslo universitetssykehus skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

- a) Oslo universitetssykehus skal være en arbeidsplass der det er godt å arbeide og som det er grunn til å være stolt av.
- b) Oslo universitetssykehus skal ha fokus på ledelse. Vi behøver synlige og gode ledere som tar ansvar for arbeidsmiljøet og evner å formidle og skape oppslutning om målene for sykehuset.
- c) Medarbeiderne skal ta ansvar for, delta i utviklingen av og ha innflytelse på arbeidsmiljøet.
- d) Interne prosesser skal være åpne slik at grunnlaget for beslutningene er tilgjengelige og tydelige for berørte medarbeidere.
- e) Forholdene skal legges til rette slik at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse.
- f) Oslo universitetssykehus skal tenke forebygging og legge forholdene til rette for helsefremmende arbeidsplasser for medarbeiderne.
- g) Bygninger og arbeidsverktøy skal vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.

På bakgrunn av dette skal eiendomsmassen utvikles slik at den på best mulig måte støtter opp om sykehusets mål om god pasientbehandling, fagutvikling, samhandling, arealeffektivisering, driftseffektivisering og et godt arbeidsmiljø. Tidsrammen for målrealisering for den samlede portefølje av arealtiltak skal utredes som en del av idéfasearbeidet. Etter realisering av nye løsninger knyttet både til organisering av virksomheten og til arealbehov er målsetningen at Oslo universitetssykehus skal skåre høyere på pasienttilfredshetsundersøkelser, nasjonale kvalitetsindikatorer og ha færre pasientskadesaker enn i dag.

I denne sammenhengen påpekes det spesielt at det samtidig med byggeaktiviteter skal drives god og sikker pasientbehandling. En god forståelse av disse utfordringene må utvikles gjennom den videre planleggingen. Hensynet til pasientsikkerheten i en byggeperiode som kan bli lang vil vektlegges ved valg av løsninger.

2.2. Virksomhets- og arealrelaterte forutsetninger

Overordnet strategi og det videre arbeid med operasjonalisering av denne og med virksomhetsavklaringer vil sammen med Arealutviklingsplan 2025 (inkludert ekstern kvalitetssikring /evaluering av denne), danne utgangspunktet for arbeidet med idéfasen. Arealutviklingsplanen angir et dimensjoneringsgrunnlag og identifiserer utviklingsmuligheter som skal vurderes nærmere.

Som grunnlag for idéfasen er det lagt noen forutsetninger relatert til fremtidig virksomhet. Dette er forutsetninger av strategisk karakter som fastlegges gjennom videre prosess med strategien for sykehuset. De viktigste av disse er nærmere omtalt nedenfor.

Lokalisering og utvikling av akuttfunksjoner og sammenheng med regionale funksjoner

Helse Sør-Øst legger i styresak 108/2008 til grunn at "akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner i et sykehusområde som hovedregel skal samles på ett sted, men det åpnes for tilpasninger". I dag er akuttfunksjonene for sykehusområdet Oslo i stor grad lokalisert til Ullevål sammen med multitraume som i tillegg er en regional funksjon. Behandlingen av de kompliserte akuttpasientene krever ofte støtte fra regionale medisinske og kirurgiske funksjoner, og de samme funksjonene vil i stor utstrekning også være nødvendige på Rikshospitalet i forbindelse med høyspesialiserte funksjoner og nasjonale tjenester (landsfunksjoner). Dette betyr i dag duplisering av funksjoner og utstyr. Det har innen enkelte fagområder ikke lyktes å finne frem til effektiv

ressursutnyttelse med dagens modell, og gjennom idéfasen skal man derfor beskrive mulige løsninger der disse samlokaliseres. Ambisjonen er uansett å vedlikeholde og utvikle vår posisjon innen behandlingen av akutt kritisk syke pasienter og traumepasienter.

Lokal- og områdefunksjoner

Oslo universitetssykehus skal bidra til at det utvikles et lokalsykehusstilbud i Oslo som ivaretar lokalsykehusfunksjonen på en fremtidsrettet måte, spesielt med hensyn til Oslo befolkningsvekst og mangfold i befolkningen, samt behandlingsutvikling og samhandling. Lokalsykehusfunksjonen skal utvikles i samarbeid med blant annet Oslo kommune, Diakonhjemmet, Lovisenberg og ikke minst Helse Sør-Øst som har sørge-for ansvaret. Oslo befolkningsvekst fortsetter og tilsier at man legger en plan for best mulig utnyttelse av samlet kapasitet og kompetanse i Oslo-området og også sammen med Helse Sør-Øst vurderer hvilket omfang en idéfase i Oslo universitetssykehus skal ha. Dette arbeidet må også ta inn i seg samhandlingsreformen og muligheten for utvikling av desentralisert, nettverksbasert lokalfunksjon i Oslo (for eksempel etter modell fra Stockholm) og det overordnede mål om likeverdige tjenester til befolkningen.

Oslo universitetssykehus skal ivareta områdefunksjonen for Oslo sykehusområde. Avgrensning av områdefunksjoner er krevende, og vil nødvendigvis ytterligere avklaring dersom all virksomhet ikke er samlet.

Regions- og landsfunksjoner

Oslo universitetssykehus er regionsykehus for innbyggerne i Helseregion Sør-Øst og har også en rekke nasjonale funksjoner. Den overordnede strategien fastslår at vi skal videreutvikle vår egenart som Norges ledende universitetssykehus med et spesielt nasjonalt ansvar, og at vi skal ta i bruk, dele og evaluere nytten av ny kunnskap. Oslo universitetssykehus ønsker å videreutvikle sin funksjon som Norges "helsebakvakt". Høyspesialiserte funksjoner som krever samarbeid og spisskompetanse innen mange fag og/eller bruk av avansert, kostbart utstyr må samlokaliseres for å sikre en god ressursutnyttelse og for å ivareta den ønskede videreutviklingen. Dette legges til grunn for idéfasearbeidet.

Leon-prinsippet og gode pasientforløp

Laveste effektive omsorgsnivå (Leon)-prinsippet og gode pasientforløp skal ligge til grunn for utforming av fremtidens sykehus. Den overordnede strategien fastslår at standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset, og dette legges til grunn for idéfasearbeidet. Det presiseres at forskjellige løsninger avhengig av fagområde må vurderes.

Barn

Oslo universitetssykehus samler landes største barnemedisinske miljø med ekspertise fra de vanlige til de høyspesialiserte nasjonale oppgavene. Oslo universitetssykehus har som ambisjon å utvikle et samlet fagmiljø som grunnlag for utviklingen av et nasjonalt barnesykehus hvor idéfasearbeidet knyttet til barnehabilitering skal ivaretas inn i denne helheten.

Kreftbehandling

Moderne kreftbehandling kjennetegnes ved multidisiplinær diagnostikk og behandling. Det vil si at stadig flere pasienter får eller er kandidater for kombinert behandling av kirurgi, strålebehandling og

medikamentell behandling. Driftskonseptet bør være, i tillegg til dag- og poliklinisk behandling, en komplett døgnbasert virksomhet som omfatter både kirurgi og onkologisk behandling med integrert forskning og pasientbehandling. Det legges til grunn at fremtidens kreftbehandling således utvikles best nær øvrig spesialisert sykehusvirksomhet og med nærhet til universitetet. Det betyr at Radiumhospitalet innen rammen av "Oslo Comprehensive Cancer Centre"-modellen lokaliseres innen Campus Oslo. Etter styrets vedtak i sak 18/2012 forventes det drift på Montebello i mange år fremover.

Radiologi og laboratoriefunksjoner

Oslo universitetssykehus skal tilby høyspesialisert diagnostikk innen både radiologi og laboratoriefag. En videre utvikling forutsetter dels at man har oppdatert utstyr, men også at man gjennom lokalisering legger til rette for effektiv drift med mest mulig samling av og automatisering innen laboratorievirksomhet. Kapasiteten i sykehuset er så stor at man må søke stordriftsfordeler og beskrive potensial også for å betjene andre deler av helsetjenesten i tillegg til sykehusets interne behov. Moderne IKT-løsninger vil gi mulighet for en betydelig endring i organisering av disse tjenestene.

Avdeling for kompleks epilepsi (SSE)

Avdeling for kompleks epilepsi i Sandvika inneholder lands- og regionsfunksjoner, og bør som sådan lokaliseres innen Campus Oslo som del av idéfasearbeidet.

Psykisk helse og avhengighet

Aktiviteten på Dikemark forutsettes avviklet. Det foreligger en idéfaserapport for sikkerhetsplasser kombinert med plasser for psykisk utviklingshemmede med alvorlige psykiske lidelser der plassering på Gaustad er utredet. Idéfaseen for regional sikkerhetsavdeling ble ferdigstilt før 22. juli-hendelsen. I dag er det aktuelt å utrede alternativ organisering og lokalisering for særdeles krevende og langvarig rehabilitering til forskjell fra høyspesialisert psykoseutredning og -behandling, som en del av den idéfasen som nå starter.

Spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og avhengighet (utenom DPS, BUP-poliklinikk og rus-poliklinikk) skal lokaliseres nær somatisk virksomhet, slik at det legges til rette for gjensidig effektiv samhandling. DPS inkludert BUP-poliklinikker og rus-poliklinikk organiseres på to steder (Mortensrud og Aker/Sinsen).

Arealutviklingsplanen beskriver en samling av øvrige deler av psykisk helse og avhengighet på Ullevål. Andre alternativer med lokalisering innen Gaustad-området av Campus Oslo skal også vurderes.

Aker sykehus

Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune med tilbud til bl.a. pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelser, psykiske problemer og rusmiddelavhengighet, samt eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets slutfaser (jfr. foretaksprotokoll av 24. november 2010).

Det er opprettet et internt prosjekt, Prosjekt Helsearena Aker, med oppgave å koordinere alle aktiviteter Oslo universitetssykehus skal ha på Aker, også med tanke på nye virksomhetsområder. Sykehusets strategi slår fast at nordre del av Aker skal utvikles som samhandlingsarena sammen med Oslo kommune og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Søndre del kan eventuelt benyttes til andre formål og dette må utredes.

Trender og fremtidig kapasitetsbehov

Det er stor usikkerhet relatert til den langsiktige utviklingen innen medisinske behandlingsformer og befolkningsvekst. Denne usikkerheten må det tas høyde for i planleggingen. Dette ivaretas best ved at det utvikles en fleksibel bygningsmasse der størst mulig grad av standardisering åpner for at arealene vil være hensiktsmessige uansett hvilken aktivitet som drives i dem. Samtidig må det være plass for videre utvikling og utvidelser når den opprinnelige utbyggingen er fullført.

Samordning av planene med Universitetet i Oslo

Universitetet i Oslo arbeider med planer for et anlegg for livsvitenskap ved Forskningsparken. Planene for Oslo universitetssykehus må ses i sammenheng med den planlagte utviklingen ved universitetet. Planprosessen må derfor foregå i nær kontakt med representanter fra universitetet. I tillegg må Oslo universitetssykehus som et universitetssykehus planlegges med universitetsarealer i bygningsmassen som skal utvikles. Dette innebærer også et nært samarbeid helt fra idéfasen.

Det presiseres at de bygningsmessige løsninger skal medvirke til å utnytte den samlede kompetanse knyttet til sykehus og universitetsmiljø innen forskning og utdanning.

Samordning av planene med Oslo kommune

Utviklingen av morgendagens Oslo universitetssykehus vil ha både faglige, arealmessige og næringsmessige avhengigheter til Oslo kommune. Det er en forutsetning at man involverer Oslo kommune i den videre planlegging, og at man sammen med kommunen finner frem til en god samarbeidsform for det videre arbeid. Oslo kommunes pågående planlegging av Storbylegevakt er viktig for Oslo og for Oslo universitetssykehus, og alternative løsninger for lokalisering av Storbylegevakten skal inkluderes i idéfasen. Det forutsettes løpende dialog med Oslo kommune om dette i det videre arbeid.

Gjennomførte utredninger

I tillegg til Arealutviklingsplan 2025 og forutsetninger av strategisk karakter, er det gjennomført utredninger som vil legge føringer for både arealbehov og løsninger:

- **Ikke medisinske servicefunksjoner (kjøkken, tekstilvaskeri og varemottak/lager)**

En foreliggende utredning om dette viser at det er mange alternative løsninger knyttet til disse funksjonene.

- **Kartlegging av eksisterende infrastruktur ved Ullevål sykehus**

Arealutviklingsplanen inneholder forslag til samlokalisering av somatikk Ullevål ved etablering av et nytt klinikkbygg. I tilknytning til dette er det gjennomført en kartlegging som omfatter vurdering av risiko, kostnader og tidsplan for etablering av infrastruktur knyttet til utvikling av et sykehusanlegg sentralt på Ullevålsområdet.

- **Tidligere kartlegging av teknisk tilstand og oppgraderingsbehov og sykehusets vedlikeholdsplan**

Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt gitt at disse også kan medvirke til god drifteffektivitet. Dette vil si at bygg med god kvalitet og egnethet for å ivareta fremtidige behov benyttes enten slik de fremstår i dag eller ombygget/tilpasset ny virksomhet. Gjennom idéfasen skal det identifiseres hva som er den mest hensiktsmessige utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, sett i kombinasjon med nye bygg for å ivareta det

totale behovet for bygningsarealer. Tidligere kartleggingsarbeid av teknisk tilstand, oppgraderingsbehov, brukbarhet, og potensial for fremtidig bruk samt sykehusets vedlikeholdsplan forutsetts å tas inn som en del av denne idéfasen.

- **Mulighetsstudie – lokalisering av Oslo universitetssykehus på Gaustad**

Det er gjennomført en mulighetsstudie med tanke på om det kan være fysisk mulig å lokalisere et samlet Oslo universitetssykehus sammen med Universitetet i Oslo i området Gaustad-Blindern. Muntlig orientering ble gitt om dette i styresak 79/2012. Studien viser at det er fysisk mulig, men at det vil kreve en rekke avklaringer med interessenter i området, Oslo kommune, reguleringsmyndigheter, Statens Vegvesen med flere. Mulighetsstudien skal konkretiseres gjennom idéfasearbeidet.

3. Idésøk, identifisering av alternative løsninger (konsepter)

3.1. Prosjektalternativ og nullalternativ

Idéfasen skal gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Helsedirektoratet 12/2011) og resultere i de leveranser som er omtalt i dette dokumentets kapittel 4 og 5.

Prosjektalternativ

I idéfasen skal det avklares om det er mulig å samle et komplett Oslo universitetssykehus, enten i området Gaustad-Blindern eller på Ullevål. Alternativet til en komplett lokalisering ved Gaustad-Blindern skal inkludere Ullevålstomten. I den grad Ullevålstomten ikke gir rom for en løsning eller vil gi en realistisk og praktisk fremdriftsplan, vil man kortfattet måtte beskrive hvilke funksjoner som eventuelt kan etableres annet sted.

I Arealutviklingsplan 2025 brukes begrepet Campus Oslo om området Gaustad-Blindern-Ullevål, og aktiviteten som foregår i dette området. Det ligger et betydelig potensial for pasientbehandling, forskning, innovasjon, utdanning og fremtidig næringsutvikling i dette området. Området kan defineres geografisk på to måter; som en mindre, konsentrert variant mellom Gaustad og Blindern og en større variant som også inkluderer Ullevål. Idéfasen skal belyse muligheter, fordeler og ulemper ved ulik utnytting av dette området.

Nullalternativ

Nullalternativet er i Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging definert slik: "Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og byggene over byggenes resterende levetid, med minst mulig kostnader. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres. Kalles også et referansealternativ eller et utsettelsesalternativ. Nullalternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og hvilke konsekvenser det har for investeringer og drift." . For å forstå alternative løsningsforslag og deres økonomiske og praktiske konsekvenser, må derfor også nullalternativet drøftes mht. driftseffektivitet, pasientbehandling, forskning, innovasjon, og utdanning.

Som bakgrunn for arbeidet med nullalternativet skal Multiconsults tilstandsrapport av sykehusets bygningsmasse brukes.

Alternative verdier

Idéfasen skal tydeliggjøre hvilke områder som fraflyttes i de ulike scenarioene og estimere verdien av de fraflyttede bygninger og tomtearealer. Verdien vil forventes å utgjøre et vesentlig bidrag til

finansieringen av nytt sykehus. Modeller for optimal verdiskapning (for alle interessenter, spesielt Oslo universitetssykehus og involverte kommuner) skal skisseres.

3.2. To scenarier for Oslo universitetssykehus

I tillegg til nullalternativet skal to scenarier legges til grunn i idéfasen. Innen hvert scenario skal det utredes alternative konsepter.

For alle konsepter skal det gjøres vurderinger av muligheten for en trinnvis utvikling av bygningsmassen i takt med endringer i behov, funksjon og tilgjengelighet til areal. Dimensjoneringen skal ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025 (planens scenario 1 og 2).

Scenario 1 – Full samlokalisering - et komplett Oslo universitetssykehus

Scenario 1 innebærer å samle hele sykehusets virksomhet (inkludert psykisk helse og avhengighet utenom DPS og BUP-poliklinikk) på to mulige lokalisasjoner:

- A. I området Gaustad-Blindern
- B. På Ullevål-tomten.

Nærmere beskrivelse av alternativene:

Et samlet Oslo universitetssykehus mellom Gaustad og Blindern (Scenario 1A)

En etablering i området Gaustad-Blindern krever utnyttelse av eksisterende bygg og etablering av ny bygningsmasse på et utvidet tomteareal. Dagens reguleringsplan på Gaustad begrenser videre utbygging. En slik løsning forutsetter derfor en omregulering av tilstøtende tomtearealer for å kunne utvide byggeområdet. De tekniske, økonomiske og reguleringsmessige utfordringene for veitrafikken og bebyggelsen i området vil kreve avklaringer mot eksterne instanser, og må også sees i sammenheng med de planene for utvikling som Universitetet i Oslo utarbeider i samme område. Resultatet av pågående reguleringsprosesser forutsetts å tas inn som en del av denne idéfasen. Dette scenarioet tilsier at Radiumhospitalet, Ullevål, Dikemark og SSE fraflyttes.

Mulige plasseringer av ny bygningsmasse skal minst omfatte:

Utvikling av tomteareal på Gaustad mot sør, øst eller nord og på tvers av Ring 3, ved å legge veien i tunnel eller med lokk over veien. Dette konseptet baseres seg på mulighetsstudien som er utført for dette området.

Utvikling av tomteareal på Gaustad mot nord-øst.

Utvikling av tomteareal på Gaustad både mot sør, øst og nord og på tvers av Ring 3, ved å legge veien i tunnel eller med lokk over veien.

Et samlet Oslo universitetssykehus på Ullevål (Scenario 1B)

Dette scenarioet baserer seg på Arealutviklingsplan 2025 som viser at det er mulig å etablere et samlet Oslo universitetssykehus på Ullevål. Det må vurderes om det er mulig å utvikle et tilstrekkelig areal for nytt sykehus samtidig som driften ved Ullevål sykehus opprettholdes. Deler av bygningsmassen og tomtearealene ved Ullevål inngår i Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve samhandling med vernemyndighetene i utvikling av mulige konsepter.

Scenario 2 – Delt lokalisering av funksjonene ved Oslo universitetssykehus

Scenario 2 skal belyse mulighetsrommet dersom all virksomhet ikke samles i en ende av Campus Oslo (Gaustad eller Ullevål). Dette innebærer en fordeling av sykehusets funksjoner på to «hovedlokalisasjoner» og et geografisk utvidet Campus Oslo. Her må virksomhetsavklaringer knyttet til funksjonsfordeling utarbeides.

Mulige plasseringer på Ullevål skal minst omfatte:

Utvikling og utbygging av Ullevål-tomten sentralt, i tråd med anbefalingen i Arealutviklingsplan 2025

Utvikling og utbygging i områdene nord på Ullevål-tomten

På Gaustad vil løsningsmulighetene for plassering av bygg være de samme som i scenario 1 (utvidelse mot sør, øst eller nord, eller kombinasjoner av disse).

4. Rammer for planlegging og gjennomføring av prosjektet

Idéfasen skal gjennomføres innen 12 måneder fra prosjektets oppstart med fremleggelse av løsningsforslag for alternativene, inklusive vurderinger og avklaring av hvilke alternativer som skal videreføres i en konseptfase. Øvre ramme for ressursbruk i idéfasen er 36 millioner kroner inklusive mva. Det skal i idéfasearbeidets første fase utarbeides en tidsplan inklusive budsjett for hele idéfasen som skal behandles og godkjennes. Budsjettet skal inkludere kostnader til eksterne rådgivere og frikjøp av interne medarbeidere ved Oslo universitetssykehus. Beløpet er avsatt i investeringsbudsjettet for samlokalisering fase 1.

En økonomisk ramme for de løsningene som utvikles i idéfasen er ikke definert, men i utforming og prioritering av løsningsmuligheter skal investeringsbehov være klarlagt.

5. Leveranse

5.1. Alternative løsningsmuligheter

Idéfasen skal i henhold til Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanelegging i sykehusprosjekter presisere behovet og identifisere mulige løsningsalternativer. Dette omfatter både virksomhetsmessige løsninger og byggløsninger (investeringsprosjekter). Idéfasedokumentene skal danne underlag for beslutning om videre utredning. Idéfasene skal avklare hvilke alternative prosjekt som er «liv laga». At et prosjekt er «liv laga» innebærer at det er:

- **Relevant.** Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- **Gjennomførbart.** Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- **Levedyktig.** Helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Dette krever at ulike alternativer identifiseres og utredes på et overordnet nivå, og at alternativene vurderes ut fra omforente forutsetninger om behov, mål, ambisjonsnivå, kapasitet og økonomi.

Det presiseres at «liv laga» også bør ha et samfunnsmessig perspektiv for Campus Oslo.

Idéfasen skal:

Gjennomgå Arealutviklingsplan 2025, eventuelt underlaget og evalueringen av denne.

Foreta nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen og datagrunnlaget.

Gjennomføre et idésøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre.

Sørge for aktuelle virksomhetsavklaringer.

Utarbeide plan og mandat for konseptfasen.

Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå.

5.2. Grunnleggende krav til løsningen

Følgende overordnede krav stilles til utforming av løsningene:

Overordnet robusthet med hensyn til å kunne utvikles til å ivareta fremtidig økt behov for kapasitet i investeringenes økonomiske levetid.

Tilrettelegging for å kunne ivareta endrede virksomhetsrelaterte behov i fremtiden. Dette omfatter generalitet, fleksibilitet og elastisitet. Med generalitet menes bygningers og strukturers evne til å benyttes til ulike funksjoner uten endring eller ombygging. Med fleksibilitet menes bygningers endringsdyktighet og tilpasning til andre funksjoner uten å endre basisinstallasjonene eller konstruksjonen. Med elastisitet menes mulighet for å utvide bygninger; bygge til med nye fløyer eller etasjer når det oppstår nye arealbehov eller nye funksjoner som må plasseres i nybygg.

Gjennomførbart uten alvorlige forstyrrelser på sykehus i drift eller fare for pasientsikkerhet.

Minimale transportavstander for pasienter, ansatte og varer.

5.3. Oppbygging av rapporten fra idéfasen (Idéfaserapport)

Idéfasen avsluttes med fremleggelse av en idéfaserapport. Den skal omfatte bearbeidet informasjon fra Arealutviklingsplan 2025, og oppsummering og presisering av utredninger og analyser i idéfasen. Rapporten skal omfatte et mandat for konseptfasen som bl.a. presiserer hvilke alternativer som anbefales utredet videre. Idéfaserapporten skal inneholde en plan for konseptfasen. I vedlegg er det vist et eksempel på oppbygging av en idéfaserapport.

5.4. Suksesskriterier

Når idéfasen er ferdig skal situasjonen være som følger:

Idéfasen er gjennomført i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

Idéfasen er godt forankret i de berørte fagmiljøer i organisasjonen, i driftsorganisasjonen og hos øvrige interessenter.

Resultatet av idéfasen gir grunnlag for beslutning om igangsetting av konseptfase.

Idéfasen er i overenstemmelse med føringer fra Helse Sør-Øst om forestående investeringer.

6. Organisering

Idéfasen vil kreve omfattende virksomhetsavklaringer som basis for å vurdere realismen og gjennomførbarheten av de ulike løsningene. Dette kan vise seg å være den mest krevende delen av arbeidet. Organiseringen må også ta høyde for at det vil kreves uvanlig mange eksterne avklaringer for eksempel versus luftfart og samferdsel (både vei og kollektivt), samt overfor Universitetet i Oslo, Oslo kommune, eier, private ideelle sykehus med mere. Et overordnet prinsipp er at arbeidet med tidligfaseplanlegging (idé-, konseptfase og forprosjekt) har som formål å utvikle et fremtidsrettet og godt tilbud til byen, regionen og landet inne pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon. Denne delen av prosessen eies derfor av fagsiden av virksomheten. Det forutsettes et tett samvirke med drifts- og eiendomssiden av Oslo universitetssykehus og eksterne deltagere.

Det skal etableres en dedikert prosjektgruppe bestående av personer fra Oslo universitetssykehus og konsulenter med bred erfaring fra denne type arbeid. Det samlede omfanget av prosjektet er omfattende og vil kreve en prosjektleder på fulltid med totalansvaret for planlegging og gjennomføring. Deltagelse fra eksterne aktører i prosjektgruppen, som for eksempel Oslo Kommune og Universitetet i Oslo vil være ønskelig.

Prosjektlederen knytter til seg en referansegruppe bestående av interessenter som blir direkte berørt av planene, samt høyt kvalifiserte fagpersoner fra Oslo universitetssykehus. Eksempler på eksterne interessenter er; de private sykehusene, Oslo kommune og Statens vegvesen.

Det etableres også en ekstern rådgivningsgruppe til administrerende direktør med representanter som kjenner sykehusvirksomheten i Oslo-området, men som først og fremst har strategisk kompetanse innen samfunnsutvikling og som har en anerkjent autoritet utover helsesektoren.

Styring

Prosjektleder rapporterer til en styringsgruppe. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus. Styringsgruppen skal ha en sammensetning som både sikrer ivaretagelse av strategiske virksomhetsaspekter, god funksjonalitet i løsningsvalg og effektiv gjennomføring av planprosessen. Bl.a. bør både leder for Stab Medisin, helsefag og utvikling og direktør Oslo sykehusservice inngå i styringsgruppen. Universitetet i Oslo og Oslo kommune er også ønsket representert i styringsgruppen. Det bør dessuten vurderes å inkludere ekstern kompetanse på planlegging og gjennomføring av større prosjekter i styringsgruppen.

Koordinering og samhandling

Planleggingen i idéfasen vil kreve en omfattende koordinering og samhandling mellom flere organisasjonsenheter og på flere nivåer. Sentralt i denne sammenheng er samhandlingen mellom virksomhetsplanleggingen og den bygningsmessige planleggingen. Her vil det måtte etableres egnede kommunikasjonskanaler og samhandlingsfora. Det vil påhvile sykehusets øverste ledelse en betydelig oppgave å avklare alle vesentlige virksomhetsspørsmål med klinikkledelsen og disse avklaringer må fremskaffes som en del av prosessen med idéfasearbeidet. Klinikkoppnevnte brukergrupper skal også etableres og involveres etter behov.

Vedlegg: Eksempel på oppbygging av en idéfaserapport

(Ref. Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter)

For å kunne sette i gang en idéfase for et prosjekt skal det foreligge en utviklingsplan hvor tiltaket inngår, og tiltaket må være innpasset i investeringsplanen for foretaket. Idéfase skal resultere i en idéfaserapport. Hvis utviklingsplan ikke foreligger eller krever oppdatering må idéfasen utsettes til dette er avklart.

Omfang og detaljering av rapporten må tilpasses det aktuelle prosjektet. Rapporten kan inndeles i fire hovedområder/tema:

- Del en som beskriver bakgrunn for igangsetting av planprosessen; mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet.
- Del to som identifiserer og avgrenser tiltaket i forhold til utviklingsplanen og investeringsplanen. I denne delen inngår også oversikt over overordnede krav og føringer som ligger i strategiske dokumenter, og som har betydning for de løsninger som kan velges.
- Del tre som omfatter presisering av hvilke alternative løsninger som skal utredes. Dette skal nedfelles i mandatet for neste planfase, konseptfasen.
- Del fire som omfatter en plan for organisering og gjennomføringen av konseptfasen.

Rapporten vil kunne inneholde følgende hovedpunkter/kapittel:

Oppsummering og anbefaling

Bakgrunn, mandat for arbeidet

- Vedtak om oppstart planlegging.
- Mandat, organisering og rammer for planarbeidet.

Mål for og avgrensing av tiltaket

- Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner ol. Hentes fra utviklingsplanen.
- Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg. Beskriver spesielle problemstillinger. Viser eventuelle endringer og oppdateringer av utviklingsplanen med beskrivelse av konsekvenser. Hentes fra utviklingsplan og investeringsplan.
- Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring. Beskriver utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg. Hentes fra utviklingsplanen.
- Idésøk. Beskrive alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen, grunnlaget hentes fra utviklingsplanen. Drøfter de alternative løsningenes bidrag til å løse "sørge for ansvaret" og driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene.
- Mandat for konseptfasen, alternative løsninger

- Investeringsramme for tiltaket. Foretakets evne til å håndtere kostnadene ved tiltaket i tiltakets levetid (økonomisk bæreevne).
- Vurdering av alternativene, hva er "liv laga".
- Plan for gjennomføring av konseptfasen
- Plan for ressurser, organisering, aktiviteter og tid.
- Plan for kontrahering av leverandører til neste fase.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	17. desember 2012
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	1. Vedlegg – Budsjettdokument 2. Vedlegg – Klinikkenes innspill 3. Vedlegg – Drøftingsprotokoll

SAK 86/2012: BUDSJETT 2013

Forslag til vedtak:

- 1. Styret legger til grunn et årsresultat på minus 200 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2013.*
- 2. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 86/2012. Styret tar til etterretning at avstemning i foretaksgruppen og økt presisjon i detaljeringen av driftsbudsjettet kan føre til endringer i budsjettet. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.*
- 3. Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av de forhold som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes gjennomføre en dialog med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013 dersom dette er nødvendig. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.*
- 4. Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF til å finansiere investeringer til omstilling i samsvar med tabell 3.*
- 5. Administrerende direktør gis disponeringsfullmakt til å beslutte investeringer for bygg oppad til 50 millioner kroner.*
- 6. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Oslo den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken gir grunnlag for en beslutning om budsjett for 2013. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger og aktivitetskrav fra Helse Sør-Øst RHF er reflektert i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som gjøres gjeldende for styring av virksomheten i 2013 (tabellene 1-3 bakerst i saken) og som foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av budsjettet. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett for 2012, estimat for 2012 og tallgrunnlaget fra økonomisk langtidsplan 2013-2016 som ble behandlet av styret i september i år.

Klinikkenes innspill til håndtering av sine budsjetter følger i vedlegg 2. Vedlegg 3 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte.

Foreløpig budsjett for 2013 for Oslo universitetssykehus HF er tidligere blitt presentert for styret i styresak 74-2012 og styresak 62-2012 med mer utførlig beskrivelse av arbeidet med tiltak i sentral stab og klinikkene.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret behandlet første gang budsjett for 2013 ved behandling av økonomisk langtidsplan 2013-2016 (styresakene 45/2012 og 61/2012). Ved første gangs behandling av økonomisk langtidsplan våren 2012 var utsiktene for Oslo universitetssykehus HF i 2013 usedvanlig krevende fordi:

- Inntektsrammer og resultatkrav krevde svært store kostnadsreduksjoner og bemanningsreduksjoner i den somatiske virksomheten.
- Aktivitetsmål innenfor somatikken var lite avstemt mot kravene om reduserte ventetider og fjerning av fristbrudd.
- Dårlig standard for deler av bygningsmassen, en raskt aldrende beholdning av medisinskteknisk utstyr (MTU) og fragmenterte IKT-løsninger kombinert med investeringsrammer som ikke ga muligheter for vesentlige forbedringer.

Administrerende direktør varslet derfor styret at det med utgangspunkt i gjeldende forutsetninger var betydelig risiko knyttet til gjennomføring av virksomheten i 2013.

Utover høsten har administrerende direktør sammen med styreleder hatt omfattende dialog med Helse Sør-Øst RHF om de økonomiske rammebetingelsene for drift og investering i Oslo universitetssykehus HF. Forutsetningene som nå foreligger for drift og investeringer i 2013 er vesentlig forbedret sammenliknet med økonomisk langtidsplan 2013:

- Inntektene til Oslo universitetssykehus HF er økt både for 2013 og for årene framover.
- Oslo universitetssykehus HF er finansiert for et høyere aktivitetsnivå i samsvar med forutsetningene i statsbudsjettet for 2013.
- Helse Sør-Øst RHF tillater et budsjett med inntil -200 millioner kroner som økonomisk resultatmål i 2013.
- Behovene for fornyelse av IKT i Oslo universitetssykehus HF er høyt prioritert i Helse Sør-Øst RHF's IKT-strategi som ble vedtatt i oktober.
- Oslo universitetssykehus HF er gitt økt finansiering til investeringer i MTU og til utbedringer og vedlikehold av bygninger for å imøtekomme tilsynskrav.

Administrerende direktør mener at det med disse endringene i de økonomiske forutsetningene for drift og investeringer i 2013 ligger til rette for at Oslo universitetssykehus HF kan drives med betydelig mindre risiko enn tidligere varslet. Samtidig kan det gjøres vesentlige framskritt i det langsiktige arbeidet for å bedre kvaliteten på bygninger, MTU og IKT.

Trass i redusert risiko for gjennomføring av virksomheten i 2013 står Oslo universitetssykehus HF fortsatt overfor store omstillinger, både i det kommende året og i årene framover. Hovedtrekkene i det flerårige utfordringsbildet som ble tegnet i økonomisk langtidsplan står fortsatt ved lag: Foretaket må effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til fortsatt satsning på investeringer i bygninger, MTU og IKT. Investeringene i bygninger, MTU og IKT vil reelt sett være finansiert av lån (eller reduserte fordringer) og vil medføre økte avskrivninger i årene framover.

Administrerende direktør vil videre understreke at med en drift i samsvar med budsjett for 2013 vil foretakets kortsiktige gjeld øke. Isolert sett skulle dette tilsi et strammere budsjett, men dette vurderes ikke som realistisk uten å øke risikoen på andre områder.

Administrerende direktør understreker derfor viktigheten av at det flerårige arbeidet med forbedringer i driften må fortsette. Administrerende direktør tar sikte på å starte arbeidet med budsjett 2014 tidlig inn i neste år og prioritere arbeid med tiltak som bidrar til varig driftsforbedring. Samtidig må det arbeides for å øke inntektene til Oslo universitetssykehus HF på varig basis.

3. TIDLIGERE VEDTAK

Den 20. september ble styret forelagt sak 61/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016 til beslutning. Som del av behandlingen av denne styresaken ble det fattet et enstemmig vedtak om økonomisk styringsmål for 2013:

”2. På bakgrunn av vedtaket i styret i Helse Sør-Øst RHF den 20. juni 2012 ber styret administrerende direktør om å legge til grunn et null-resultat som økonomisk styringsmål for 2013.”

Den 25. oktober ble styret forelagt sak 74/2012 Budsjett 2013 til orientering. Styret fattet følgende enstemmig vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om status for budsjett 2013 til orientering.*
2. *Styret er bekymret for at tiltakene ikke er tilstrekkelige til å kunne styre mot det økonomiske målet for 2013.*
3. *Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.*

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølstad Knudsen, Rita von der Fehr, Svein Erik Urstrømmen og Vibeke Braastad Kristiansen ønsket følgende ført til protokollen:

”Ansatterepresentantene viser til tidligere protokolltilførsel i sak 62/2012 20. september 2012 og organisasjonenes drøftingsinnspill til foreliggende styresak. Saksfremlegget og vedleggene fra klinikkene synliggjør i enda større grad enn tidligere at målet om budsjettbalanse i 2013 fremstår som urealistisk. En stadfesting av krav om salderte budsjetter i henhold til nåværende styringsmål for 2013 meldes å kunne få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet på grunn av redusert kapasitet i sykehuset og ansattes arbeidsforhold vil etter all sannsynlighet forverres. Ansatterepresentantene mener derfor at det vil være behov for et møte mellom styret i OUS og HSØ for å diskutere om OUS vil være i stand til å levere sykehusets tjenester slik at de forventede mål i det kommende oppdragsdokumentet for 2013 kan nås innenfor tildelt inntektsramme. Herunder må misforholdet mellom reell aktivitet i 2012 og rammetildeling for 2013 inkludert forventet aktivitetsvekst avklares.”

4. Budsjett 2013 for Oslo universitetssykehus HF

a. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2013 legger til rette for en økning i somatisk aktivitet (ISF-finansiert) på 0,9 pst fra aktivitetsnivået i 2012. Helse Sør-Øst RHF har satt et aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF i samsvar med dette. Etersom aktiviteten for 2012 i Oslo universitetssykehus HF er høyere enn budsjettet, innebærer dette et aktivitetsnivå innenfor somatikken som er betydelig høyere enn lagt til grunn i økonomisk langtidsplan.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling planlegges det samlet sett med en dreining av aktivitet fra døgnbehandling til dag- og poliklinisk basert behandling. For psykisk helsevern for voksne legges det til grunn om lag

uendret aktivitet i 2013 etter betydelig vekst i aktivitet fra 2011 til 2012. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling legges det opp til vekst i aktiviteten fra 2012 til 2013.

b. Driftsbudsjett

I oktober og november er det fremkommet en rekke vesentlige endringer i rammeforutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2013. De største endringene kan oppsummeres som følger:

- 200 millioner kroner i endret styringsmål – avklart med Helse Sør-Øst RHF
- 125 millioner kroner i økte inntekter som følge av ny ISF-grupper
- 60 millioner kroner i økte kurdøgnsinntekter
- 30 millioner kroner i økte gjestepasientinntekter fra andre regioner
- 100 millioner kroner i finansiering av høyere aktivitet (i forhold til forutsetningene i økonomisk langtidsplan)

Som følge av dette er kravet til effektivisering og kostnadsreduksjoner fra 2012 til 2013 vesentlig endret for den somatiske virksomheten i forhold til forutsetningene i økonomisk langtidsplan. Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2013 er det i foreliggende forslag til budsjett et estimert krav til effektivisering innen somatisk virksomhet på 2-3 pst, mot tidligere anslått 5-6 pst. Klinikkene har drøftet tiltak som langt på vei imøtekommer dette kravet til effektivisering.

Administrerende direktør har bedt klinikkene om å konsentrere innsatsen rundt 5 områder som i 2013 vil bli fulgt videre opp i dialogen mellom administrerende direktør og klinikkledelsen i månedlig rapportering og tertialoppfølging.

De fem områdene er

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

c. Investeringer

Det har vært en omfattende dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om investeringer for 2013. Det legges nå til grunn et samlet investeringsnivå på om lag halvannen mrd kroner i investeringer for Oslo universitetssykehus HF for 2013 (inklusive regionalt finansierte IKT-investeringer): Omstillingsinvesteringer for 562 millioner kroner (inklusive investeringer for å utbedre tilsynspålegg på bygg), investeringer i videreføring av ordinær drift for 414 millioner kroner, og 407 millioner kroner i regionale midler til IKT-investeringer som kommer Oslo universitetssykehus HF til gode. Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i IKT vil bli aktivert i Sykehuspartner (del av Helse Sør-Øst RHF) og legges ikke fram til formell beslutning nå.

I forbindelse med investeringer for å utbedre tilsynspålegg mv (Omstillingsinvesteringer fase 2) har Helse Sør-Øst uttalt:

”Helse Sør-Øst RHF er innforstått med at arbeidet med utbedringer ihht pålegg vil være flerårig (som en del av fase 2). På bakgrunn av forslag fra OUS og dialog omkring dette, har vi valgt å reservere midler for en gjennomføring av investeringer i størrelsesorden 100 MNOK. Skulle gjennomføringstakten i 2013 vise seg å bli endret, er vi åpne for ny dialog med OUS om behovet for investeringsmidler.”

d. Likviditet og finansiering

Kontantstrømsbudsjettet for 2013 (tabell 8 i vedlegg 1) viser en negativ endring i likviditet gjennom 2013 på om lag 320 millioner kroner. Hoveddelen av dette skyldes at det er budsjettet med et driftsunderskudd (styringsmål) for 2013 på 200 millioner kroner og en pensjonspremie som er om lag 100 millioner kroner høyere enn den budsjetterte pensjonskostnaden. Finansiering av investeringer er budsjettet slik at dette ikke påvirker den samlede likviditeten, gjennom at pådrag knyttet til omstillingsinvesteringer løpende faktureres Helse Sør-Øst RHF (lånefinansiering eller avdrag på fordring). Investeringer i ordinær drift, finansieres gjennom likviditetsstrøm fra drift (forskjellen mellom budsjetterte avskrivninger, inntektsføring av investeringstilskudd og endring i basisfordring til Helse Sør-Øst RHF), forutsatt et resultat som budsjettet. Budsjettet underskudd er forutsatt dekket gjennom tilsvarende økning av driftskreditrammen.

e. Fullmakter

Utover fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer i samsvar med vedtatt budsjett foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

Fullmakt til å beslutte investeringer i bygninger inntil 50 millioner kroner
Beslutning om investeringer i bygninger over 50 millioner kroner skal forelegges Helse Sør-Øst RHF. Det foreslås at administrerende direktør tildeles samme fullmakt som er tildelt Oslo universitetssykehus HF. Til nå har beslutninger som overstiger 10 millioner kroner blitt forelagt styret. Erfaringene har vist at nåværende fullmaktsbegrensninger kan bremse framdriften i de enkelte prosjektene. Styret vil løpende bli oppdatert om status for investeringene. Beslutninger med høy risiko vil bli forelagt styret uansett kostnadsramme.

Fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF.

Det ligger an til at Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere deler av omstillingsinvesteringene i 2013. Investeringer til omstilling utgjør 462 millioner kroner innenfor Fase 1 og 100 millioner kroner til Fase 2 for budsjett 2013. Finansieringskildene til disse investeringene er tredelt: Låneopptak fra Helse Sør-Øst RHF med foreløpig ramme på 750 millioner kroner (2012-kroner) behandlet i statsbudsjettet for 2012 og videreført i statsbudsjettet for 2013, tilbakebetaling av fordring Oslo universitetssykehus HF har på Helse Sør-Øst RHF og salg av eiendom.

Fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Ansatte i Oslo universitetssykehus HF er tilsluttet fire pensjonskasser. Statens pensjonskasse (SPK) er eneste kasse der Oslo universitetssykehus HF tar stilling til beslutning om reinvestering av pensjonsmidler. Statens pensjonskasse forelegger begrensede valg. Administrerende direktør innhenter råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT i Oslo universitetssykehus HF og råd fra ekstern pensjonsrådgiver før beslutning om investeringsvalg (ref styresak 93/2012 Administrerende direktørs orienteringer). Som for 2012 legges det opp til at styreleder forelegges plasseringsvalget før beslutning.

Tabell 1 – Aktivitet**Måltall for somatikk 2013**

Pasientbehandling	Budsjett 2013
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	103 335
Antall liggedøgn - døgnbehandling	466 658
Antall dagbehandlinger	67 215
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	738 892

DRG-poeng	Budsjett 2013
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	201 161
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	15 877
DRG-poeng totalt	217 038

Måltall for psykisk helsevern 2013

Psykisk helsevern for voksne (VOP)	Budsjett 2013
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall liggedøgn døgnbehandling	79 315
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	1 250
Antall oppholdsdager dagbehandling	0
Antall polikliniske konsultasjoner	79 461
Kjøp fra private institusjoner (VOP)	
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	6
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 500

Barne - og ungdomspsykiatri	Budsjett 2013
Antall liggedøgn døgnbehandling	4 121
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	96
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 041
Antall polikliniske konsultasjoner	51 820

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (TSB)	Budsjett 2013
Antall liggedøgn døgnbehandling	29 001
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 815

Tabell 2 – Driftsbudsjett

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2013
Basisramme	10 769 342
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	2 247 539
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	292 263
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	605 997
ISF-refusjon kostnadskrev.legemidler utenfor sykehus	28 292
Utskrivningsklare pasienter	4 331
Gjestepasienter	576 532
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 187 511
Polikliniske inntekter	487 810
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	55 461
Andre øremerkede tilskudd	985 576
Andre driftsinntekter	623 074
Sum driftsinntekter	18 863 728
Kjøp av offentlige helsetjenester	67 781
Kjøp av private helsetjenester	177 864
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 160 627
Innleid arbeidskraft	83 808
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	46 571
Lønn til fast ansatte	8 619 249
Overtid og ekstrahjelp	1 022 629
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 414 744
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-541 304
Annen lønn	1 532 957
Avskrivninger	790 000
Nedskrivninger	0
Andre driftskostnader	2 608 353
Sum driftskostnader	18 983 279
Driftsresultat	-119 551
Finansinntekter	29 229
Finanskostnader	109 678
Finansresultat	-80 449
Ordinært resultat	-200 000

Tabell 3 – Investeringsbudsjett

Beløp i millioner kroner

Ordinær drift	Budsjett 2013
IKT 1)	32
Medisinskteknisk utstyr	244
Bygg	30
Annet	54
Til fordeling 1. kvartal 2013	54
Sum investeringer ordinær drift finansiert i 2013	414

Omstilling eksklusive finansieringskostnader	Budsjett 2013
Omstillingsinvesteringer Fase 1 inklusive samhandlingsarena Aker	462
Omstillingsinvesteringer Fase 2 - Oppgraderinger og myndighetspålegg	100
Sum omstillingsinvesteringer	562

VEDLEGG 1

Budsjett for Oslo universitetssykehus HF 2013 – Forutsetninger og detaljer

1. Oppdrag 2013 for Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF er i prosess med Helse Sør-Øst RHF om Oppdrag og bestilling 2013. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2013 samt tildelte midler for å gjennomføre dette. Det ligger an til at Oppdrag og bestilling 2013 blir besluttet i fortaksmøte tidlig i 2013.

I Oppdrag og bestilling 2013 vil det bli satt et særskilt fokus på følgende områder:

- 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 gjennomført en særskilt dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om planlagt aktivitetsnivå og det økonomiske handlingsrom for 2013 de siste månedene. Som resultat av denne dialogen er det avklart følgende:

- Det kan for 2013 budsjettet planlegges for et somatisk aktivitetsnivå som er 0,9 pst høyere enn nivået for 2012. Dette samsvarer i hovedtrekk med klinikkens samlede vurdering av nødvendig aktivitet i 2013 for å redusere ventetider og fristbrudd, selv om det er en risiko for at Oslo universitetssykehus også for 2013 vil måtte behandle flere pasienter enn det aktivitetsrammene tilsier for å nå målet om reduksjon i ventelistene.
- Det er avklart et investeringsnivå i 2013 som i vesentlig grad imøtekommer det behovet som er meldt inn fra Oslo universitetssykehus HF.
- Det er avklart et økonomisk handlingsrom som innebærer et budsjettert driftsunderskudd i 2013 på inntil 200 mill kroner med tilhørende økning i driftskreditten til Oslo universitetssykehus HF.

Det økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus (krav til resultatforbedring i driftsbudsjettet) er etter dette beregnet til om lag 300 mill kroner for 2013. Budsjettet er derfor fremdeles krevende å gjennomføre for 2013 med krav til en effektivisering på 2-3 pst innen den somatiske virksomheten.

2. Inntekter og andre forutsetninger

Tabell 1 (se slutten av notatet) redegjør for rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF. I tabell 2 er det videre redegjort for sentrale forutsetninger for budsjettet for 2013.

Driftsinntekter	Budsjett 2012	Estimat 2012 Rapportert pr. oktober 2012	ØLP - Vedtatt 25.09.2012	Budsjett 2013
Basisramme	10 421 368	10 421 368	10 082 942	10 769 342
Aktivitetsbaserte inntekter	5 843 893	5 817 644	5 864 964	6 430 275
Andre inntekter	1 600 193	1 703 493	1 620 193	1 664 111
Sum driftsinntekter	17 865 454	17 942 505	17 568 099	18 863 728

Teksttabellen ovenfor viser de samlede inntektene til Oslo universitetssykehus HF i budsjettet for 2013. Basisramme (faste inntekter) utgjør nær 10,8 mrd kroner (57 pst av de samlede inntektene). Dette er en økning med 700 mill kroner i forhold til det som var lagt til grunn i økonomisk langtidsplan for 2013. Om lag halvparten av dette skyldes imidlertid omregning fra 2012-priser til 2013-priser. 6,4 mrd kroner (34 pst) er definert som aktivitetsavhengige inntekter, hvorav 2,2 mrd kroner er budsjettert salg til andre foretak i regionen.

Tabell 2 viser sentrale inntektsforutsetninger for Oslo universitetssykehus HF i 2013. Som følge av foretakets spesielle funksjoner settes det på enkelte områder særlige priser på tjenester fra Oslo universitetssykehus HF. Prisene i tabell 2 er omforent med Helse Sør-Øst RHF og avstemt med budsjettene til de andre foretakene i Helse Sør-Øst.

Prisen for kurdøgn ved Geilomo barnesykehus (habiliteringstilbud til barn med astma, allergi, eksem og hjertelidelser fra 1.-10. klasse, lokalisert til Geilo) er økt betydelig fra 2012 til 2013 ettersom tilbudet frem til 2012 i hovedsak var finansiert med basisramme. Det er nå lagt kostnadsdekkende pris til grunn, og dette er avstemt med de andre helseregionene. Oslo universitetssykehus HF har uttrykt bekymring for pasienttilgangen ved å innføre kostnadsdekkende priser. Samtidig kan et inntektsbortfall vanskelig kompenseres ved tilsvarende kostnadsreduksjoner, da bemanning og kapasitet er tilpasset dagens tilbud. Oslo universitetssykehus har mottatt et brev fra Helse Sør-Øst RHF der dette er omtalt som følger:

"Helse Sør-Øst RHF har forståelse for denne bekymringen, og ber Oslo universitetssykehus HF følge utviklingen i pasienttilgangen og kapasitetsutnyttelsen (på Geilomo barnesykehus, vår tilføyelser). I og med at dette tilbudet er nokså unikt i landet, ønsker ikke Helse Sør-Øst RHF en reduksjon, eller eventuelt bortfall, av tilbudet på bakgrunn av endringen i finansieringsløsningen alene."

Oslo universitetssykehus HF vil følge opp utviklingen av aktivitet ved Geilomo barnesykehus og rapportere om særskilt endring i bruken av tilbudet i 2013.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for innsetting av cochleaimplantater. Ved behov for å skifte den ytre delen av implantatet bestiller pasient dette selv fra leverandør. Leverandør fakturerer deretter Oslo universitetssykehus HF på bakgrunn av at pasienten tidligere er operert hos oss selv om pasienten ikke har vært til ny behandling ved foretaket. Gjennom inntektsmodellen blir inntektene til finansiering av befolkningens behov fordelt til pasientens områdesykehus. Det er derfor lagt til grunn at disse kostnadene blir viderefakturert til pasientens bostedsforetak. Samlet utgjør dette om lag 8 mill kroner.

3. Prioriteringer

Ved utarbeidelsen av budsjett 2013 er det gjort prioriteringer i forhold til tildelinger av budsjettrammer til de formål og oppgaver Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre. Prioriteringene følger tre hovedområder som er omtalt under:

- Fordeling av aktivitetsvekst innen somatikk 2012 til 2013
- Forvaltning av de prioriteringer som fremkommer i rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Særskilte interne prioriteringer i Oslo universitetssykehus

3.1. Aktivitet innen somatikk

For 2013 er det budsjettet med en aktivitet tilsvarende 217.038 DRG-poeng. Forventet effekt av endringer i ISF-regelverket fra 2012 til 2013 (gjennomgående økte vekter for behandlinger ved Oslo universitetssykehus HF) er innarbeidet med 5.147 DRG-poeng. Det samme gjelder ramme for økning i antall brystrekonstruksjoner med 525 DRG-poeng. Det henvises til tabell 3.1 for måltall for somatikk.

Når det gjelder feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil rapportering av utførende helsepersonell, er dette estimert til 1.900 DRG-poeng og 62.000 polikliniske konsultasjoner per år. I 2012 er dette så langt korrigert kun i resultatregnskapet (økonomisk effekt). Fra og med november 2012 vil imidlertid også rapporteringen av aktivitet til Helse Sør-Øst RHF justeres for dette. Inntil det er etablert en korrekt teknisk rapportering til Norsk Pasientregister vil imidlertid rapportert aktivitet i uttrekket fra det pasientadministrative systemet være feil også i 2013 og først bli korrigert i rapportering på foretaksnivå. I budsjettet for 2013 er dette håndtert ved at det er budsjettet med en tilsvarende negativ aktivitet (1.900 negative DRG-poeng og 62.000 konsultasjoner) på overordnet nivå.

Budsjett-tildelingen til klinikkene for 2013 tar utgangspunkt i estimert aktivitetsnivå for 2013. Utover dette er det fordelt om lag 2.100 DRG-poeng i økt aktivitet (utenom økning i antall brystrekonstruksjoner, jf omtale ovenfor). Det er foretatt en vurdering av fordeling av vekst mellom de somatiske fagområdene.

Kriteriene som er lagt til grunn for vurdering av vekst er følgende:

- Forventet demografisk utvikling
- Omfang av øyeblikkelig hjelp (inkl kreft)

- Ventelistesituasjonen
- Muligheter for overføring av aktivitet til andre

På grunnlag av disse kriteriene er aktivitetsveksten fordelt som følger;

Medisinsk klinikk er gitt ramme for aktivitetsvekst på 0,8 pst for å ivareta befolkningsvekst og øyeblikkelig hjelp. Det er forutsatt at muligheter i forhold til samhandling med Oslo kommune, inkl tilbud for øyeblikkelig hjelp, benyttes.

Klinikk for kirurgi og nevrofag er gitt økt ramme til aktivitetsvekst hovedsakelig ut fra klinikkens behov for å redusere ventelistene. Basert på klinikkens innspill er det gitt ramme for økning innenfor plastikk-kirurgi (generelt), nevrokirurgi, øye og nevrologi. Det er ikke gitt ramme til økning innenfor ortopedi. Innenfor ortopedi forutsettes det at noe aktivitet kan overføres til andre institusjoner (både andre helseforetak og private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har avtale med), og det er lagt til grunn at frigjort kapasitet kan benyttes til økning av den mer spesialiserte aktiviteten innenfor fagområdet. I tillegg kommer økt ramme til brystrekonstruksjoner for denne klinikken. Samlet har klinikken fått en økt ramme for aktivitetsvekst på 2,0 pst.

Kvinne- og barneklubben er gitt en økning i ramme for aktivitetsvekst på 0,5 pst knyttet til ivaretagelse av demografiske forhold (blant annet økt antall fødsler).

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben er gitt en ramme for aktivitetsvekst knyttet til ivaretagelse av demografiske forhold og vekst i øyeblikkelig hjelp. Det er gitt en økning på 2 pst ved avdeling for kreftbehandling og 1 pst ved avdelingene transplantasjon, gastrokirurgi, urologi og bryst-/endokrinkirurgi. Samlet har klubben fått en økt ramme for aktivitetsvekst på 1,4 pst.

Hjerte-, lunge- og karklubben er gitt en ramme for aktivitetsvekst knyttet til ventelister og øyeblikkelig hjelp innen kardiologisk avdeling på 2 pst. Totalt sett for klubben gir dette en økt ramme for aktivitetsvekst på 1,1 pst. Klubbens egen vurdering tilsier et behov for høyere vekst. Det er lagt til grunn at samarbeidet med Feiringklubben videreføres på samme nivå som for 2012.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon har budsjettert en økning i aktivitet innen medisinsk genetikk. Fagområdet er en regionsfunksjon, og det er en sterk økning av etterspørsel etter genetiske analyser, blant annet drevet av en svært rask teknologiutvikling. Dette er en trend som forventes å fortsette de neste årene. Området er prioritert i Oslo universitetssykehus HF, og det er investert i utstyr for å håndtere denne økte etterspørselen. Det er et mål å korte ned ventetid på analyser knyttet til arvelig kreft.

Avdeling for mikrobiologi er i et metodeskifte der aktiviteten dreier seg mot molekylærbiologiske prøver. Det planlegges for vekst innen blant annet antibiotikaresistens og transplantasjonsvirksomheten.

Samlet vurdering av somatisk aktivitet

På bakgrunn av prioriteringene ovenfor og gjennomgangen med de enkelte klinikkene er vurderingen at den budsjetterte somatiske aktivitetsveksten i

hovedtrekk er dekkende for det forventede behovet for pasientbehandling i 2013. Det er likevel noen unntak som medfører en risiko for at Oslo universitetssykehus også for 2013 vil måtte behandle flere pasienter enn det aktivitetsrammene tilsier for å nå målet om reduksjon i ventelistene. Oslo universitetssykehus HF vil i denne sammenheng prioritere det ansvar som ligger i pasientrettighetsloven og vår forpliktelse i form av reduserte ventetider og redusert antall fristbrudd. Det legges til grunn at som tidligere år vil høyere DRG-aktivitet bli betalt etter gjeldende inntektsregime.

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

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2012 vært betydelig høyere enn budsjettet. Dette gjelder særlig den polikliniske aktiviteten som har økt med over 20 pst fra 2011. For 2013 er det derfor lagt til grunn en samlet aktivitet som er om lag på samme nivå som i 2012. Dette innebærer en betydelig høyere aktivitet enn budsjettet for 2012 for både døgn- og poliklinisk virksomhet. Det er foretakets vurdering at en aktivitet på dette nivået ivaretar befolkningens behov på en god måte. Det er imidlertid fortsatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om aktivitetsnivået for 2013. Det er budsjettet med en halvering av antall liggedøgn kjøpt fra private innenfor voksenpsykiatrien i 2013. Dette relateres til planlagt avvikling av avtale med Kirkens bymisjon.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge har aktiviteten i 2012 vært betydelig lavere enn budsjettet, særlig innenfor poliklinikk. For 2013 er det budsjettet med antall utskrivninger om lag på samme nivå som i 2012 (en økning på 4 utskrivninger tilsvarende 4 pst). Antall polikliniske konsultasjoner er budsjettet økt med om lag 4.700 (10 pst) fra estimat for 2012.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2012 vært høyere døgnaktivitet enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten har vært lavere. I budsjett 2013 er det lagt til grunn en økning i antall utskrevne pasienter på 415 (17 pst) og en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 1.900 (23 pst) fra 2012.

Det henvises for øvrig til tabell 3.2 for måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for 2013.

3.3. Særskilte tildelinger med økte rammer fra Helse Sør-Øst RHF

Oppstillingen under viser områder hvor Helse Sør-Øst RHF har lagt inn midler til nye formål i budsjett 2013:

Formål	Beløp (mnok)
Ny kreftstrategi – vardesentre	3,2
Ny kreftstrategi – pusterom	1,4
Midler til brystrekonstruksjoner	9,1
Regional sikkerhetspsykiatri (RSA)	5,0
Regional enhet for spiseforstyrrelser (RASP)	10,0
(Helårseffekt av tildeling fra 2012 til økt kapasitet RASP).	
Studenthelsetjenesten (økt ramme)	2,6

Forløpskoordinator kreftbehandling	0,7
Narkolepsi	3,0

Oslo universitetssykehus HF er tildelt økte rammeinntekter til Regional sikkerhetspsykiatri, jf tabellen ovenfor. Dette skal legges til rette for etablering av en liten enhet for langtidsbehandling av særlig farlige pasienter ved Regional sikkerhetsavdeling (RSA). Det er varslet at ytterligere finansiering vil bli vurdert fra 2014.

Tildeling til Regional avdeling for spiseforstyrrelser er helårseffekt av en halvt års tildeling i 2012. Total årlig rammeøkning fra 2011 til 2013 er dermed 20 mill kroner. Deler av finansieringen vil benyttes til investeringer som må komme på plass for å legge til rette for denne aktivitetsøkningen. Det er til avklaring med Helse Sør-Øst RHF hvordan dette budsjettmessig og rapporteringsmessig skal håndteres.

3.4. Særskilte interne prioriteringer i Oslo universitetssykehus

Det er foretatt enkelte særskilte prioriteringer i budsjettet for 2013. De viktigste er:

Formål	Beløp (mnok)
Energimerking	1,5
Omdisponert fra investeringer til drift innen behandlingshjelpemidler	4,0
Medisinsk teknisk virksomhetsområde – økning i innkjøpskapasitet og håndtering av økte servicekostnader	4,0
Ressursplanlegging (BRASSE)	2,4
Ny web-plattform	2,0
Styrking av strategi, utvikling og oppfølging av drift i regi av medisin og helsefaglig stab	4,0
Økte husleiekostnader (Domus Medica)	7,0
Vekst innen prehospitalet virksomhet	18,0
Økt ambulanse beredskap på Nesodden	4,0

3.5. Forskning

Helse Sør-Øst har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av total kostnader. Dette inkluderer både interne og eksterne forskningsmidler. I Oslo universitetssykehus HF er det lagt til grunn en beskjeden økning i ressursbruk til forskning i 2013 som følge av forventet vekst i eksternt finansierte midler. De eksterne tilskudd er ikke alltid kostnadsdekkende, og økt eksternt finansiering vil derfor kunne medføre noe interne følgekostnader, inkludert arealer o.a. infrastruktur. For øvrig legger klinikkene til grunn en skjerming av internt finansierte forskningsressurser i Oslo universitetssykehus, men med rom for interne omprioriteringer mellom forskningsmiljøer i klinikkene.

4. Drift av Oslo universitetssykehus HF 2013

4.1. Overordnet driftstrategi og intern rammefordeling (Nivå 2)

Overordnet driftsstrategi

Ansvar for gjennomføring av drift i Oslo universitetssykehus HF er delegert i lederlinjen. For store deler av virksomheten innen Oslo universitetssykehus HF er det behov for betydelig produktivitetsvekst eller gjennomføring av andre innsparinger for å levere et økonomisk resultat i henhold til styringsforutsetningene. Denne oppgaven er delegert fra administrerende direktør til klinikkledere. I forberedelsene til styrebehandling av budsjett 2013 er derfor klinikkene bedt om å rapportere på de tiltak de mener bør gjennomføres i 2013 for å bedre det økonomiske resultatet (se Vedlegg 2).

På en del områder varierer gjennomføringen av driften mellom de ulike enhetene på sykehuset. Klinikkene har et uttrykt behov for å opptre samlet og få støtte i gjennomføring av endringer i drift der det bør ligge til grunn like prinsipper og vurderinger ift ressursbruk. Direktørens stab tar derfor initiativ til flere virksomhetsovergrepene vurderinger og tilhørende tiltak som kan bidra til både mer ensartet drift og mindre ressurskrevende gjennomføring av drift. Områdene det arbeides med er omtalt i tidligere styresaker om budsjett 62/2012 og 74/2012.

Intern rammefordeling

Rammefordeling i Oslo universitetssykehus er i utgangspunktet basert på den historiske rammefordelingen fra før fusjonen. Rammene er senere (2011) blitt justert for redusert aktivitet og reduserte kostnadsrammer som følge av overføring av aktivitet fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Underliggende og planlagt aktivitetsvekst er på samme måte blitt tildelt klinikkene med en tilsvarende økning i kostnadsrammene.

Andre justeringer i budsjettene følger særskilte tildelinger fra Helse Sør-Øst RHF og interne prioriteringer som gjennomføres årlig. Det gjennomføres også løpende korreksjoner i forhold til konsekvensene av lønnsoppgjør, flyttinger av virksomhet, endret organisering mv. For 2013 budsjettet er det i tillegg gitt mulighet for å investere i utstyr som gir meget god effekt for driftsøkonomien mot tilsvarende reduksjon i utgiftsramme.

Utover forholdene som er omtalt ovenfor er det gjennomført generelle trekk i rammene til klinikkene som følge av en underdekning i de totale rammene til Oslo universitetssykehus, blant annet som følge av innføring av ny inntektsfordelingsmodell i Helse Sør-Øst RHF. Økte IKT-kostnader mv reduserer de økonomiske handlingsrommet for andre deler av virksomheten. På den annen side har avskrivningene reelt sett blitt redusert de siste årene som følge av lavt investeringsnivå over mange år.

Som nevnt innledningsvis er det budsjettert med et resultat på -200 mill kroner. Det er også tilkommet andre inntektsøkninger som har bedret ramme- forutsetningene for 2013 budsjettet. Det har dermed vært mulig å tildele en midlertidig ramme til flere klinikker på totalt om lag 275 mill kroner samtidig som det er budsjettert med 100 mill kroner i udisponerte midler (fellesposter). For

2013 budsjettet er den midlertidige rammen fordelt slik at de klinikker som har det mest krevende utfordringsbildet i pst av totale kostnader har mottatt en midlertidig tildeling. Denne tildelingen reduserer klinikkens utfordringsbilde og øker muligheten for å planlegge etter et mer realistisk budsjett for 2013.

4.2. Øremerkede inntekter

Forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU, Kreftregisteret, behandlingsreiser til utlandet, nasjonale kompetansesentre mv er aktiviteter som er finansiert av øremerkede inntekter.

Øremerkede inntekter er inntekter som kun kan anvendes til spesifiserte forhold. Det forutsettes at aktiviteten styres innenfor tildelte inntekter og eventuelle innbetalinger utover registrerte kostnader vil bli ført mot balansen slik at virksomhet basert på øremerkede inntekter isolert sett ikke skal påvirke det økonomiske utfordringsbildet. Oslo universitetssykehus HF fakturerer dekningsbidrag på en stor del av virksomheten som finansieres av øremerkede inntekter.

Så langt er det budsjettet med 857 mill kroner for Andre øremerkede tilskudd. Dette er omtrent på samme nivå som i budsjettet for 2012. Erfaringsmessig er denne delen av virksomheten noe underbudsjettet slik at den reelle aktiviteten i ettertid viser seg å bli høyere.

For Raskere tilbake er det budsjettet med 55 mill kroner. Dette er i samsvar med sendte søknader til Helse Sør-Øst RHF og innebærer en økning fra estimat 2012 på 20 mill kroner.

4.3. Andre inntekter – Salg av eiendom

Salg av eiendom inngår i Oslo universitetssykehus HF sin strategi for å bedre likviditetssituasjonen ved foretaket. Dette er også i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendige for foretakets virksomhet og strategiske planer. Det redegjøres nedenfor for hvilke eiendommer som planlegges solgt i 2013.

Det er utredet muligheten for å realisere Montebello Terrasse 15 i løpet av 2013. Eiendommen er et institusjonsbygg som ikke lenger er i bruk. Eksteriøret er vernet og bygget er vurdert å ha en verdi på 8 mill kroner. En salgsrealisering i 2013 forutsetter en behandling og et vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Fra tidligere foreligger det styrevedtak om salg av følgende eiendommer benyttet som utleieboliger for sykehusets ansatte og som Oslo universitetssykehus HF administrerer (ref. styresak 103/2011):

- Abbedikollen 32, som utgjør 5 leiligheter. Eiendommen er verdivurdert til 14 mill kroner
- Montebellobakken 5 som utgjør 3 leiligheter. Eiendommen er verdivurdert til 8 mill kroner
- Husebybakken, Elvefaret, Lysejordet, som utgjør 77 andelsleiligheter. Eiendommene er verdivurdert til 157 mill kroner

Styrevedtaket om salg av disse eiendommene ble oversendt Helse Sør-Øst RHF, og saken er behandlet og godkjent med hensyn på salg i Helse- og omsorgsdepartementet. Salg av leilighetene krever imidlertid enighet mellom Oslo universitetssykehus HF og Stiftelsen DNR om disponering av salgsinntektene.

I det foreslåtte budsjettet for Oslo universitetssykehus HF er det ikke budsjettert med gevinster fra salg av eiendom i 2013. Gevinster fra salg av eiendom er holdt utenom det økonomiske resultatkravet.

4.4. Lønnskostnader og pensjon

Det er budsjettert med en lønnsvekst i henhold til forutsetningene i statsbudsjettet for 2013, dvs 4 pst.

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2013 er 13,1 mrd kroner. Dette er en økning på 336 mill kroner, tilsvarende 2,6 pst fra estimat 2012. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 84 mill kroner innleie. Budsjettet for innleie innebærer en reduksjon fra estimat 2012 på 51 mill kroner.

Pensjonskostnader er budsjettert ut fra pensjonsberegningene levert fra de ulike pensjonskassene. Disse er basert på informasjon om ansatte per 1.1.2012 og samme økonomiske forutsetninger som ble lagt til grunn i årsregnskapet for 2012. Beregningene fra pensjonsleverandørene viser en pensjonskostnad for 2013 på om lag 2,4 mrd kroner.

Tabellen under viser utvikling i pensjonskostnader ved Oslo universitetssykehus HF fra 2010 – 2013 (budsjett).

PENSJONSKOSTNADER				
Beløp i TNOK	Resultat 2010	Resultat 2011	Resultat 2012	Budsjett 2013
Nåverdi av årets opptjening	1 261 223	1 295 778	1 350 671	1 391 947
Rentekostnad	1 248 199	1 159 327	1 069 403	1 111 016
Brutto pensjonskostnad	2 509 422	2 455 105	2 420 074	2 502 962
Forventet avkastning	-1 036 644	-1 039 057	-849 606	-921 636
Administrasjonskostnader	97 324	100 930	111 508	114 857
Netto pensjonskostnader	1 570 102	1 516 978	1 681 976	1 696 183
Resultatført planendring	-1 736 685	-463	-463	-463
Resultatført implementering	-	-	-	-
Resultatført estimatendr. og avvik	223 452	420 334	514 320	467 463
Netto kostnader før aga	56 869	1 936 849	2 195 833	2 163 184
Periodisert arbeidsgiveravgift	108 577	224 246	249 153	251 560
Netto kostnader inklusiv aga	165 446	2 161 095	2 444 986	2 414 744

Som det fremkommer av tabellen har det vært betydelige endringer i pensjonskostnad i disse årene. Resultat 2010 viser svært lave pensjonskostnader som følge av pensjonsreformen. Netto pensjonskostnad beregnes ut fra bestand (medlemmer) i de ulike pensjonskassene og gjeldende økonomiske forutsetninger for hvert av årene. Økonomiske forutsetninger og bestand lagt til grunn for budsjett 2013 vil bli oppdatert i januar 2013. Eventuelle endringer av de økonomiske forutsetningene/parametrene knyttet til pensjonsberegningen og oppdatering av bestand ved utgangen av 2012 vil påvirke kostnaden.

4.5. Bemanning – Brutto årsverk

Tabell 6 viser budsjetterte årsverk for 2013. Budsjetterte årsverk er i seg selv ikke et styringsmål for drift av Oslo universitetssykehus HF, men påvirkes av de totale rammebetingelser for budsjett 2013 og fordelingen mellom varekostnader, andre driftkostnader og lønnskostnader.

Anslaget på årsverk i 2013 er endret vesentlig siden behandlingen av økonomisk langtidsplan i september. Dette henger sammen med alle endringene i de økonomiske forutsetningene for budsjett 2013, jf avsnitt 1.

Det anslås nå et behov for reduksjon i antall årsverk med om lag 260 fra gjennomsnittlig nivå i 2012 for den del av bemanningen som inngår i pasientbehandling og støttetjenester. Det er videre budsjettert med en økning i bemanning finansiert med øremerkede midler på om lag 70 årsverk. Totalt sett er det for budsjett 2013 budsjettert med en reduksjon på om lag 190 årsverk fra gjennomsnittet i 2012.

Det er utarbeidet et budsjett fordelt på stillingskategorier. Budsjettert nedgang i bemanning slår særskilt ut på antallet stillinger innenfor administrasjon/ledelse og drifts-/teknisk personell. Klinikkene har budsjettert med en økning i antallet forskerstillinger på over 100 årsverk. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til å anslå årsverk fordelt på yrkeskategorier.

4.6. Varekostnader

For 2013 er det budsjettert med om lag 2,1 mrd kroner i varekostnader, en økning fra estimat 2012 på 1,7 pst. Økningen er mindre enn den generelle prisveksten. Samtidig er det budsjettert med noe aktivitetsøkning i 2013, hvilket også vil gi økte varekostnader isolert sett. Flere av klinikkene arbeider imidlertid med tiltak som forventes å gi reduserte varekostnader i 2013.

Teksttabellen nedenfor viser fordelingen mellom medikamenter, implantater, tester/reagenser/laboratorie- og radiologiprodukter og andre varekostnader som er lagt til grunn i budsjettet for 2013 (estimat 2012 for varekostnader samlet).

(Alle tall i TNOK)	B2012	E2012	B2013
Medikamenter (art 4000-4006)	580 818	-	619 241
Implantater (art 4020)	255 845	-	269 852
Tester, reagenser, lab- og rad.prod. (art 4040-4050)	486 248	-	575 174
Andre varekostnader	747 903	-	696 360
Sum varekostnader	2 070 814	2 124 814	2 160 627

4.7. IKT-kostnader

IKT-kostnadene har økt de siste årene, jf teksttabellen nedenfor. For 2013 er det budsjettert med 830 mill kroner i driftskostnader innenfor IKT-området. Dette inkluderer tjenestekjøp fra Sykehuspartner (om lag 700 mill kroner), kostnader til IKT til ulike prosjekter av driftskaraktter og drift av foretakets IKT-avdeling. I tjenestekjøp fra Sykehuspartner inngår alle avskrivninger innenfor IKT.

Resultat 2010	Resultat 2011	Budsjett 2012	Estimat 2012	Budsjett 2013
575 017	586 892	741 024	704 996	829 984

Budsjett 2013 innebærer en økning på 120 mill kroner fra estimat 2012. Økningen relateres i stor grad til økte avskrivningskostnader som følge av både lokale og regionale investeringer innenfor IKT-området (herunder særlig Milepæl 3, 4 og 5 i prosjektet Felles klinisk informasjonsgrunnlag). I tillegg er det budsjettert med en økning i tjenestepris for nye tjenester mv. Det er lagt til grunn at gjennomføring av DIPS-prosjektet vil gi om lag 20 mill kroner i driftskostnader i 2013. For Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI) er det lagt til grunn en forsert avskrivningsplan på bakgrunn av at DIPS forventes innført mot slutten av 2014.

4.8. Andre driftskostnader (Husleie, energi, kjøp av tjenester mv)

Teksttabellen nedenfor viser de budsjetterte kostnadene (1000 kroner) på enkelte hovedområder sammenliknet med budsjett og estimat for 2012, samt en kort forklaring på utviklingen.

Kostnadsområde	Budsjett 2012	Estimat 2012	Budsjett 2013	Endring E2012 til B2013	Kommentar til Endring E2012 til B2013
Energi	251 000	210 000	221 000	11 000	2012 var ett år med meget lave energikostnader. Reduksjonen knytter seg til pris, ikke volum. Det forventes noe høyere kostnader i 2013. Risiko knyttet til budsjettet anses ikke som vesentlig større enn det som er normalt med tanke på normale variasjoner i pris.
Service og vedlikehold, bygg	110 565	104 000	99 000	-5 000	Reduserer budsjett som følge av redusert kostnadsramme til OSS. Det hadde vært ønskelig med vesentlig høyere budsjett, men dette kan sees opp mot investeringsbudsjettet og de utbedringsarbeider som nå planlegges gjennomført.
Husleie	82 885	83 000	92 000	9 000	Økningen i budsjett for 2013 knytter seg til vedtak i Styret om leie av lokaler i Domus Medica UiO.
Service og vedlikehold, medisinsk teknisk utstyr	83 700	80 000	80 000	0	Det planlegges å gå igjennom utstyrsparken som har en registrert anskaffelsesverdi på over 3mrd med tanke på å ta ut noe av det eldste utstyret. Det vil også være en gjennomgang av avtaler, og avtaledekning. Med mye gammelt utstyr forventes ikke reduksjon i kostnader for 2013.
Sykehuspartner HR (lønnskjøring, ressursplanlegging)	72 700	73 000	76 000	3 000	Primo 2012 ble ressursplanleggingsystem i regi av HSØ/sykehuspartner innført på Ullevål og Aker. Økningen i denne budsjettposten knytter seg til helårseffekt av denne kostnadsøkningen.
Matvarer	69 983	71 000	65 000	-6 000	Det forventes ytterligere reduksjon som følge av prosessoptimalisering og videre bredding av matkonseptet 1-2-3, samtidig planlegges det med noe økt aktivitet på sykehuset.
Hotelldrift (ekstern drifter av eget Sykehotell)	44 000	43 000	44 000	1 000	Drift av sykehotell er en kostnad som viderefaktureres. Det kan være det blir en endring i kostnader og inntekter knyttet til hotell, men uendret resultateffekt for OSS. Dette er ikke avklart pt, og årets nivå opprettholdes både på inntektsiden og kostnadssiden. Økningen på 1mnok knytter seg til prisjustering.
Kommunale avgifter	26 890	28 000	29 000	1 000	Det er pt ikke lagt inn noen reduksjon i denne posten. Det forventes stort sett like arealer, og uansett likt forbruk av vann og avløp.
Vaskeritjenester	19 400	20 000	12 000	-8 000	Det legges opp til en innsparing på 8 mill kroner knyttet til inn-sourcing av vask av pasienttekstiler. Det er ikke forventet økte interne personalkostnader knyttet til dette, innsparingen forventes i sin helhet å tas på eksteme vaskeritjenester.

4.9. Avskrivninger

Det er budsjettet med 790 mill kroner til avskrivninger på bygninger og utstyr i 2013. Dette er en reduksjon på 10 mill kroner fra budsjett 2012. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på aktuelle anlegg, anlegg under utførelse og nyinvesteringer. Reduksjonen i forventede avskrivningskostnader knytter seg til at investeringsnivået de senere år har vært relativt lavt.

Det gjøres oppmerksom på at IKT-investeringer gjennomføres i regi av Sykehuspartner i Helse Sør-Øst RHF. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus sitt regnskap som avskrivninger, men som andre driftskostnader.

4.10. Finansinntekter og kostnader

For 2013 er det budsjettet med om lag 16 mill kroner i renteinntekter og om lag 110 mill kroner i rentekostnader. Dette er en liten nedgang i forhold til budsjettet for 2012, noe som forklares ved et lavere rentenivå selv om foretakets

rentebærende gjeld isolert sett forutsettes økte gjennom 2012.
Renteforutsetningene fremgår av tabell 2.

Datterselskaper og majoritetseierandeler

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2013 er det budsjettert med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 12,8 mill kroner. Dette er en økning på 0,5 mill kroner fra budsjett 2012.

Selskap	Beløp (mnok)
Sophies Minde Ortopedi A/S	7 554
Inven2 A/S (50%)	1 446
Sykehotell A/S	624
Barnehagebygg A/S	289
Radpark A/S	1 698
NMS A/S	1 171
Totalt	12 782

Resultatbudsjettet for 2013 for Oslo universitetssykehus HF inneholder også budsjettert resultat for datterselskapene (konsernbudsjett). I årsregnskapet vil det bli laget regnskap både for Oslo universitetssykehus HF og for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus.

Administrerende direktør har fullmakt til å forvalte helseforetakets eierinteresser i andre selskaper. Alt etter virksomhetenes art er oppfølgingen av selskapene lagt til direktør for forskning, innovasjon og utvikling, direktør Oslo sykehuservice og klinikkleder i Klinikk for kirurgi og nevrofag. Oslo universitetssykehus legger prinsipper for god eierstyring til grunn for forvaltning av sine eierinteresser i andre selskaper.

5. Investeringer i Oslo universitetssykehus HF

5.1. Ordinære investeringer

Den ordinære investeringsrammen er økt fra 315 mill kroner til 414 mill kroner fra 2012 til 2013 med bakgrunn i behovet for å øke investeringene i Medisinsk-teknisk utstyr. I tabellen under fremkommer den fordelingen av investeringsmidlene som nå legges til grunn.

Prosjekter	Foreslått budsjett 2013	Kategori	Forklaring
<i>IKT - lokalt finansierte prosjekter</i>	<i>32 000</i>	<i>IKT</i>	<i>Lokalt finansierte IKT prosjekter.</i>
<i>MTU Sammenbrudd</i>	<i>136 000</i>	<i>MTU</i>	<i>Effektiviseringsprosjekter.</i>
<i>MTU - LINAC</i>	<i>30 000</i>	<i>MTU</i>	<i>Sammenbrudd MTU.</i>
<i>MTU planlagte anskaffelser</i>	<i>44 000</i>	<i>MTU</i>	<i>LINAC, forpliktet fra 2012.</i>
<i>Trykktank</i>	<i>20 000</i>	<i>MTU</i>	<i>Diverse elektivt utstyr.</i>
<i>Effektiviseringstiltak/businesscase</i>	<i>14 000</i>	<i>MTU</i>	<i>Foreløping estimat.</i>
<i>Sammenbrudd bygg og tilsynsproj</i>	<i>30 000</i>	<i>Bygg</i>	<i>Business caser med gevinst første året.</i>
<i>Behandlingshjelpemidler</i>	<i>8 000</i>	<i>Annet</i>	<i>Sammenbrudd antas å øke grunnet dårlig stand på bygningsmassen.</i>
<i>Sammenbrudd øvrig utstyr</i>	<i>13 000</i>	<i>Annet</i>	<i>Prognostisert nivå for sammenbrudd i diverse utstyr, maskiner, inventarier etc.</i>
<i>Ambulanser</i>	<i>22 400</i>	<i>Annet</i>	<i>Prognostisert nivå for sammenbrudd i diverse utstyr, maskiner, inventarier etc.</i>
<i>Tekstilvaskeri Ullevål</i>	<i>2 000</i>	<i>Annet</i>	<i>Ambulanser</i>
<i>Kjøkken Rikshospitalet</i>	<i>8 600</i>	<i>Annet</i>	<i>Avsluttende del av tekstilvaskeri Ullevål. Forpliktet - effektiviseringsprosjekt</i>
<i>Til fordeling 1 kvartal 2013</i>	<i>54 000</i>		<i>Kjøkken Rikshospitalet. Forpliktet fra 2012.</i>
SUM	414 000		<i>Effektiviseringsprosjekt.</i>
			<i>Fordeles etter nærmere vurdering av behov og kjennskap til sammenbrudd hiå</i>

Innenfor dette budsjettet er det fremdeles til fordeling 54 mill kroner. Endelig fordeling vil komme på plass 1. kvartal 2013 etter en ytterligere vurdering av forventet frekvens på MTU-anskaffelser, vedlikeholdsområder knyttet til bygg og infrastruktur og mulig oppstart av ytterligere IKT-prosjekter.

Nærmere om investeringer i medisinsk teknisk utstyr

I tabellen ovenfor er det samlet sett disponert midler til investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 244 mill kroner. I tillegg vil det innenfor omstillingsinvesteringene inngå budsjetterte anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr (i hovedsak akuttbygget for 2013) i størrelsesorden 106 mill kroner. Totalt budsjett for anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr er derved 350 mill kroner i det foreliggende budsjett, jf styrets beslutning om en flerårig investeringsplan for MTU på i størrelsen 350 mill kroner per år. Videre er det som nevnt ovenfor fortsatt 54 mill kroner som foreløpig er udisponert og som skal fordeles i 1. kvartal 2013.

I samsvar med styrets vedtak 25. oktober 2012 utarbeides det en flerårig plan for investeringer i MTU i perioden 2013 til 2016. Denne planen vil foreligge medio mars 2013. Planen skal baseres på en gjennomgang av alt medisinsk teknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus HF i regi av Medisinsk teknisk virksomhetsområde. Klinikkene vil få i oppgave å kartlegge det behov de mener må prioriteres i perioden. Dette arbeidet vil samles og konkretiseres i en plan for prioriterte utskiftninger i Oslo universitetssykehus for årene 2013-2016.

5.2. Omstillingsinvesteringer fase 1

Oslo universitetssykehus gjennomfører samlokaliseringstiltak/omstillingstiltak i fase I innen en investeringsramme på 1,5 mrd. Det vises til Prop. 1S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor det står:

"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.

Samhandlingsarena Aker tiltak med en vedtatt totalramme på 75 millioner antas å komme i tillegg til investeringsrammen på 1.5 milliarder.

Omstillingsinvesteringer fase 1 for budsjett 2013.

For 2013 er det avsatt totalt 462 millioner til omstillingsinvesteringer i budsjettet (inklusive samhandlingsarena Aker med 46 mill kroner). Delprosjektene som dette omfatter vil alle bidra til å samlokalisere virksomhet som beskrevet i styresak 60/2012. De største enkeltstående prosjektene er nytt akuttbygg, ferdigstilling av tiltak i bygg 3 på Ullevål i forbindelse med samlokalisering av indremedisinsk aktivitet, samlokalisering av langtidsavhengighet i bygg 21 på Ullevål, prosjektering og start gjennomføring av nye operasjonsstuer på Rikshospitalet, etablering av en ny MR på Radiumhospitalet, prosjektering av brystsenter på Radiumhospitalet inkludert rehabilitering av operasjonsstuer, Helsearena Aker-prosjekter og prosjektering av ulike delelementer som skal til for å legge til rette for samlokalisering av karkirurgisk døgnaktivitet ved Rikshospitalet. I tillegg er det en rekke mindre omstillingsprosjekter som bidrar direkte eller indirekte til samlokalisering av virksomhet i tråd med helhetlig plan.

5.3. Omstillingsinvesteringer fase 2

Nybygg: Idefaser

Akuttbygget er det eneste nybygget som er under oppføring per nå, og dette er planlagt ferdig våren 2014.

Mandat for idéfaser legges frem for styremøtet som en egen sak. Idéfasearbeidet inneholder også såkalte nullalternativberegninger, som innebærer å beregne hva det koster å bli værende i dagens bygningsmasse. Grunnet utredninger knyttet til infrastruktur ved Ullevål sykehus og utredning av ytterligere alternativer for samling av Oslo universitetssykehus, er nybygg ikke lenger lagt inn i innmeldt finansieringsbehov til Helse Sør-Øst RHF for 2013. Dette avviker fra økonomisk langtidsplan 2013-16.

Arbeidet med idéfaser er i 2013 forutsatt finansiert av omstillingsmidler. I investeringsbudsjettet for 2013 er det avsatt inntil 36 mill kroner for dette formålet. Det legges imidlertid til grunn at disse utgiftene ikke kan aktiveres, men må kostnadsføres direkte. I samråd med Helse Sør-Øst RHF legger Oslo universitetssykehus HF til grunn at foretaket kan inntektsføre direkte en tilsvarende andel av omstillingsmidlene slik at det direkte utslaget på det økonomiske resultatet i 2013 av å gjennomføre nevnte idéfaser blir null. På bakgrunn av dette er det ikke budsjettert inn kostnader til idéfaser i resultatbudsjettet for 2013. De mer begrensede kostnadene til arealutvikling i 2012 (mulighetsstudie mv) blir kostnadsført i resultatregnskapet for dette året (men da uten nevnte inntektsføring av omstillingsmidlene).

Midlertidig oppgradering av eksisterende bygg inklusive myndighetspålegg

Oslo universitetssykehus HF har en til dels gammel og nedslitt bygningsmasse, med et betydelig vedlikeholdsetterslep. En rapport fra Multiconsult fra 2011 antyder at dersom man skal oppgradere dagens bygningsmasse slik at den understøtter en bærekraftig drift, så vil dette medføre oppgraderingskostnader på mellom 7 og 9 mrd kroner. I Arealutviklingsplan 2025, som av styret den 29. mars 2012 i sak 18/2012 ble vedtatt brukt som grunnlag for videre planer, ligger det en forutsetning om å erstatte mange av dagens bygg med nye og mer egnede bygg som bedre kan understøtte fremtidsrettet pasientbehandling. I tillegg ligger det inne beregninger for tekniske oppgraderinger og ombygninger av en rekke bygg som til sammen utgjør kostnader i en størrelsesorden på vel 5 mrd, hvorav 1,6 mrd av disse var forutsatt å dekke tilsynsavvik innen bygg og infrastruktur. Foreliggende planer om midlertidig oppgradering av eksisterende bygningsmasse bygger i hovedsak på de planer som Arealutviklingsplan 2025 synliggjør med hensyn til tekniske oppgraderinger og ombygninger.

Uansett løsning for nye bygninger og uavhengig av scenario i det forestående idéfasearbeidet, så vil det måtte gjennomføres midlertidige oppgraderinger av dagens bygningsmasse og infrastruktur. Foreløpig er det lagt til grunn at foretaket bør komme opp i et omfang på om lag 250 mill årlig til denne type nødvendige oppgraderinger. Dette er formidlet til Helse Sør-Øst RHF. Dette vil omfatte tiltak som inkluderer lukking av tilsynspålegg. Når de største avvikene fra Branntilsynet og Arbeidsmiljøtilsynet er lukket, vil man komme over i mer ordinært vedlikehold i en prioritert vedlikeholdsplan. Årsaken til at det legges til grunn et omfang som ikke er høyere enn 250 millioner årlig, er at det ikke ansees realistisk å gjennomføre tiltak årlig i et høyere omfang. Dette skyldes i hovedsak at det er full drift med pasientbehandling i de aktuelle byggene, som igjen krever at man i oppgraderingsperioden finner egnede rokadearealer. Dessuten kommer disse midlene i tillegg til omstillingsinvesteringene som også vil lukke tilsynspålegg i de arealene delprosjektene omfatter. Videre vil noen myndighetspålegg kunne lukkes som følge av investeringene som er finansiert av de ordinære driftinvesteringer for sammenbrudd av utstyr og bygg. For 2013 ble det formidlet et behov på om lag 200 mill kroner til Helse Sør-Øst RHF, da man regner med at det vil ta noe tid å prosjektere opp en del av de største prosjektene samt å ansette og leie inn tilstrekkelige ressurser til gjennomføring. Helse Sør-Øst RHF har meddelt Oslo universitetssykehus HF en ramme på 100 mill kroner for dette arbeidet i 2013.

Helse Sør-Øst RHF sier imidlertid i e-post av 22.11.2012: ” Helse Sør-Øst RHF er innforstått med at arbeidet med utbedringer ihht pålegg vil være flerårig (som en del av fase 2). På bakgrunn av forslag fra OUS og dialog omkring dette, har vi valgt å reservere midler for en gjennomføring av investeringer i størrelsesorden 100 MNOK. Skulle gjennomføringstakten i 2013 vise seg å bli endret, er vi åpne for ny dialog med OUS om behovet for investeringsmidler. ”

Dette betyr at Oslo universitetssykehus planlegger for nødvendige oppgraderinger i 2013 og har dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet.

Fullmaktsstrukturen inkludert prosedyrer for beslutninger om prioritering av disse midlene, samt investeringsmidler knyttet til MTU, er under arbeid.

For Oslo universitetssykehus HF er det viktig å få en økonomisk forutsigbarhet i finansieringen slik at man kan planlegge prosjekter over flere år. Med en forutsigbar finansiering, kan man bygge opp en gjennomføringsstruktur å få lukket de aller største avvikene, spesielt innen brann- og arbeidsmiljøtiltak.

Nivået for oppgraderinger gjøres for å sikre et forsvarlighetsnivå, men har et midlertidig preg da det er forventet over tid at en rekke nye bygg vil erstatte deler av dagens bygningsmasse. Nivået det legges opp til er derfor en form for ”midlertidig bærekraft”. Et eksempel på dette er rensing av ventilasjonssystemer fremfor totalrehabilitering med nye ventilasjonsanlegg. Et annet eksempel kan være tilføring av ytterligere strøm gjennom ”trafo” fremfor erstatning av stigeledninger og hovedtavler. Levealderen for de investeringene som skal utføres vil variere. Noen investeringer vil gi grunnlag for drift i 15-20 år, mens andre vil trolig vare kortere.

5.4. IKT-investeringer

Innenfor IKT-området håndterer Helse Sør-Øst i stor grad finansieringen av investeringene innenfor regionale IKT-programmer. Helseforetakene må likevel finansiere investeringer som er knyttet til tilpasninger til egne behov og som må gjøres for å kunne ta i bruk en regional løsning. I tillegg må sykehuset finansiere IKT-investeringer som ikke er del av regionale program. Oslo universitetssykehus HF har innenfor det ordinære investeringsbudsjettet prioritert IKT-investeringer innenfor en ramme på 32 mill kroner for 2013 (jf tekstabell i avsnitt 5.1), hvorav 15 mill kroner er budsjettet til å håndtere den ustabile RIS/PACS-løsningen på Radiumhospitalet. Øvrige prosjekter som er prioritert er i all hovedsak med på å sikre stabil drift eller støtter omstillingen.

IKT investeringer som Oslo universitetssykehus HF ønsker utført i 2013 finansiert av regionale midler er anslått å kreve en finansiering på 407 mill kroner. Følgende prosjekter foreslås prioritert:

Regionale investeringer til prosjektene:	Beløp (tnok)
Felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS) i OUS	22 000
Felles IKT basisplattform	100 000
Elektronisk fødejournal	18 500
Felles PAS/EPJ ved OUS	199 900
Regional DIPS standardisering - OUS andel	4 500
Elektronisk kurve (operasjon/intensiv)	10 000
Meldingsløftet/samhandling	1 000
ERP Økonomi og logistikk	17 800
Utskifting av PC-er	15 000
Kjøp av OFFICE lisenser	18 000
Sum	406 700

Det understrekes at på dette tidspunkt er verken totalsum for prosjekter for IKT i Oslo universitetssykehus HF eller de enkelte prosjektene besluttet i Helse Sør-Øst RHF.

6. Likviditet og finansiering

Kontantstrømsbudsjettet for 2013 i tabell 8 viser en negativ endring i likviditet gjennom 2013 på om lag 320 mill kroner. Hoveddelen av dette skyldes at det er budsjettert med et driftsunderskudd (styringsmål) for 2013 på 200 mill kroner. Det er videre budsjettert med en pensjonspremie som er om lag 100 mill kroner høyere enn den budsjetterte pensjonskostnaden. Likviditetseffekten av forskjellen er budsjettert som en gjeldsoppbygging mot Helse Sør-Øst RHF.

Finansiering av investeringer er budsjettert slik at dette ikke påvirker den samlede likviditeten. Pådrag knyttet til omstillingsinvesteringer forutsettes løpende fakturert Helse Sør-Øst RHF (lånefinansiering), hvor låneopptaket kan øke med inntil 462 mill kroner. Investeringer i ordinær drift, finansieres gjennom likviditetsstrøm fra drift (forskjellen mellom budsjetterte avskrivninger, inntektsføring av investeringstilskudd og endring i basisfordring til Helse Sør-Øst RHF).

Oslo universitetssykehus HF
Styremøte 17. desember 2012

Tabeller til budsjettdokument 2013	
1.	Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2013
2.	Økonomiske forutsetninger 2013
3.1	Måltall for somatikk 2013
3.2	Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2013
4.1	Resultatbudsjett 2013 - Hovedtall
4.2	Resultatbudsjett 2013 - ØBAK-linjer
5.	Rammetildeling til klinikkene 2013
6.	Bemanningsbudsjett for 2013
7.	Investeringsbudsjett for 2013
8.	Kontantstrømbudsjett for 2013

TABELL 1 - Inntektsramme 2013

Beløp i tusen kroner

Inntektsramme 2013	Fra Helse Sør-Øst RHF 28.11.2012
Basisramme til drift og investering foregående år	9 920 024
Justeringer 2012:	
Tilbakeføring av uttrekk knyttet til øyeblikkelig hjelp i 2012	5 797
0,25% til regionale prioriteringer	-11 578
Implementering av regional inntektsmodell:	
Somatikk	41 000
Psykisk helsevern	-18 000
TSB	-1 000
Pensjon	-28 000
Kapital	-53 000
Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF:	
Omfordeling av midler til sparing fra 2012	-20 067
Avrunding (wmn 06.11.2012)	-1
Sum endring	-84 849
Basisramme 2013 før statsbudsjettet	9 835 175
Lønns- og prisvekst 2013 (3,30%) Grunnlag 9.835,175 mill.kr	324 561
Kompensasjon for økte pensjonskostnader	333 098
Samhandlingsreform, uttrekk til oppbygg.av ø- hjelpstilb.i kommuner, 2013-tall	-15 074
Midler til økt aktivitet	76 677
Avrunding (wmn 06.11.2012)	-1
overført fra kap 732 post 78	
Reg.fagmiljøer autisme, ADHD, Tourett, narkolepsi samt autisme og epilepsi	7 876
Autisme og epilepsi ved SSE	1 010
Med. kvalitetsregister mv for døvblinde	1 500
Andre endringer fra Prop 1:	
Ny kreftstrategi - vardesentre	3 200
Ny kreftstrategi- pusterom	1 350
Trekk sfa økte egenandeler somatikk	-1 959
Trekk sfa økte egenandeler pasientreiser	-1 369
Økt ramme behandlingshjelpemidler	295
Insentivmidler psykisk helsevern, overgang døgn- poliklinikk	-3 001
Midler til brystrekonstruksjoner	9 062
Samhandlingsreformen, uttrekk sfa ø-hjelp. Til RHF, midler fra 2012	-5 797
Endringer og nye tiltak fra HSØ RHF	
Sikkerhetspsykiatri RSA	5 000
Kvalitetslaboratorium for mentaliseringsbasert terapi	1 000
RASP (enhet for spiseforstyrrelser)- økt kapasitet	10 000
Studenthelsetjeneste, økt ramme	2 600
Forløpskoordinator kreftbehandling	700
Oslo- pasienter behandler i andre regioner, 40% ISF (386 drg-poeng)	6 091
Økt ISF- kompensasjon fra andre regioner sfa økte pensjonskostnader	30 000
Nasjonal komp.tjeneste alding og helse, overført til Sykehuset i Vestfold HF	-5 423
Tilskudd Aktiv på Dagtid, overført fra Helse Sør-Øst RHF	826
Sum endring	782 222
Basisramme 2013 1)	10 617 397
Fra post 78, øremerket fra HOD	242 519
Strategiske midler, post 72 1)	151 945
Sum forskning	394 464
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78	56 433
Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78	102 776
Sum kompetansesentre	159 209
Arbeidsmedisinske avdelinger	4 627
Tilskudd til turnustjeneste	1 522
Kreftregistret	99 148
Behandlingsreiser til utlandet	86 936
Dommerassistert narkotikaprogram	1 963
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 545
Soningsenhet for ungdom under 18 år	1 033
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 000
Sum statlige tilskudd	199 774
Sum faste inntekter 2013	11 370 844
ISF- refusjoner, 201.161 DRG- poeng (Pris = kr. 15.778,8 = 40%)	3 174 079
Avrunding (wmn 06.11.2012)	1
Sum ISF- refusjoner	3 174 080
Sum inntekter 2013	14 544 924

Note 1. Sum basisramme 2013 = 10.769,342 mill.kr vises i resultatbudsjettets første linje.

Resterende inntekter inngår i de øvrige linjene

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2013

Økonomiske forutsetninger 2013	
Enhetspris ISF 2013 (100% DRG)	kr 39.447
Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ	40 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)	40 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)	60 %
Gjestepasientoppgjør fra andre helseregioner	80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter	kr 4.125
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet)	3,3 %
Herunder lønnsvekst	4,0 %
Herunder prisvekst andre kostnader	1,9 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2013:	
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.4)	kr 5.853
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.4)	kr 1.461
Priser somatikk 2013:	
Kurdøgn / SSE Voksne	kr 8.402
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede	kr 9.988
Kurdøgn / SSE Barn	kr 9.633
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering	kr 5.491
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus	kr 4.452
Nyfødtscreening	kr 135
Morsmelk pr. liter	kr 723
PET-scanning	kr 12.949
Sykehotell	Egen prisliste
Benyttet i Budsjett 2013	
Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)	
Diskonteringsrente	3,80 %
Lønnsvekst	3,50 %
G-regulering	3,25 %
Pensjonsregulering	2,48 %
Forventet avkastning	4,10 %
Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.4)	
Driftskreditt	2,50 %
Bundne bankkonti	2,50 %
Fordring på HSØ vedr.personalboliger	2,50 %
Langsiktige lån med flytende rente	2,50 %
Langsiktige lån med fast rente	3,00% - 3,80%

TABELL 3.1 - Måltall for somatikk 2013

Pasientbehandling	Budsjett 2012	Estimat 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	103 359	103 359	103 359	103 335
Antall liggedøgn - døgnbehandling	463 207	481 207	-	466 658
Antall dagbehandlinger	67 524	67 524	69 212	67 215
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner 2)	759 348	774 348	785 926	738 892

DRG-poeng	Budsjett 2012	Estimat 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	191 753	194 953	193 480	201 161
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	14 774	15 774	14 892	15 877
DRG-poeng totalt	206 527	210 727	208 372	217 038

Note

- 1) Effekt av ny grupper for 2013 inngår med 5.147 DRG-poeng
- 2) Budsjett 2013. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 61.000 og antall DRG fra polikliniske konsultasjoner er redusert med 1.900 poeng. Dette er gjort for å rette opp feil i rapporteringen for 2012 (ref. sak fra avregningsutvalget mv)

TABELL 3.2 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2013

Psykisk helsevern	Budsjett 2012	Estimat 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
Psykisk helsevern for voksne (VOP)				
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus				
Antall liggedøgn døgntbehandling	75 924	75 924	-	79 315
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 075	1 297	1 087	1 250
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	606	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner	70 713	80 000	72 834	79 461
Kjøp fra private institusjoner (VOP)				
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	12	12	-	6
Antall liggedøgn døgntbehandling	11 000	11 000	-	5 500
Barne - og ungdomspsykiatri				
Antall liggedøgn døgntbehandling	4 575	3 771	-	4 121
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	92	92	92	96
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 020	2 852	3 020	3 041
Antall polikliniske konsultasjoner	49 189	47 038	50 763	51 820
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)				
Antall liggedøgn døgntbehandling	28 140	28 140	-	29 001
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	2 287	2 400	2 287	2 815
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 000	700	2 000	948
Antall polikliniske konsultasjoner	9 642	8 505	10 057	10 459

TABELL 4-1 - Resultatbudsjett 2013 (hovedtall)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2012	Estimat 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
Basisramme	10 421 368	10 421 368	10 082 942	10 769 342
Aktivitetsbaserte inntekter	5 843 893	5 817 644	5 864 964	6 430 275
Andre inntekter	1 600 193	1 703 493	1 620 193	1 664 111
Sum driftsinntekter	17 865 454	17 942 505	17 568 099	18 863 728
Varekostnader inkl. kjøp av helsetjenester	2 408 964	2 462 964	2 424 440	2 452 843
Lønn- og innleiekostnader	12 468 100	12 795 951	11 730 094	13 132 083
Avskrivninger/nedskrivninger	800 000	800 000	793 836	790 000
Andre driftskostnader	2 490 832	2 361 032	2 513 579	2 608 353
Sum driftskostnader	18 167 896	18 419 947	17 461 950	18 983 279
Resultat før finans	-302 442	-477 441	106 149	-119 551
Netto finans	97 558	77 558	106 149	80 449
Driftsresultat	-400 000	-554 999	0	-200 000

TABELL 4-2 - Resultatbudsjett 2013 (grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2012	Estimat 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013	Kommentarer til endringer fra estimat 2012 til budsjett 2013
Basisramme	10 421 368	10 421 368	10 082 942	10 769 342	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	1 958 248	2 058 975	1 964 641	2 247 539	40 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 201,161 DRG-poeng, inkl budsjett
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	395 927	275 912	404 349	292 263	aktivitetsvekst fra 2012 og effekt av nye vektor 2013. Se også tabell 1 - Inntektsramme fra Helse
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	552 318	569 130	563 781	605 997	Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon kostnadskrav/legemidler utenfor sykehus	29 468	29 468	29 586	28 292	Inntekter fra kommunen for utskrivningsklare pasienter. Det forventes en ytterligere reduksjon fra
Utskrivningsklare pasienter	24 427	10 427	9 427	4 331	nivå 2012.
Gjeste pasienter	479 158	479 158	482 771	576 532	Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. Budsjett 2013
Salg av konserninterne helsejenester (gjestepasienter)	1 999 267	1 989 495	2 005 328	2 187 511	inkluderer effekt av nye kurdøgnpriser, økt refusjonssats for poliklinisk stråleterapi innen
Polikliniske inntekter	405 080	405 080	405 080	487 810	regionen, viderefakturering cochlea og effekt av nye DRG-vektorer for 2013 mv. For priser se tabell
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	22 978	34 978	22 978	55 461	2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF.
Andre øremerkede tilskudd	912 669	912 669	932 669	985 576	Det er budsjettet med en vekst i 2013 særlig innenfor lab/rad inkl medisinsk genetik.
Andre driftsinntekter	664 546	755 846	664 546	623 074	Inntekter fra Raskere tilbake er budsjettet ut fra sendte søknader for 2013.
Sum driftsinntekter	17 865 454	17 942 505	17 568 099	18 863 728	Omfatter tilskudd til forskningsprosjekter fra regionen. Krefregisteret mv
Kjøp av offentlige helsejenester	76 207	76 207	136 723	67 781	Reduksjon fra 2012 bla som følge av gevinst fra salg av eiendom i 2012. Det er ikke budsjettet
Kjøp av private helsejenester	203 196	203 196	134 752	177 864	med gevinst fra salg i 2013.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 070 814	2 124 814	2 094 218	2 160 627	Det er budsjettet med en reduksjon i bruk av innleid helsepersonell på om lag 40 pst.
Innleid arbeidskraft	85 048	135 048	85 048	83 808	Varekostnader er budsjettet med en økning på 1,7 pst fra estimat 2013.
Kjøp av konserninterne helsejenester (gjestepasienter)	58 747	58 747	58 747	46 571	Kjøp av helsejenester fra andre HF i regionen. Kjøp er avstemt i budsjettet.
Lønn til fast ansatte	8 138 525	8 331 376	7 887 523	8 619 249	Budsjettet lønn til fast ansatte øker med 3,5 pst, mens budsjettet lønn til overtid/ekstrahjelp øker
Overtid og ekstrahjelp	861 383	1 008 383	868 552	1 022 629	med 1,4 pst. Samlet økning er på 3,2 pst.
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 444 000	2 444 000	1 988 138	2 414 744	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger fra juni 2012. NB! I ØLP var
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-480 119	-592 119	-458 428	-541 304	pensjon budsjettet som en andel av lønnskostnadene, og nivået var før justering av
Annen lønn	1 419 263	1 469 263	1 359 262	1 532 957	pensjonskostnader i 2012.
Avskrivninger	800 000	800 000	793 836	790 000	Budsjettet forutsetter en reduksjon i sykelønnsrefusjoner fra estimat 2012 på 8,6 pst.
Nedskrivninger	0	0	0	0	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppevelforsikringer, opplæring mv.
Andre driftskostnader	2 490 832	2 361 032	2 513 579	2 608 353	Budsjetterte avskrivninger for eksisterende anlegg, AUU og planlagte investeringer.
Sum driftskostnader	18 167 896	18 419 947	17 461 950	18 983 279	Det er ikke budsjettet med nedskrivninger.
Driftsresultat	-302 442	-477 441	106 149	-119 551	Mer en halvparten av økningen fra 2012 til 2013 er relatert til IKT-området.
Finansinntekter	25 024	25 024	27 127	29 229	Omfatter bidrag fra ASene med 12 mnok.
Finanskostnader	122 582	102 582	133 276	109 678	Finanskostnadene er budsjettet ut fra forutsetninger fra HSØ.
Finansresultat	-97 558	-77 558	-106 149	-80 449	
Ordinært resultat	-400 000	-554 999	0	-200 000	Godkjent styringsmål fra eier.

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2013

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)	Eksterne inntekter			Utgiftsramme			DRG-poeng 2)		
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013
	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett
A	266 238	88 100	354 338	1 662 442	88 100	1 750 542	0	0	0
B	33 574	63 250	96 824	926 757	63 250	990 007	28 467	0	28 467
C	354 823	46 693	401 516	1 744 728	46 693	1 791 421	56 012	0	56 012
D	77 571	137 416	214 987	1 250 860	137 416	1 388 276	34 790	0	34 790
E	67 978	250 460	318 438	1 802 483	250 460	2 052 943	55 914	0	55 914
F	5 362	35 200	40 562	872 421	35 200	907 621	32 339	0	32 339
H	21 416	12 232	33 648	1 975 389	12 232	1 987 621	3 971	0	3 971
I	496 600	204 113	700 713	1 715 331	204 113	1 919 444	119	0	119
J	201 383	27 783	229 166	1 838 912	27 783	1 866 695	0	0	0
	0	109 700	109 700	309 322	109 700	419 022	0	0	0
	0	2 400	2 400	829 984	2 400	832 384	0	0	0
	0	140 551	140 551	0	140 551	140 551	0	0	0
	16 220 885	0	16 220 885	2 936 752	0	2 936 752	1 793	0	1 793
			0			0	3 633		3 633
Sum Klinikker mv	17 745 830	1 117 898	18 863 728	17 865 381	1 117 898	18 983 279	217 038	0	217 038

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk	Brutto årsverk 1)			Brutto årsverk 2013 1)	
	Budsjett 2012	Faktisk i oktober 2012	Gjennomsnitt 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
A	2 263	2 187	2 227		2 179
B	1 186	1 292	1 273		1 224
C	1 936	2 154	2 096		1 946
D	1 735	1 723	1 731		1 719
E	2 385	2 488	2 454		2 362
F	736	835	812		809
H	2 181	2 210	2 243		2 217
I	2 083	2 099	2 079		2 148
J	1 569	1 746	1 734		1 684
	135	126	131		131
	332	270	266		266
Ufordelt 2)	0	1	1		179
OUS Totalt	16 541	17 131	17 047		16 864
					15 643
					1 222

Noter:

- 1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte
- 2) Midler i sentral reserve omregnet til brutto årsverk

TABELL 7 - Investeringsbudsjett for 2013

Beløp i millioner kroner

Ordinær drift	Budsjett 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
IKT 1)	20		32
Medisinskteknisk utstyr	158	160	244
Bygg	75	75	30
Annet	62	60	54
Til fordeling 1. kvartal 2013			54
Sum investeringer ordinær drift finansiert i 2013	315	295	414

1) Investeringer i IKT balanseføres i regnskapet til Sykehuspartner. Inngikk ikke i vedtatt budsjett ØLP

Omstilling eksklusive finansieringskostnader 2)	Budsjett 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
Omstillingsinvesteringer Fase 1 inklusive samhandlingsarena Aker	572	525	462
Omstillingsinvesteringer Fase 2 - Oppgraderinger og myndighetspålegg	0	162	100
Sum omstillingsinvesteringer	572	687	562

2) Fordeling av finansiering mellom lån og kontantoverføring er ikke endelig avklart med Helse Sør-Øst RHF

TABELL 8 - Kontantstrømbudsjett for 2013

Beløp i millioner kroner

Forenklet fremstilling av kontantstrømbudsjettet	Budsjett 2012	ØLP 2013	Budsjett 2013
Inngående likviditetsbeholdning	-2 464	-3 059	-3 076
Årsresultat	-400	0	-200
Periodiseringer (endring kortsiktige fordringer/gjeld)	-209	12	-90
Inntekter og kostnader uten likviditets effekt	11	-	9
Likviditet fra drift	-598	12	-281
Finansiering av investeringer til videreføring av drift	315	315	512
Finansiering av omstillingsinvesteringer	553	708	462
Investeringer knyttet til videreføring av drift (ekskl. IKT på 20 mill.kr)	-342	-315	-503
Omstillingsinvesteringer	-571	-687	-462
Annet	-36	3	-15
Økt langsiktig lån til Sykehuspartner	-48	-20	-32
Likviditet fra investeringer og finansiering	-129	3	-37
Utgående likviditetsbeholdning	-3 191	-3 044	-3 394

Klinikk	Klinikk psykisk helse og avhengighet - PHA
----------------	---

1. Nøkkeltall for klinikken:

Estimert brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	2 087
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	- 31
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	15,788 *)
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	- 20,7
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 20,7
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	20,7

*) Klinikkenes estimerte budsjettavvik ved utgangen av 2012 er null. Dette skyldes justert inntektsramme og ytterligere kostnader pr. 31.12.2012.

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Klinikk psykisk helse og avhengighet er en av de største klinikkene ved OUS med 2.087 årsverk. Klinikken tilbyr behandling innenfor områdene voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har regionale funksjoner innenfor sikkerhetspsykiatri og spiseforstyrrelser og nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse. Vi har kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Regionalt senter for vold og traumatisk stress (RVTS) og har nylig fått et nasjonalt kompetansesenter innenfor personlighetspsykiatri. Vi har landets største forskningsmiljø innenfor spesialisthelsetjenesten på dette feltet.

3. Endringer i det kliniske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå**a. Endringer innen det kliniske tilbudet**

Siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble lansert på slutten av 90-tallet arbeider vi for å redusere døgnbehandling og å bygge opp poliklinisk behandling, samt å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, av høyere kvalitet og riktig bruk av tvungent psykisk helsevern. Vi har ingen konkrete planer om endringer i behandlingstilbudet utover dette.

b. Endringer i aktivitetsnivå

Det forventes en fortsatt dreining i pasientbehandlingen fra døgn- og dag behandling til økende poliklinisk behandling, der målsettingen er en overordnet vekst i henhold til føringer gitt av OUS

4. Overordnede mål**a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Klinikken har som mål at ventetiden reduseres og at det ikke forekommer fristbrudd. Klinikken vil, i løpet av 2012 og tidlig 2013, fullføre følgende tiltak for å effektivisere pasientforløp: Opprette sentervise ventelisteansvarlige og innføre felles inntaksprosedyrer og henvisningsmottak, og innføre nye prosedyrer vedrørende ventelisteadministrering. Klinikken følger prioriteringsveileder for psykisk helsevern barn og unge og nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse barn og unge. 12. desember lanseres ny prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Ikke aktuelt for klinikken.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Rutinen er at alle pasienter skal få tilbud om timeavtale / behandlingsstart / inn-leggelse sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. I all hovedsak er dette praksis. Klinikken etablerer et senter og avdelingsvise inntaks- og vurderings-team.

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

Klinikken forholder seg til sykehusets retningslinje for involvering og oppfølging av MU. Resultatene følges opp i ledergruppen i klinikken og i de ulike avdelingene og enhetene og er grunnlag for lokale tiltak. Ledere følger opp egne ledere gjennom veiledning og individuelle tiltak.

5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Klinikken har lagt budsjettforutsetningene i budsjettskriv nr 2 til grunn for klinikkvise budsjettforutsetninger. Klinikken 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. Beregnet tilpasning av bemanningen estimeres til 31 årsverk.

Reduksjonen blir en videreføring av innplasseringsprosessen 2011-2012, idet vi viderefører ukentlig møter med ledergruppen i fordeling tilbud om ledig stilling avdelingsoverspennende til ansatte.

1. Systematisk opplæring i budsjettering for avdelinger og enheter
2. Oppfølging månedlig av resultat for aktivitet, bemanning, budsjett, ressursplanlegging, avvikshåndtering og sykefravær fra klinikkledelse overfor hver enkelt avdeling
3. Gjennomgang av bemanningsnormering for hver enkelt behandlingsenhet, basert på regionale og nasjonale normer, samt pleiekategorisering (= grad av pleietyngde for pasienter innen psykiatri og avhengighet, der risiko for eget og andres liv og helse er utslagsgivende).
4. Videreføring av systematisk kompetansebygging innen risikovurdering og suicidvurdering
5. Månedlig gjennomgang av kjøp av legetid = vakans vakter, overtid og UTA. Forhandling med tillitsvalgte og vernetjeneste for å unngå brudd på AML

6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter	9,0	15,0
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)		
3. Innkjøp		
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	11,7	16,0
6. Annet		
SUM	20,7	31,0

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene

Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

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 2012/2013. 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)

Effektivisering av pasientforløp

- Førstegangpsykoser, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, affektlidelser, ustabile personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, sikkerhetspsykiatri, utviklingshemning/autisme, ADHD.
- I arbeid og under vurdering ved prosedyre 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 ventelistedministrering

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

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, førstegangpsykoser, sikkerhets-psykiatri og for pasienter med andre rus og psykiske lidelser. Vaktordninger og tjenesteplaner vil kunne samordnes og friggi personellressurser.

- Samlokalisering og arealeffektivisering vil redusere behovet for støttetjenester:
 - Transport
 - Renhold
 - Faste drift- og vedlikeholdskostnader vil reduseres

Kjøp av tid fra legegruppen

- Nye tjeneste- og vaktplaner for leger er under utarbeidelse i samarbeid med senterets tillitsvalgte samt med bistand fra klinikk-tillitsvalgt
- All utdanning / kurs varsles mer enn 14 dager i forveien, og variable arbeidsinnsats planlegges i forhold til dette.
- Hovedinnsats i forhold til SRA som skal redusere fra 5 til 2 vaktlag. Pågående forhandlinger.

Innkjøp

- Driftskostnader utgjør en beskjeden andel av senterets 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 fullmaktstrukturen skal sikre begrensning i antall ansatte med bestillingsmyndighet og sikre god kompetanse.

Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

Samhandling og oppgavedeling

- Spiseforstyrrelse, personlighetspsykiatri, affektive lidelse, førstegangs-psykoser, barnevern/BUP og områdefunksjoner, akutt og avgiftning (rus), alderspsykiatri med 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.

Klinikkovegripende tiltak for driftsendring

Samlokalisering

- ALD: APS fra Grønland til Ullevål
- JSF:
 - Poliklinikk fra Josefinesgt. 30 til Aker
 - Ruspoliklinikk fra Ullevål til Aker
 - Ambulant virksomhet fra Geitmyrsveien 67 til Aker
 - Adm. Fra Geitmyrsveien 67 til Aker
 - Døgn fra Pilestredet 77 til Geitmyrsveien 67
- Avdeling avhengighetsbehandling voksen er vedtatt at skal samlokaliseres i felles bygg (21) på sykehusområde Ullevål i august 2013. 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

samløkalisering 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

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

c. Vurdering av situasjonen

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. Klinikken ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i henhold til føringer fra OUS. Klinikken A utvidere generell informasjon med opplæring i budsjettverktøy i september 2012. I SRA har leder av brukerforum deltatt i informasjonsmøter og risikovurdering av budsjett og har kommet med forslag til prioriteringer for budsjett 2013.

- Klinikken reduksjon i rammen på 14.8 mnok 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 basers 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 innen Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB), Spiseforstyrrelser og Rehabilitering av pasienter med omfattende funksjonssvikt
 - c. Reduksjon i antall døgnplasser
 - d. Sammenslå enheter
 - e. Aktivitetsendringer fra døgn til poliklinisk og ambulant behandling
 - f. Samhandling med bydelene

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

- Klinikken har etablert 10 prosjekter innenfor ulike områder (1.Tematiserte fagmøter på klinikknivå, 2.Ungdoms-medisinsk forum, 3.Storforbrukere av klinikken tilbud, 4.Spesialisering på DPS-nivå, 5.Behandlings-linjer, 6.Spise-forstyrrelser – Differensiering av tilbudet, 7.Etablere casemøter, 8.Evaluering behandlings-effekt, 9.Regionalt vs lokalt(Sikkerhets-psykiatri), 10.OUS og KPHAs overordnede virksomhetsstrategi) 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.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnadsramme (mnokoner)	Estimert utfordring (mnokoner)	Utfordring i %	Tiltak (mnokoner)	Tiltak (årsverk)	Restutfordring
Lokalfunksjoner	633	9,8	1,5 %	9,8	22	0
Barn og Ungdom	211	3,7	1,8 %	3,7	3	0
Land og region	352	6,0	1,7 %	6,0	4	0
Rus og avhengighet	294	1,2	0,0 %	1,2	2	0
Sum	1,490	20,7	1,4 %	20,7	31	0

a. Avdeling/senter nn

Årsak til utfordringene er reduserte inntektsrammer / kostnadsrammer i forhold til 2012, som skyldes inntektsmodellen og sentrale IKT kostnader ved OUS som nå er belastet klinikken.

Utfordringene fordeler seg på følgende områder:

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størelse, bemanning og drift av sengeposter	9,0	15,0
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)		
3. Innkjøp		
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikcovergripende tiltak for driftsendring	11,7	16,0
6. Annet		
SUM	20,7	31,0

Sentrene har iverksatt tiltak med utgangspunkt i endret pasient behandling med dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling. Dette medfører endringer innenfor døgnbehandling i lokalfunksjoner med reduksjon fra 3 til 2 enheter, en reduksjon på 11 sengeplasser. Det endres også fra 7 døgn til 5 døgn behandling innen en avdeling, med en reduksjon på 3 sengeplasser. Effekten av dette er reduserte kostnader med 9,0 mnok og 15,0 færre årsverk. For øvrig legges det opp til effektivisering av pasientforløpet med en redusert kostnad på 11,7 mnok med 16 færre årsverk.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikken utdyper følgende punkter

- Klinikken videre arbeid i 2013 for å sikre en drift i overensstemmelse med forutsetningene i budsjettet (hva arbeider klinikken videre med)
- Særskilt beskrivelse av hvordan manglende tiltak er håndtert på laveste ledernivå – hva er lagt sentralt og hva er lagt ned på laveste ledernivå ift utfordringen

Ytterligere tiltak for klinikken er ikke nødvendig, da den økonomiske utfordringen er håndtert innenfor de spesifiserte tiltakene.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Vedlagt følger klinikkenes risiko- og konsekvensvurdering pr 2. tertial 2012. I tillegg vedlegges risiko- og konsekvensvurdering fra Senter for Lokalfunksjoner og Senter for Barn og ungdom for budsjett 2013.

For øvrige deler av klinikken er det ikke behov for risiko- og konsekvensvurderinger utover det som dekkes av rapporten pr 2. tertial 2012, da tilpasninger inkludert i budsjett 2013 dekkes av denne.

Nr	OPPDRAG	Ansvarlig	Stab-støtte	Spesifisering
1	Tematiserte fagmøter på klinikknivå	Jan Ivar Røssberg	Ewa Ness	<ul style="list-style-type: none"> Felles fagmøter/dager på tvers av sentrene 4 x pr. år Øke andelen forskere med klinisk tilknytning med 20 %
2	Ungdoms-medisinsk forum	Trude Fixdal	Morten Wolmer	<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 Kjos	FoU v/Svein Friis Ulrica Bore	<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
4	Spesialisering på DPS-nivå	Øystein Kjos	Hilde Røhmer	<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	Behandlings-linjer	Anne-Karin Rudi / Ellen Hagemo	Torun Vedal	<ul style="list-style-type: none"> Ferdigstille behandlingslinjene for: <ul style="list-style-type: none"> psykoser/ førstegangpsykoser affektive lidelser alkoholisme Implementere de ferdig utarbeidede behandlingslinjene Etablere behandlingslinjer innenfor følgende områder for (ila 2012 / beg. 2013): <ul style="list-style-type: none"> Spiseforstyrrelser Ustabil personlighetsforstyrrelse
6	Spise-forstyrrelser – Differensiering av tilbudet	Anne-Karin Rudi / Ellen Hagemo	Gry Aleksandersen	<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 Sætrang	Hilde Harwiss/ Guri Spilhaug	<ul style="list-style-type: none"> Hver annen måned med akuttpsykiatrisk avdeling, rusakuttmottak og legevakt
8	Evaluerer behandlings-effekt	Jan Ivar Røssberg	Morten Wolmer / Ewa Ness	<ul style="list-style-type: none"> Systematisk evaluering av behandlingseffekt både for voksne og barn i hele klinikken Hva måles og hvordan Inngå i Portalprosjektet som egen aktivitet
9	Regionalt vs lokalt (Sikkerhets-psykiatri)	Anne-Karin Rudi/ Ellen Hagemo	Gry Aleksandersen	<ul style="list-style-type: none"> Forslag til felles retningslinje for inntak og differensiering mellom lokalt og regionalt nivå Retn.linje revideres og HSØ inviteres til videre medvirkning
10	OUS og KPHAs overordnede virksomhetsstrategi	Ewa Ness	Morten Wolmer	<ul style="list-style-type: none"> Ressursgruppe ift OUS og KPHAs overordnede strategi Oppspillpunkt for de andre oppdragene og uttak av synergieffekter Peker ut de viktigste satsningsområdene fra år til år

Klinikk	Medisinsk klinikk
----------------	--------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken

Estimert brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	1 185	
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	- 41	Etter gjennomføring av identifiserte tiltak
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 22	
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	-0	
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 29	Etter gjennomføring av identifiserte tiltak
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	13	

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Oslo universitetssykehus har Norges mest komplette indremedisinske virksomhet, og er det eneste sykehuset i Oslo som har alle indremedisinske grenspesialiteter.

Medisinsk klinikk sin hovedfunksjon er å ivareta den økende andel akutte, dårlige pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Over 90 % av innleggelsene i Medisinsk klinikk er øyeblikkelig hjelp og utgjør ca 60 % av sykehusets akutte innleggelser. Hovedsakelig er disse pasientene for dårlige til å bli ivaretatt på en forsvarlig måte på andre helsearenaer.

Medisinsk klinikk har sin ø-hjelps aktivitet som lokal- og områdesykehus, samt store pasientgrupper knyttet til region- og landsfunksjoner. Videre har klinikken betydelig poliklinisk og elektiv aktivitet samt beredskapsoppgaver. Medisinsk klinikk har et betydelig ansvar i å bistå andre klinikker i behandling av alvorlig syke indremedisinske tilstander som er innlagt utenfor klinikken.

Medisinsk klinikk ivaretar også en rådgivnings og "bakvaktfunksjon" for andre helseforetak. Dette er aktiviteter som er økende i volum og er av stor betydning for at andre foretak kan ivareta sine pasienter på en faglig, forsvarlig måte.

I Medisinsk klinikk foregår det utstrakt forskningsaktivitet, klinikken deltar aktivt i mer enn 100 PhD-prosjekter og i en rekke nasjonale og internasjonale prosjekter. Medisinsk klinikk er en hjørnestein i sykehusets utdanning av helsepersonell. Klinikken ansatte er involvert i ulike nasjonale og internasjonale utvalg og er blant landets ledende fagpersoner innen mange områder slik at de engasjeres i stor grad av sentrale helsemyndigheter i fagråd og utvikling av nasjonale faglige retningslinjer.

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

a. Endringer innen det medisinske tilbudet

For å imøtekomme fremtidige utfordringer vil klinikken jobbe med flere tiltak. Medisinsk klinikk planlegger i 2013 å overføre størstedelen av gjenværende aktivitet ved Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin fra Aker til Ullevål. Dette vil skape en mer robust avdeling som vil komme hele Oslo sykehusområde til gode.

Videre vil klinikken legge ytterligere til rette for økt dagbehandling. Klinikken dagpost er organisert som et tilbud for pasienter i alle klinikken avdelinger. Enheten er et alternativ til døgnopphold, samt tilbud for pasienter fra akuttmottaket slik at innleggelse unngås. Klinikken er i prosess med andre sykehus i Oslo sykehusområde for å se på mulig funksjonsfordeling. Dette vil kunne optimalisere behandlingskvalitet ytterligere.

Klinikken vurderer hvilke pasienter som kan benytte Kommunal Akutt Døgnpost (KAD) som et alternativ til innleggelse. Klinikken vil se på hvilke oppgaver som kan utføres av private avtalespesialister og inngå samarbeidsrutiner med disse.

Klinikken har flyttet Generell indremedisinsk sengepost fra Aker til Ullevål. Avdelingen ivaretar pasienter med uavklart medisinsk tilstand som krever sykehusinnleggelse. Behandling ivaretas av spesialister i generell indremedisin.

Klinikken er i dialog med Lovisenberg Diakonale sykehus for å vurdere muligheten for at dette sykehuset kan overta ansvaret for Bjerke bydel. Forutsetningen er at overføringen vil bidra til bedret driftssituasjon.

b. Endringer i aktivitetsnivå

Medisinsk klinikk planlegger samme nivå på aktiviteten i 2013, som i 2012, målt i DRG poeng. Det vil skje en generell økning av oppgaver blant annet som følge av befolkningsvekst, migrasjon, aldring, storbyproblemer og øket andel flerkulturelle. Som følge av dette vil klinikken få en økning av i henvisninger og innleggelser. Det forventes også flere innleggelser pga mer sykkelighet med økende alder i befolkningen, særlig innen diabetes, hjerte-karsykdommer og kreft.

Vi må også være forberedt på at pasienter som legges inn i fremtiden vil være dårligere enn tidligere da kommunale tilbud som Samhandlingsarena Aker og Kommunal Akutt Døgnpost vil overta en del av de lettere pasientene. Klinikken vil i tillegg få økte oppgaver knyttet til medisinske pasienter med rusproblemer, samt utfordringer knyttet til innvandrerhelse.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Klinikken jobber systematisk med retningslinjer for håndtering av ventelister. Fritt sykehusvalg er en utfordring i forhold til nyhenvisninger, spesielt innen fagområdene lungemedisin, hjertemedisin, endokrinologi og gastromedisin. Denne utfordringen blir antagelig ikke mindre med den negative omtalen av nærliggende sykehus.

Gastromedisinsk avdeling er i dialog med de andre Oslo-sykehusene for å vurdere felles henvisningsmottak. Gjennomsnittlig ventetid i klinikken er synkende og skal innen 2012 være ned mot 65 dager.

Det arbeides med gode rutiner for å unngå fristbrudd, spesielt med å rydde i lister i EPJ (Dips/PasDoc). Gode rutiner for nyhenvisninger og produksjonsplanlegging skal redusere fristbrudd til et minimum, men det forutsetter et utbedring av EPJ systemet.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Klinikken har som mål at sykehusinfeksjoner ikke overstiger 3 prosent.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Enkelte avdelinger har gjennomført dette, de øvrige avdelingene arbeider med implementering.

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

Medisinsk klinikk arbeider systematisk og kontinuerlig på alle nivåer gjennom hele året med forbedringstiltak. Tillitsvalgte, vernetjenesten, klinikkens medarbeidere og prosessveiledere er involvert i arbeidet.

6. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

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

	DRG	krav til kostnadsreduksjon	endringer relatert til ny ramme	årsverk endring fra (estimert)	juli nivå
a Prognose 2012 (oktober)		-27 603	-3,1 %	-41	-3,2 %
b Midlertidig ramme trukket inn		-48 780	-5,5 %	-73	-5,6 %
c Flatt kutt (budsjettskriv 2)		-27 288	-3,1 %	-41	-3,1 %
d Korrigering restutfordring Ahus / VV		20 943	2,4 %	31	2,4 %
e Midlertidig ramme 6,6 %		22 268	2,5 %	33	2,6 %
f Økning intensiv 2 senger		-10 000	-1,1 %	-13	-1,0 %
g Balansert endring effekt på prognose		22 069	2,5 %	33	2,5 %
h Tiltak 2013		13 101	1,5 %	20	1,5 %
i Uk-meldte		-2 500	-0,3 %	-4	-0,3 %
j Ledigholdt stillinger (kompetanse)		-3 700	-0,4 %	-6	-0,4 %
k Helligdagstillegg		-850	-0,1 %	-1	-0,1 %
l Økt ramme (04.12.12)		13 126	1,5 %	20	1,5 %
Totalt restutfordring	0	-29 214	-3,3 %	-41	-3,2 %

a. Prognose 2012 (beregnet): -27,6 mill

Prognose levert ved rapportering for oktoberresultat 2012 viser et estimert overforbruk på ca. 27, 6 mill ved utgangen av året.

b. Midlertidig ramme trukket inn: -48,8 mill

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 Medisinsk klinikk et utfordringsbilde i denne størrelsesorden.

c. Flatt kutt: -27,3 mill

Ved sammenslåingen til OUS i 2009 – 2010 leverte alle klinikker forslag for mulig gevinster. Medisinsk klinikk så ingen betydelig besparelse siden det for klinikken i hovedsak bestod av å flytte pasientvolum fra Aker til Ullevål. En rekke gode tiltak ble spilt inn fra klinikkene og kostnadsrammen til den enkelte klinikk ble redusert tilsvarende størrelse på tiltaket.

Disse potensielle innsparingene er for 2013 reversert og midler tilbakeført de opprinnelige klinikkene. Gitt at innsparingsforslagene ikke er mulig å gjennomføre, kan dette være rett metode for tilbakeføring. Det er vanskelig å tro at dette gjelder alle forslag opprinnelig meldt inn. Før man reverserer innsparingspotensialet bør OUS ta stilling til

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

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

- stiller ikke krav til enheter som har handlingsrom
- stort økonomisk press kan redusere tilbud og kvalitet i pasientbehandling uten at pasientgruppens medisinskfaglige behov er prioritert

- urealistiske budsjetter på lave organisatoriske nivåer kan føre til redusert motivasjon og som følge av dette økte kostnader

d. Korrigering av restutfordring Ahus /VV: 20,9 mill

I forbindelse med overføringen av pasienter til Ahus / VV ble det benyttet en modell for rammereduksjon. I denne modellen ble det en restutfordring som ble fordelt i henhold til LR+ modell (overføringsgrad). Medisinsk klinikk har påpekt at den oppstående restutfordring ikke direkte kunne knyttes til overføringsgrad. OUS har derfor reversert dette og fordelt utfordring flatt etter lønnsmasse.

*”I fordelingen ved Ahus overføringen ble 68,6 mnokoner fordelt som et flatt kutt. Beregningsgrunnlaget var imidlertid ikke relativ andel av total ramme til klinikkene, men relativ andel av rammereduksjonen beregnet ved LR+ modellen
Det er økonomistab sin vurdering at denne beregningen burde vært fordelt som andre flate rammekutt ettersom det ikke var mulig å relatere dette kuttet direkte til klinikk”*

(hentet fra vedlegg OUS styresak 403/12)

e. Midlertidig ramme 6,6 %: 22,3 mill

I et forsøk på å utjevne utfordringsbildet for 2013 har OUS innført en midlertidig fordeling. Prinsippet bak denne fordelingen er at ingen klinikker skal ha et større utfordringsbilde enn 6,6 % fra nåværende kostnadsnivå.

Faren med et slikt prinsipp er at alle klinikker ikke har et potensial på 6,6 %. Dette avhenger i stor grad av hva man allerede har gjennomført. For Medisinsk klinikk er dette en uheldig metode for fordeling siden vi mener vi har hentet ut store deler av vårt potensial allerede ved å innføre bemanningsnorm, gjennomgått legenes tjenesteplaner m.m.

Det er også stor sannsynlighet for at enkelte klinikker / fagområder har større potensial enn 6,6 % som med en slik metode får mindre økonomiske insentiver enn de skulle ha hatt.

Et alternativ er å rydde opp de gamle rammeskjevheter ved inngangen til nye OUS i 2010.

f. Økning intensiv 2 senger: -10,0 mill

Medisinsk klinikk har med den høye aktiviteten (6,0 - 6,5 % foran plantall) et stort press på intensivkapasitet. Intensivenheten overskrider nå en terskelverdi i beleggspersent (85 %) for god drift. For å svare ut dette har vi i arealet klinikken disponerer sett muligheten for å øke med to intensivsenger. En for MI (Medisinsk intensiv) og en hos KIO (Kardiologisk intensiv og overvåkning).

Intensivsenger er en utfordring for OUS og for Medisinsk klinikk. For Medisinsk klinikk er det spesielt to forhold som gjør situasjonen ekstra krevende:

1. Ved sammenslåingen i 2009 – 2010 var det ved Aker en felles intensivenhet på 6 intensivsenger (3 kirurgiske og 3 medisinske). Alle sengene og kostnadsrammen ligger i sin helhet i Akuttklinikken. Etter overføringen til Ahus / VV ble sengene budsjettmessig halvert til ca. 1,5 medisinske og 1,5 kirurgiske. Medisinske intensivpasienter er nå i sin helhet flyttet til Ullevål, noe som skaper press på

medisinske intensivsenger. Kostnadsramme for 1,5 medisinsk intensivseng mener vi ligger i Akuttklinikken og bør overføres til Medisinsk klinikk.

2. Ved overføringen ble det regnet ut en overføringsgrad på 36 % av hele Medisinsk klinikk sin kostnadsramme. Siden en ikke tok høyde for at intensivheten ved Ullevål i stor grad burde skjermes, ble Medisinsk intensiv betydelig redusert og tidligere økning på 2 senger 2007 – 2008 er i realiteten fjernet.

g. Balansert endring: 21,3 mill

Medisinsk klinikk ligger 6,2 % foran plantall budsjett 2012. Noe av dette er vekst, men det meste av avviket skyldes for lavt DRG budsjett 2012 sett i lys av Medisinsk klinikk sin grad av ø-hjelp. For 2013 vil aktivitetsbudsjettet være tilnærmet forventningsrett noe som muliggjør god planlegging og styring.

h. Tiltak 2013: 13,8 mill

Effekt av tiltak for 2013 p.t. er på 13,8 mill.

i. Meldte utskrivningsklare (UK-meldte): -2,5 mill

For 2012 budsjettet ble inntektskravet til Medisinsk klinikk økt med 12 mill. knyttet til at pasienter skal overføres til kommunen allerede etter første dag etter ferdigbehandling. Klarer ikke kommunen å ta i mot pasienten blir kommunen fakturert 4.000,- pr dag pasienten ligger over utskrivningsklar dato. Erfaring i 2012 tilsier at kommunen i høy grad tar i mot pasienten når denne er utskrivningsklar. Denne tapte inntekten, ca. 11,4 mill (ca. 8,0 mill. allerede synliggjort i prognose), er tenkt hentet inn via reduserte kostnader (les: reduserte senger). Klinikken hadde en beleggsprosent på over 100 før denne endrede praksis inntraff og ligger nå rundt 100 % etter effekt av UK-meldte. I tillegg er bemanningsnorm innført slik at ingen kostnadsreduksjon utover noe variabel lønn har vært den realøkonomiske effekt og mulighet.

j. Manglende kompetanse: -3,7 mill

I klinikken har vi to spesielle enheter, NBC (kompetansenhet for nukleær, biologisk og kjemisk medisin) og Senter for pasient medvirkning. Pga av utfordring med å få på plass rett kompetanse har det ved disse enhetene i hele 2012 vært ubesatte stillinger. Disse vil bli besatt før utgang 2013.

k. Helligdagstillegg: -0,9 mill

Medisinsk klinikk har tatt høyde for en ekstra helligdag i 2013 sammenlignet med 2012.

l. Økt ramme (04.12.12) 13,1 mill

I ledermøtet 4. desember 2012 ble Medisinsk klinikk tildelt ytterligere 13,1 mnok i en ny omfordeling av friske midler.

Konklusjon

Fra dagens nivå ned til ny kostnadsramme må klinikken redusere med 29 mill i kostnader (ekskludert allerede innmeldte tiltak på 13 mill.) med tilhørende 41 brutto årsverk. Dette tilsvarer en ytterligere effektivisering etter tiltak på ca. 3,3 %.

For å sikre god styring har vi ikke fordelt dette kravet ned på laveste nivå i sin helhet. Vi har analysert forventet generell effektivisering og lagt et krav på mellom 1,2 % til 1,8 % på avdelingsnivå. Dette tilsvarer ca. 7 mill. Resterende utfordring vil bli lagt sentralt i klinikken

siden vi ønsker å bruke budsjettene på laveste nivå til god styring samt at vi er obs på følgende risikomomenter ved flatt kutt:

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 bunnen med knappe og realistiske budsjetter med forankrede tiltaksplaner på laveste nivå. Dette har resultert i uløst utfordringsbilde som er sentralisert i budsjettet på klinikknivå (les: usaldert).

Vi mener en slik tilnærming gir bedre økonomiske resultater ved årets slutt enn om uløst utfordringsbilde spres til laveste nivå uten synlig handlingsrom for endret kostnadsbilde. Det kreves altså større grep for å løse en felles utfordring på tvers av avdelinger, klinikker og sykehus i Oslo området. Medisinsk klinikk kommer til å jobbe overordnet med resterende utfordring som ikke er fordelt til avdelingene.

6. Klinikkenes foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering

Medisinsk klinikk har lokalsykehusfunksjoner for deler av Oslos befolkning. I tillegg behandles også mange pasienter som ikke har OUS som lokalsykehus.

For å identifisere gjennomførbare tiltak i forbindelse med budsjettarbeidet, har det vært viktig å få oversikt over omfanget av denne virksomheten. Klinikkenes leger har derfor gjort en omfattende kartlegging av pasientrelatert aktivitet (2700 registreringer) over 3 dager med flg. resultat:

- 22% av pasienter innlagt i Medisinsk klinikk har ikke OUS som sitt lokalsykehus
- 64% av tilsyn på inneliggende pasienter gjelder pasienter som ikke har OUS som sitt lokalsykehus
- 55% av alle polikliniske konsultasjoner gjelder pasienter som ikke har OUS som sitt lokalsykehus

Årsaken til at pasienter som ikke har OUS som sitt lokalsykehus likevel behandles i Medisinsk klinikk er i all hovedsak klinikkenes spisskompetanse som i større eller mindre grad er formalisert som område- og regionsfunksjoner. Fritt sykehusvalg bidrar også betydelig til den polikliniske aktiviteten.

Denne aktiviteten er i stor grad bestemt av faglige behov og lovpålagte oppgaver, noe som gjør det vanskelig å møte de budsjettmessige utfordringer.

	mill	årsverk
Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter *	-7 476	-12
Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)		
Innkjøp		
Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	-2 092	-4
Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	-2 042	-3
Annet	-1 491	-2
	-13 101	-21

* Allerede innført bemanningsnorm. Dette gjelder samlokalisering og flytting.

Medisinsk klinikk har tidligere jobbet med en rekke tiltak og tilpasning av drift etter sammenslåing og overføring av pasienter til A-Hus/VV. Flere pasienter enn forventet har benyttet seg av fritt sykehusvalg. Ved at Medisinsk klinikk har innført bemanningsnorm, redusert tjenesteplaner, redusert antall senger og andre tiltak, er det krevende å hente ut nye effekter.

Overføring av aktivitet til Lovisenberg

Medisinsk klinikk har fått i oppdrag å utrede en mulig overføring av Bjerke bydel til Lovisenberg. I første rekke dreier det seg om å identifisere potensiell reduksjon i behov for senger og tilhørende legeressurser. Sagene bydel ble overført i 2007 – 2008 slik at vi har et empirisk grunnlag hvor vi kan beregne effekten av tiltaket, forutsatt at Bjerke er lik Sagene, justert for forskjell i befolkningstall.

Våre første utregninger med Sagene som case viser følgende potensial for sengereduksjon:

Avdeling	Antall senger i utregningsperioden	Belegg % i utregningsperioden	Potensiell reduksjon i senger	Belegg % hvis senger beholdes og pasienter overføres
MED GASTROMEDISINSK AVD	16	91 %	1,1	83 %
MED GENERELL INDREMEDISINSK AVD	24	90 %	3,0	77 % *
MED GERIATRISK AVD	67	97 %	3,0	92 %
MED HJERTEMEDISINSK AVD	30	100 %	0,5	98 %
MED INFEKSJONSMEDISINSK AVD	21	95 %	2,6	83 %
MED LUNGEMEDISINSK AVD	20	94 %	1,5	86 %
Sum	178	95 %	11,8	88 %

* Årsak til lav belleggsprosent er flytteprosess sommer 2012. Vil utjevnes de nærmeste mnd.

Som vi ser av tabellen er det potensialet for innsparing svarende til ca. 12 senger, men sengene fordeler seg spredt innenfor fagområdene. Med tanke på eksisterende bygningsmasse er det krevende å tilpasse til optimale sengeposter. I tillegg ser vi at beleggprosenten er høy, ofte over 100. Et eventuelt nedtrekk av pasienter uten reduksjon i senger gjør det mulig for klinikken å komme ned på beleggprosent som OUS forøvrig. Overføringen vil også berøre poliklinisk virksomhet. Kostnadsreduksjon kan vise seg å være krevende siden poliklinikkene allerede i dag har et høyt press med ventelister. I tillegg vil fritt sykehusvalg redusere mulighet for reell overføring.

Overføringen har en effekt på aktivitet med ca. 1200 DRG poeng som for Medisinsk klinikk tilsvarer et inntektstap på 23,8 mill før en eventuell ytterligere reduksjon i rammeoverføring (avhengig av avtale med Lovisenberg). Ut fra dette økonomiske bildet har Medisinsk klinikk vurdert at reduserte kostnader ikke tilsvarer inntektstapet og at det å oppnå ønsket økonomisk og driftsmessige effekt heller bør vurderes en funksjonsfordeling mellom sykehusene innen utvalgte områder.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene

Felles normering

Medisinsk klinikk er den klinikken som var mest påvirket av overflytting til Ahus. Medisinsk klinikk reduserte med 6 sengeposter på Aker. Etter overføringen av pasientgrunnet til Ahus hadde klinikken fortsatt to sengeposter på Aker, hvorav en rehabiliteringspost inkl 2 ME senger. Generell indremedisinsk sengepost ble i forbindelse med avvikling av akuttmottaket på Aker, flyttet til Ullevål (26.06.2012).

Medisinsk klinikk har innført bemanningsnorm på sengepostene.

AKUTTMEDISINSK AVDELING	GASTROMEDISINSK AVDELING	GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING	GERIATRISK AVDELING	HJERTEMEDISINSK AVDELING	INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING	LUNGEMEDISINSK AVDELING	NYREMEDISINSK AVDELING
OBS-posten: På norm. MIO avventer sentral prosess	Avvik fra norm grunnet flytteprosess. Vil være på norm i budsjettprosessen 2013	På norm	Slag: Avvik fra norm ihht nasjonal retningslinje for bemanning av slagenheter. Akuttgeriatri: Avvik fra norm vil bli håndtert i budsjett 2013.. Rehab-Aker: På norm. Har egen bemanning til ME-senger	KIO: Avventer sentral prosess. Hjerteposten: På norm	Infeksjonsposten: På norm D+A. Avvik på natt grunnet isolasjonsregime. Isolatposten: Avvik grunnet beredskap/trening	På norm, men har to intermediaersenger	På norm

Pga gammel bygningsmasse har Medisinsk klinikk noen sengeposter med suboptimal størrelse. Ved eventuell nedgang i beleggprosenten vil klinikken vurdere endring av sengetallet innen ulike fagområder for å oppnå mer driftsoptimal størrelse på sengepostene. Bygningsmassen setter begrensninger slik at vi ikke vil nå det ideelle tallet på 24-28 senger på alle sengeposter før nytt sengebygg står ferdig.

Klinikken ønsker:

- felles normering for intensivsenger i samarbeid med Akuttklinikken
 - mulig omfordeling av sengekapasitet på tvers av klinikker med bakgrunn i objektive beleggstall, som vil skape bedre flyt i akuttmottaket

- flytte infeksjonsmedisinsk sengepost til KIS bygget for å samlokalisere sengepost og isolatpost. Dette vil kunne gi samdriftsmuligheter, samt bidra til at OUS (i bygg 3) innfrir pålegg fra Brann- og redningsetaten og Arbeidstilsynet.
- Samdrift av nyre sengepost og dialyse-enheten

Effektivisering av pasientforløp

Medisinsk klinikk har innført LEAN som metode for kontinuerlig forbedring ved en rekke enheter og vil i løpet av 2013 inkludere flere avdelinger i dette arbeidet. Klinikken forventer ytterligere forbedring av pasientforløp ved videre implementering av LEAN.

Medisinsk klinikk ved klinikkleder er prosjekteier sammen med Oslo kommune i et kvalitetsutviklingsprosjekt som skal bidra til en rask og adekvat tilgang til diagnostikk og behandling for eldre med akutt og subakutt funksjonssvikt. Målsettingen er å kunne begrense funksjonstap og forebygge sykehusinnleggelse.

Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin har iverksatt nærmere samarbeid mellom Seksjon for preventiv kardiologi og Seksjon for sykkelig overvekt omkring behandlingen av overvekt. Diagnostikk av knuter i tyreoida er effektivisert i samarbeid med leger fra flere andre klinikker. Dette vil gi ytterligere synergi ved samlokalisering. Avdelingen arbeider med tettere samarbeid og effektivisering av pasientforløp for pasienter med diabetes på de ulike lokalisasjonene og samarbeider med bla. Kvinne- og barnklinikken som har fødepoliklinikk ved både Rikshospitalet og Ullevål.

Klinikken ønsker:

- utbedring av ventesone i Bygg 3 for pasienter som venter på transport eller som skal til annen behandling
- styrke akuttmottaket med kompetanse for å bedre pasient- og arbeidsflyten
- utarbeide pasientforløp innen KOLS, Lungekreft, samt Slagbehandling (regi av Pasientsikkerhetskampanjen)
- Utrede økt bruk av hotell innen utvalgte fagområder samt mulighet for etablering av en 5 døgnspost
- felles leverTx-utredning
- samlokalisering av mesteparten av Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

Medisinsk klinikk har med stor suksess etablert en bemanningsenhet for håndtering av delte stillinger. Dette er et prosjekt med støtte fra VOX. Klinikken er i ferd med å gjennomføre produksjonsplanlegging på poliklinikk, pilot Gastromedisinsk avdeling. Dette vil bli gjennomført i alle avdelinger.

Klinikken ønsker:

- benytte EFO-modul i GAT for å styre variable lønnskostnader
- videreføre erfaringene fra pilot Produksjonsplanlegging til alle avdelinger
- å se på bruk av merkantilt personell blant annet knyttet til talemøteplanlegging

Døgn - til dag - til pol og redusert antall senger

Medisinsk klinikk har i forbindelse med overføring av pasientgrunnlaget til Ahus og ved samlokalisering av fagområder hatt stort fokus på driftsoptimalisering. Dagposten på Aker flyttet i medio juli til Ullevål og ble samlokalisert. Flere fagområder planlegger ytterligere bruk av dagposten. Det vil også bli etablert en øhj-poliklinikk på dagposten som kan bidra til redusert innleggelse.

Avdeling for Lungemedisin har etablert videokonferanse med flere sykehus, dette reduserer innleggelse i OUS ved at pasienten ivaretas ved sitt lokalsykehus. Klinikken ønsker å utvide bruk av videokonferanse.

Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

Medisinsk klinikk har gjort en kartlegging av overleger med mantra om ”intet idnr. intet budsjett”. Kjøp av legetid er gjennomgått, noe som har resultert i omfordeling og reduksjon i UTA, 42-45 i samtlige avdelinger I tillegg er bakvaktlaget på Aker avvirket (Geriatrisk – og Hjertemedisinsk avdeling) og Lungemedisinsk avdeling har redusert bakvaktlagt fra to til ett.

Innkjøp

Kostnadsbildet til Medisinsk klinikk består av ca. 82 % lønnskostnader. Dette gir oss lite handlingsrom når det gjelder tiltak på innkjøpssiden. Hjerteravdelingen er den eneste avdelingen med noe tyngre vekt på varekostnader og der er det nettopp inngått en ny avtale via HINAS som har hatt positiv effekt i 2012. Ved Nyremedisinsk avdeling vil det være en effekt av ny HINAS avtale i 2013, men det er usikkert om dette vil slå positivt ut for avdelingen.

Biologiske legemidler er en relativt stor utgiftspost ved Gastromedisinsk avdeling. For 2013 vil vi se på rutiner rundt fakturering av andre helseforetak når disse får behandlet sine lokalsykehuspasienter ved OUS.

Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

Samhandling og oppgavedeling

Medisinsk klinikk har vært aktivt med i planlegging og gjennomføring av Samhandlingsarena Aker. Geriatrisk avdelingen bidrar ift. Intermediærenheten ved Abildsø bo- og rehab. Dette er et samarbeidsprosjekt med Oslo kommune, og er et tilbud til pasienter som trenger noen flere dager behandling før de skrives hjem. Avdelingen er i dialog med Oslo kommune ift å bidra inn mot Geriatrisk ressurscenter og ift å bidra inn mot Kommunal rehabiliteringspost på Aker.

Klinikken ønsker:

- å vurdere i hvilken grad Kommunal Akutt Døgnpost (KAD) kan påvirke klinikkens pasientforløp
- å vurdere funksjonsfordeling av spesialisert rehabilitering
- felles møtearenaer mellom klinikkens avdelinger og bydeler for å imøtekomme felles utfordringer
- oppgaveoverføring til fastlegene og avtalespesialistene

Infeksjonsmedisin ser et potensial for noe bruk av Samhandlingsarena Aker i samspill med Oslo kommune for pasienter med bærertilstand med multiresistent mikrobe, eksempelvis MRSA.

Nyremedisinsk avdeling har mottatt samhandlingsmidler til utredning og evt. oppstart av PD-sykehjem i samarbeid med sykehjemsetaten i Oslo Kommune.

Avdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin gir tilbud om livsstilsbasert og medikamentell forebygging av hjerte-/karsykdommer særlig til yngre høyrisikopasienter og pasienter med arvelige forstyrrelser i fettstoffsiftet (blant annet familiær hyperkolesterolemi). Avdelingen vil aktivt medvirke til å etablere slike tilbud under ”Samhandlingsarena Aker” dersom Oslo kommune makter å etablere gode forebyggingstilbud i fremtiden. Yrkes- og miljømedisin samarbeider med mange fagmiljøer i sykehuset og Statens arbeidsmiljøinstitutt i Oslo i et prosjekt for å etablere et regionalt kompetansesenter for astma, allergi og overfølsomhetsreaksjoner med øremerket finansiering fra Helse Sør-Øst.

Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

Etter overføringen av pasientgrunnet til Ahus hadde klinikken fortsatt to sengeposter på Aker, hvorav en rehabiliteringspost inkl 2 ME senger. Generell indremedisinsk sengepost ble i forbindelse med avvikling av akuttinntaket på Aker, flyttet til Ullevål (26.06.2012). Dagposten på Aker flyttet i medio juli til Ullevål og ble samlokalisert.

Medisinsk klinikk har slått sammen tre avdelinger (Avdeling for forebyggende medisin, Senter for sykelig overvekt og Endokrinologisk avdeling) til en avdeling, organisatorisk og ledelsesmessig. En ytterligere samlokalisering av avdelingens aktiviteter vil gi en økonomisk gevinst, samt gi muligheter for effektivisering av pasientforløp og rasjonalisering av ekspedisjon, telefonbetjening og andre pasientadministrative tjenester. I første omgang vil det være realistisk å flytte all poliklinisk endokrinologisk aktivitet fra Aker til Ullevål, samt flytte aktiviteten ved Lipidklinikken fra dyre lokaliteter i Forskningsveien 2 til Ullevål.

Det er også ønskelig å flytte Seksjon for sykelig overvekt fra Aker til Ullevål, men fordi det er rasjonelt å beholde seksjonen samlet må dette sannsynligvis vente til nye operasjonsstuer på Ullevål står ferdig (2014). Flytting av Tyreoideasenteret som inkluderer personell fra andre klinikker (endokrinkirurger, radiologer og cytologer) fra Aker til samlet lokalisasjon på Ullevål vil også være svært viktig. Det betinger enighet med de berørte klinikker og avdelinger som vi bedømmer nå er mulig å få til.

Driftsorganisering, strukturelle endringer på tvers av klinikkene

Medisinsk klinikk ønsker å gå i dialog med ”speilavdelinger” i andre klinikker for å vurdere å

- slå sammen vaktlag
- slå sammen fagområder
- samarbeid om oppgaver og pasientforløp
- farmasøytressurs i kliniske avdelinger

Optimalisere og effektivisere pasientdokumentasjonen i EPJ og bruken av ”Talegjenkjenning” (TG). Klinikkenes enheter på Rikshospitalet og i Forskningsveien (Lipidklinikken) har ikke tilgang på TG. Vi foreslår et fleksibelt system der de fleste behandlere skal bruke TG.

Forslag om «Min journal» som gjør det mulig å kommunisere med pasient gjennom internett slik at behov for å oppsøke helsetjenesten reduseres.

Strømlinjeformet postgang. Det viktigste tiltaket her ville være at all utgående post fra EPJ som går elektronisk ikke også sendes per post.

Økt kapasitet på MR og CT-undersøkelser i KDI vil kunne bidra til bedre pasientgjennomstrømning.

c. Vurdering av situasjonen

Medisinsk klinikk har siden sammenslåingen i 2009 bygd budsjetter fra bunnen 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
- Kartlegging av overleger med ”mantra om intet idnr. intet budsjett”
- Gjennomgått kjøp av legetid som har resultert i omfordeling og reduksjon
- Redusert sengeantall
- Andre kostnadsreducerende tiltak

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

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Budsjett	Kostnadsramme (mill kroner)	Estimert utfordring (mill kroner)	Utfordring i %	Tiltak (mill kroner)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Avdeling						
MED AKUTTMEDISINSK AVDELING	163 773	-1 913	-1,2 %			-1 913
MED GASTROMEDISINSK AVDELING	81 540	-4 007	-4,9 %	-4 007	5,6	
MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING	41 039	-678	-1,7 %			-678
MED GERIATRISK AVDELING	129 820	-2 092	-1,6 %	-2 092	4,1	
MED HJERTEMEDISINSK AVDELING	168 384	-2 256	-1,3 %	-680	2,0	-1 576
MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING	82 768	-3 395	-4,1 %	-3 395	5,7	
MED LUNGEMEDISINSK AVDELING	68 638	-1 168	-1,7 %			-1 340
MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE	45 688	-849	-1,9 %	-232	0,3	-617
MED NYREMEDIKINSK AVDELING	72 829	-1 262	-1,7 %	-1 262	2,2	
MED STAB	52 638	-27 175	-76,6 %			-27 175
MED ENDO, FOREBYGG og FEDME	58 383	-1 009	-1,7 %	-439	1,0	-570
Total:	965 500	-45 804	-4,7 %	-12 107	21	-33 869

Ved tidligere innmeldinger har vi påpekt forhold som Medisinsk klinikk ikke er kompensert for eller inntektskrav hvor bortfall av inntekt ikke er mulig å hente inn pga beleggssituasjon.

Vi har derfor estimert ca. 27 mill hvor løsningene på nåværende tidspunkt ikke kan identifiseres på laveste nivå og må løses på klinikknivå eller i samarbeid med andre klinikker.

Av utfordringen har vi fordelt 7,0 mill flatt etter lønnsmasse til de avdelingene som ikke har levert, eller har levert for liten effekt, av tiltak. For de avdelinger som ikke er i mål med tiltak vil dette gi en utfordring på mellom 1,3 % til 1,8 %. Dette kravet er gitt på bakgrunn av at en generell effektivisering på mellom 1 % – 2 % bør la seg gjennomføre uavhengig av annet potensial.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikken har vanskelig for å se ytterligere tiltak som kun berører Medisinsk klinikk. Vi har spilt inn tiltak som vil få effekter på flere klinikker som desentralisert blodprøvetakning. Vi er villige til å være pilot for slike prosjekter, da vi aktivt har gått inn og sett på arbeidsmetoder og organisering på sengeposter.

Medisinsk klinikk har påpekt flere forhold ved den historiske budsjetteringen. Et av disse punktene er innfridd (restutfordring Ahus / VV).

Medisinsk klinikk var tidlig ute, allerede før sammenslåingen, med å rigge organisasjonen til den nye virkeligheten. Dette ble gjort ved å ta grep og innføre tiltak som gjorde sammenslåingen til OUS mer smidig. Dette ble gjort ved å ledigholde stillinger innenfor alle stillingskategorier forut for sammenslåingen. Klinikken brukte allerede verktøy for bemanningsnormering allerede i budsjettprosess for 2011 samt innførte bemanningsenheten for å ivareta delte stillinger, redusere variable lønnkostnader og ufrivillig deltid (VOX-prosjekt). Ved samlokalisering av fagområder ble legenes arbeidstid gjennomgått og UTA-tid ble tilpasset virksomheten.

Av den grunn ser vi at handlingsrommet er betydelig innskrenket og har valgt å ha usaldert beløp plassert på klinikknivå. Dette gjør vi for å ha knappe, men realistiske budsjetter ned på laveste nivå. Vi mener dette gir god styring og et bedre økonomisk resultat enn om utfordring ble lagt usaldert på laveste nivå uten konkrete planer.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Budsjetttrammene for Medisinsk klinikk 2013 medfører en betydelig utfordring og stor risiko ved gjennomføring. Klinikken har et marginalt handlingsrom for ytterligere innsparinger da mange effektiviseringstiltak allerede er gjennomført (bemanningsnorm, delte stillinger og kjøp av legetid), og har en betydelig utfordring med høy aktivitet og høyt belegg i pasientsengene.

Det er ikke mulig å redusere ytterligere bemanning uten å redusere klinisk virksomhet. Pasientvolumet i klinikken er så stort at det å overføre en bydel til annet lokalsykehus ikke vil være tilstrekkelig for å løse utfordringen. For å få en reell reduksjon bør en heller se på funksjonsfordeling.

Klinikken har område-, region- og landsfunksjoner i tillegg til beredskapsfunksjon. Avdelingene i klinikken har gjort et omfattende arbeid med å komme med forslag til konkrete tiltak og områder der driften kan effektiviseres for å tilpasses nye rammer. Enkelte tiltak vil kreve investeringer og bygningsmessige tilpasninger, men kan bidra til mer effektiv drift.

Pasientbehandling

Budsjettkrav for 2013 pålegger oss ikke å redusere behandlingsskapasitet, men strammere rammer kan gjøre det vanskeligere å følge lovkravene med økte ventetider og økende antall fristbrudd. Klinikken opplever stor pågang av pasienter med rett til behandling. Det finnes ingen signaler som tilsier at trenden med økende behov for våre tjenester blir endret. En eventuell reduksjon av virksomhet kan gi seg utslag i brudd på ventelistegarantien og øke klinikkens utfordring med høyt belegg og korridorsenger. Vi har fokus på fra døgn- til dagbehandling, kortere liggetid, pasientforløp, overføre kontroller til fastlegene der det er mulig, samt benytte ledige senger på tvers av fagområder. I tillegg er klinikken avhengig av at Ous ser pasientsenger på tvers av klinikker eller gjør andre strukturelle grep. Klinikken har betydelig liasonvirksomhet ut mot andre klinikker, en konsekvens av budsjettkrav 2013 kan bli redusert kvalitet i pasientbehandlingen og frekvens på tjenestetilbud til andre.

Arbeidsmiljø

Budsjettkravet kan forsterke misforholdet mellom arbeidsoppgaver og bemanning. Innført bemanningsnorm kan medføre høyere arbeidsbelastning i perioder, noen som igjen kan øke fare for at uhell og feil oppstår. Marginal bemanning medfører også økt innleie av personell når sengepostene har dårlige og ekstra krevende pasienter. Vi ser ingen mulighet til å nedbemanne ytterligere når vi allerede har innført bemanningsnorm som gir utfordringer med liten tid til kompetanseutvikling fordi man må prioritere drift.

En spesiell utfordring er Bygg 3 som er svært lite hensiktsmessig og har manglende fasiliteter. Det er derfor vanskelig å hente ut rasjonaliseringsgevinster. I 2013 skal også ytterligere oppgraderinger gjennomføres for å lukke krav fra Brann- og Redningsetaten og Arbeidstilsynet.

Økonomi

I og med at klinikken ikke skal planlegge for lavere aktivitet, vil risikoen i vesentlig grad ligge på det økonomiske. I lys av de grep klinikken allerede har gjennomført, er det marginalt handlingsrom for videre reduksjon i kostnader. Med de tiltak klinikken har gjennomført, ser vi ingen mulighet for å kunne imøtekomme budsjettkrav.

Forskning utdanning og innovasjon

Budsjettreduksjoner har hittil ikke rammet forskningsproduksjonen i særlig grad. Budsjettkutt vil redusere handlingsrommet for fag- og forskningsskolert personale til å drive utdanning, fagutvikling, forskning, kvalitetskontroll og innovasjon. Mindre tid til faglig utvikling og forskning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme til pasienter og medarbeidere. I tillegg til å være en del av sykehusets forpliktelse i henhold til lovverk og oppdragsdokument, bidrar forskningen i høy grad til behandlingsskvalitet, fagutvikling og motivasjon av medarbeidere.

Oppsummering

Klinikkens og avdelingenes foreslåtte tiltak kan gjennomføres uten høyt risikobilde. Medisinsk klinikk ser ingen mulighet til å imøtekomme budsjettkrav 2013 og må derfor sette klinikkens risikobilde på "rødt".

Klinikk	”Klinikk for kirurgi og nevrofag” KKN

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	2 096
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	- 71
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	117
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	56
Klinikken vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 81
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	23,6

2. Kort omtale av klinikken hovedfunksjoner

Klinikk for kirurgi og nevrofag består av 15 avdelinger inkludert en forskningsavdeling og stab. Det er en svært heterogen klinikk som består av kliniske avdelinger innen nevroområdet, (både medisinske og kirurgiske) kirurgi, rehabilitering og psykiatri. Klinikken er en av sykehusets største målt i DRG aktivitet og har ca 2000 årsverk. Klinikken har årlig nærmere 300.000 polikliniske konsultasjoner og litt i overkant av 400 senger. 14 av sykehusets 27 nasjonale funksjoner er knyttet til klinikk for kirurgi og nevrofag. I tillegg er 3 av 7 flerregionale funksjoner i vår klinikk. Klinikken har også kompetansesenterfunksjon innen nevrologi, ortopedi og epilepsibehandling. I tillegg til den kliniske behandlingen har klinikken omfattende forskningsaktivitet. Et område klinikkleidelsen ønsker å styrke ytterligere på tross av en krevende økonomisk situasjon.

a. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

Klinikken hovedstrategi ift å imøtekomme budsjettkravet har vært å prøve å samle mest mulig av den elektive virksomheten ved Rikshospitalet og mest mulig ø-hjelpsaktivitet ved Ullevål. På grunn av manglende areal lar dette seg ikke gjøre fullt ut. Klinikken jobber nå med å flytte den nevrokirurgiske spinalvirksomheten fra Gaustad til Ullevål. Da kan denne virksomheten flytte inn sammen med ortopedisk spinalvirksomhet på Ortopediske sengeposter. Dette vil frigjøre senger på Nevrokirurgisk sengepost slik at sengeposten for fysikalsk medisin og rehabilitering (en post på 6 senger med rehabilitering av pasienter med hodeskader) kan flytte opp til Nevrokirurgisk sengepost. Dette vil være en fornuftig samdrift og vil skape mer robuste sengeposter. I tillegg ses det på muligheten for å flytte brystprosjektpasientene også ned til Ullevål. Nevrokirurgiske pasienter, eksklusiv ø-hjelp og spinale skader vil flyttes fra Ullevål til Gaustad. Gjennom dette grepet bør man kunne skape mer robuste og mindre kostbare sengeposter på Ullevål. Dette grepet vil medføre at pasienttilbud blir flyttet fra RH til Ullevål og omvendt. Dette vil også medføre felles sengeposter fordelt på flere spesialiteter.

b. Endringer i aktivitetsnivå

Klinikken legger i budsjettet opp til en økning på 1100 DRG-poeng eller ca 2%. 525 poeng av dette er knyttet til brystprosjektet. Resterende økning skal dekke forventet økning innen øye

(særlig AMD), nevrokirurgi, nevrologi, plastikkirurgi og ortopedi. De tre siste fagområdene har omfattende ventelister og trenger å øke kapasiteten ift dagens nivå for at disse listene ikke skal øke ytterligere.

Det er visse aktivitetssområder hvor det kan være aktuelt for klinikken og også gi fra seg noe aktivitet. Vestre viken skal etter avtale ta over øyeaktivitet i løpet av 2013, men det er foreløpig ikke klart når Vestre viken vil være i stand til å ta over disse pasientene. På grunn av den store økningen i AMD-aktivitet over de siste årene vil imidlertid ikke overføringen medføre en reduksjon som utjevner økningen i det generelle behovet. I tillegg kan det bli aktuelt å overdra noe ortopedisk virksomhet til Diakonhjemmet. Det vil da først og fremst være snakk om eldre med brudd, men det kan også være aktuelt at man på noen områder innen blant annet fot/ankelområdet, hvor det pågår et samarbeid mellom Ullevål og Diakonhjemmet allerede, overfører deler av ventelister for å øke samlet kapasitet innen de mest krevende fagområdene

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Klinikk for kirurgi og nevrofag har den klart største andelen både av sykehusets ventelister og fristbrudd. Dette jobbes det kontinuerlig med både i forhold til å rydde listene slik at de faktisk representerer riktig antall ventende og fristbrudd.. Det brukes for tiden mye ressurser for å være trygg på at listene reflekterer sanne tall ved å ringe opp til samtlige langtidsventende å forsikre oss om at de fortsatt ønsker å stå på ventelisten. I tillegg jobbes det med å øke kapasiteten på de mest kritiske områdene som nevrologi, en del områder i ortopedi samt brystprosjektet. Det er særdeles krevende å være i en så alvorlig økonomisk situasjon som klinikken befinner seg i samt det omfanget av ventelister og fristbrudd klinikken har. Det anses naturligvis umulig å løse ventelisteproblematikken med de økonomiske rammene klinikken er forespeilet. Innenfor de aktuelle fagområdene synes det, basert på kunnskapen vi har, at det heller ikke er kapasitet andre steder i regionen, blant annet fordi det mangler kompetanse og fordi det samlet er underkapasitet. Det vil derfor være områder som vil få økt ventetid i 2013.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Trygg kirurgi er innført i nærmest hele klinikken. I tillegg er pågående det smykkefrikampanjer i klinikken.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Dette er allerede etablert praksis i noen av avdelingene i klinikken. Men det er avdelinger som per dags dato ikke har klart dette. Årsaken er at man ikke har timebok som er åpen langt nok frem i tid. Det har vært en del diskusjoner i klinikkledelsen om hvor lenge det er hensiktsmessig å åpne timeboken frem i tid. Åpner man den for langt fram så vil man fort måtte gjøre ombookinger og det medfører ekstra administrativt merarbeid. Klinikken har på de fleste steder timebok som går 6 måneder frem i tid. Det vil dekke for en del pasienter, men vi har over 10000 pasienter som venter mer enn 12 mnd og for disse blir det ikke mulig å oppfylle kravet. For pasientkategorier som det per i dag er flere års ventelister anses det uriktig å forespeile timeavtale. Med underkapasitet vil man nødvendigvis måtte prioritere pasienter med prioritert rett til behandling og de uten prioritert rett til helsehjelp er det usikkert om vi faktisk kan gi noe tilbud. Å gi time sammen med mottak av henvisning for disse pasientene anses meningsløst i og med at pasientene i praksis ikke med sikkerhet kan forvente å få behandling, dog avhengig av fremtidig kapasitet og om det blir allokert ressurser

fra HSØ til håndtere sitt ”sørge for ansvar”. For disse pasientene vil det være mer korrekt å opplyse om underkapasiteten og antatt ventetid på tidspunktet man får henvisningen.

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

Dette er et viktig satsingsområde for klinikken. Blant annet fordi det foreligger til dels store utfordringer når det gjelder arbeidsmiljøet i flere avdelinger, spesielt i de avdelingene som har aktivitet på flere av våre lokalisasjoner. Noen av disse utfordringene er knyttet til den pågående omorganiseringen med tverrgående ledelse som ble innført ved sammenslåingen i 2010.

I etterkant av MU skal alle avdelinger og enheter komme opp med 1 bevaringsområde og 2 forbedringsområder. Dette følges opp av klinikken HR-stab som også stiller som støtte i enheter med større konfliktområder. Det følges også opp at alle medarbeidere har hatt medarbeidersamtale i løpet av året.

5. Vurdering av klinikken utfordring fra 2012 til 2013

KKN har levert en oppdatert prognose på 135 mnok i merforbruk. Klinikken har fått en budsjettøkning på 56 mnok. Ut ifra dette har klinikken en utfordring på om lag 81 mnok før tiltak. Dette bildet er tilsvarende uendret ved summering av budsjettinnspill fra avdelingene/seksjonene/enhetene.

6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse bemanningsnormering og drift av sengeposter	5	7
2. Kjøp av tid fra legegruppen	6	4
3. Innkjøp	5	
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	1	2
6. Annet	10	Reduserte lønnsutbetalinger, men økt antall årsverk

Dette er foreløpig svært usikre estimat, særlig innenfor de to første områdene. Klinikken jobber med både sykepleiernormering og muligheten for å redusere vaktlag. Sykepleiernormeringen går som et sentralt prosjekt hvor hver enkelt sengepost kartlegges ift normering, belegg, turnus osv. Når det gjelder reduksjon i kjøp av legetid så vil det være helt avhengig av at klinikken klarer å gjennomføre skisserte flyttinger. Dette vil være avhengig av eventuelle andre flyttinger og den overordnede arealplanen til sykehuset.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikken arbeid innenfor innsatsområdene

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 klinikken drift. Stikkord for de to gruppene 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 intermediaerenheter, etablere mer robuste sengeenheter, bedre utnyttelse av operasjonsstuer m.m.

Klinikken hovedstrategi både i forhold til det medisinskfaglige samt driftsmessige er å samle størst mulig del av den elektive kirurgien ved Rikshospitalet samt mest mulig av ø-hjelpsaktiviteten til Ullevål. Gruppene har vært innom alle hovedfokusområdene til sykehuset ift kostnadskutt. Her følger en punktvis gjennomgang:

Størrelse, bemanningsnormer og drift av sengeposter

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 på ca 25 senger, men dette handler også om de fysiske lokalitetene som setter begrensninger i dette tilfellet fordi en fortetting representerer en infeksjonsfare. Det vil være aktuelt å se på en felles poster på Ullevål som går på tvers av spesialiteter. Dette vil kreve opplæring av personell, men vil bli en rasjonell drevet post dersom man får dette til å fungere.

På Kirurgisk avdeling for barn (KAB) 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.

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 intermediaerenheter. Det kan være aktuelt for klinikken og samle disse for å skape større og mer robuste intermediaerenheter. Dette vil også kreve en opplæring av personell som skal jobbe på posten, men det er en erkjennelse at dagens situasjon med veldig små intermediaerenheter ikke er optimalt.

Når det gjelder tilpasning til sykehusets bemanningsnorm, så er det flere av våre poster som ligger over denne per i dag. Det er flere av disse enhetene som enten har intermediaersenger eller stor grad av poliklinisk ø-hjelpsbehandling på post som gjør at sammenlikning med norm ikke umiddelbart lar seg gjøre (ØNH, Øye). Det pågår nå et samarbeid mellom helsefag og økonomi i klinikken for å sortere ut disse problemstillingene og å lage et bilde av hvilke poster som bør få krav om reduserte stillinger.

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 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 tidligere nevnt 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. En stor utfordring for å etablere en voksen dagenhet er arealbegrensningene. Det finnes ikke lokaler i våre områder der det er mulig å etablere dette. I vår kirurgiske enhet der vi i dag har denne type pasienter (ØNH) finnes det dessverre ikke rom som gir oss denne muligheten.

Klinikken ser også på områder som er aktuelle for dagkirurgi på Aker. Etter møte med Akuttklinikken og omvisning på Aker, så er det foretrukket at det bør være større områder som flyttes dit og ikke mye forskjellige småkirurgi, slik at anestesi- og operasjonssykepleiere blir gode på det de gjør der. Det er mest nærliggende å se på områder innen ortopedi, plastikkirurgi og kjevekirurgi i første omgang.

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. Nytt felles GAT vil kunne hjelpe til å profesjonalisere denne delen av driften og vil kunne medføre reduserte kostnader ift innleie, ekstrahjelp og overtid.

Kjøp av tid fra legegruppen

KKN har i løpet av vår/sommeren hatt en gjennomgang av tjenesteplanene og vaktlagene i klinikken. Innenfor alle områdene der vi har mer enn lokalisasjon for aktiviteten er det dublerede vaktlag. Dette ønsker vi å redusere til et minimum. Dette forutsetter imidlertid en samlokalisering av seksjoner innad i avdelinger og klinikken. Dette vil særlig være aktuelt for Nevrokirurgisk avdeling, Ortopedisk avdeling og Nevrologisk avdeling. For 2013 vil det være mest aktuelt å samle den spinale nevrokirurgien på Ullevål. Effekter av å redusere vaktlag er reduserte kostnader og det andre er at man får ut mer dagarbeidstid som igjen gir høyere produksjon/produktivitet. Slike reduksjoner er imidlertid avhengig av at man faktisk kan samle funksjoner. Ved gjennomgangen av dette denne høsten er det imidlertid klart at arealene for å kunne gjøre disse grepene ikke er tilstede og følgelig er det vanskelig å få til grepene uten for stor risiko. 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. Det var kun Ortopedisk avdeling som inneværende ferie klarte å redusere sine vakanskostnader. Klinikken har som klart mål å redusere disse kostnadene betraktelig i 2013. Alle avdelingene er også innstilt på å gjøre disse grepene, men igjen er det arealbegrensningene som utgjør det største hinderet. En samlokalisering av for eksempel Nevrologisk avdelings sengeneheter forutsetter store nok arealer. Verken på Ullevål eller på Riket er dette mulig.

Innkjøp

KKN har nettopp fått ut et stort anbud ift nevrokirurgi. Deretter står øye og rygg på listen over områder som skal ut på anbud. Dette er tidkrevende prosesser og effekten av de to siste vil antageligvis ikke komme før andre halvår av 2013. I tillegg pågår det et arbeid med å rydde opp i klinikken fullmaktstruktur. Målet med denne ryddingen er delvis å få færre innkjøpere, og ikke minst en profesjonalisering av de som bestiller. Lære alle å bruke innkjøpssystemet og ikke gjøre telefonbestillinger hvor vi kan gå glipp av rabatter som et eksempel. Å estimere gevinstene på dette området er vanskelig. Men vi har lagt oss på et estimat på 5% prisreduksjon innen områdene som skal ut på anbud og ytterligere gevinst som følge av profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen.

Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

Dette punktet er 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 Ullevåls aktivitet for eldre med brudd samt at Lovisenberg ønsker flere protesepasienter. Klinikken er nå i prosess sammen med diakonhjemmet med å se på det totale kostnadsbildet ved å overføre denne aktiviteten til Diakonhjemmet. 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 en forutsetning at det etableres gode avtaler med samarbeidende sykehus dersom store pasientvolum skal overføres.

Klinikkovergripende tiltak for pasientforbedring

En del av KKN sine pasientløpsforbedringer vil kunne være avhengig av tettere samarbeid både med anesthesi og radiologi. Spesielt KDI er i dag en stor flaskehals for deler av KKN sin virksomhet, både innen poliklinikk, dagbehandling og for inneliggende pasienter. Det er satt i gang et prosjekt som skal belyse økonomiske konsekvenser av å øke MR-kapasiteten ved for Nevrologisk avdeling ved Ullevål. I tillegg er det et sterkt ønske om å få etablert en preoperativ poliklinikk fra anesthesi sin side da dette bør gi en klart bedret operasjonslogistikk ift elektive forløp.

Annet

KKN har flere ganger løftet ønske om å etablere en AMD-klinikk. Dette fordrer at Øyeavdelingen må få tilgang til lokaler som i dag disponeres av giftsentralen. I tillegg så vil avdelingen trenge 4 nye leger, 8 sykepleiere og 2 sekretærer. I 2012 så vil avdelingen bruke ca 16-17 mnok på prosjektarbeide knyttet til denne pasientgruppen. Så selv om man vil bruke 5 mnok på ombygging og investeringer så vil dette mer eller mindre tjene seg inn allerede i løpet av første året. I leveransen den 10. desember vil tiltaket bli lagt inn på koststedsnivå med 3,6 mnok. I tillegg så vil man i 2013 begynne en gradvis nedtrapping av LUCAS-studien. Dette vil innebære reduserte medikamentkostnader på avdelingen. Også dette tiltaket vil i neste leveranse bli lagt inn som tiltak på det aktuelle koststedet med 3mnok.

Klinikken har tiltak på til sammen 23,6 mnok. Av disse er det kun tiltak knyttet til Øyeavdelingen, som beskrevet over, som vil bli lagt inn på laveste nivå i organisasjonen. Øvrige tiltak som summerer seg til 17 mnok vil ikke bli fordelt nedover i organisasjonen før tiltakene er ytterligere konkretiserte.mnok

5.Vurdering av situasjonen

Selv med full effekt av nevnte tiltak så vil klinikken være langt 58 mnok unna målet om budsjettbalanse. I skrivende stund har ikke klinikken ytterligere tiltak å komme med utover dette og da er man nødt til å gjøre kraftige reduksjoner i den pasientrettede virksomheten. Det vil være svært alvorlig i den situasjonen klinikken er i ift ventelister og fristbrudd og vil åpenbart medføre både økte ventelister og representere en fare for forsvarlighet på de områdene vi i dag allerede sliter med strykninger. Øyeblikkelig hjelpaktivitet må prioriteres og vil dermed gå utover elektiv drift (nevrokirurgi og ortopedi) og i tillegg har klinikken store utfordringer med å håndtere alle AMD-pasientene. Det er også en oppfatning i klinikken at å legge kravene til budsjettkutt ned på laveste nivå vil føre til resignasjon blant lederne og man vil risikere å forverre situasjonen ytterligere. Dette bildet er ikke vesentlig endret på tross av at utfordringsbildet er betydelig bedret siden forrige leveranse. Klinikken vil inn mot leveransen 10.desember fordele ufordringen på 58 mnok ned på avdelingsnivå. Dette vil mest sannsynligvis bli gjort ut fra en fordeling av andel lønnsbudsjett 2013. Klinikken ser på det som en stor risiko å fordele kravene ned på avdelingsnivå. Tiltakene på til sammen 17 mnok vil ligge på klinikknivå inntil tiltakene er konkretiserte.

7.Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnads-ramme (mnokoner)	Estimert utfordring (mnokoner)	Utfordring i %	Tiltak (mnokoner)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Fysikalsk medisin	44	0	0	0	0	0
Nevrokirurgisk avdeling	316	0	0	0	0	0
Kirurgisk dagavdeling	40	0	0	0	0	0
FoU-avdelingen	10	0	0	0	0	0
Kirurgisk avdeling for barn	95	0	0	0	0	0
Nevrologisk avdeling	172	0	0	0	0	0
Ortopedisk avdeling	477	0	0	0	0	0
ØNH-avdelingen	120	0	0	0	0	0
Øyeavdelingen	221	0	0	6,6	+14	0
Kjevekirurgisk avdeling	28	0	0	0	0	0
Nevropsykiatri	19	0	0	0	0	0
Nevrohabilitering	26	0	0	0	0	00
Avdeling for kompleks epilepsi	151	0	0	0	0	0
Plastikkirurgisk avdeling	94	0	0	0	0	
Stab	-66	-75	4,3%	17	13	-58

Som det fremkommer av tabellen så er utfordringen ikke fordelt ut på avdelingene per dags dato. Alle tiltakene er heller ikke fordelt ut på avdelingene. Sum resttiltak er på 17 mnok. Det vil fordeles etter forventet effekt av tiltak per sted. Dersom man tar dette inn så er klinikken restutfordring 75 mnok.

g. Avdeling/senter nn

Fysikalsk medisin: Avdelingen har drevet i balanse i 2012. Aktiviteten består hovedsakelig av raskere tilbake aktivitet samt sengepost for tidlig rehabilitering av hodeskadede pasienter. Vurderingen til både klinikkledelsen og avdelingsledelsen er at det eneste reelle innsparingspotensialet til avdelingen er samdrift mellom sengeposten og Nevrokirurgisk sengepost ift. pasienter med hodeskade.

Nevrokirurgisk avdeling: Avdelingen har stort merforbruk inneværende år. Delvis skyldes dette ikke-realiserbare tiltak i budsjett 2012, men også en reell vekst i kostnadsnivå i inneværende år. Det vurderes mulighet for å flytte all den spinale nevrokirurgien ned til ullevål og flytte all nevrokirurgi eksklusiv ø-hjelp traume og spinalkirurgi opp til RH. Da er hensikten å samle traumepasienter i dagens nevrokirurgiske sengepost på Ullevål i samdrift med fysmed. I tillegg vil man da kunne ha en sengepost med spinalpasienter i samdrift med Ortopedisk sengepost. Dette vil kunne gi reduksjon av kostnader på post.

Kirurgisk dagavdeling. Enheten er marginalt bemannet og kutt i bemanning vil føre til uhenksommessig reduksjon i aktivitet.

FoU-avdelingen: Klinikken ønsker å skjerme forskning og har også mål om å øke denne aktiviteten i klinikken. Det vurderes ikke som mulig å gjøre tiltak for denne enheten i 2013.

Kirurgisk avdeling for barn: Denne enheten planlegger i 2013 å øke sengeantallet i 2013. Det planlegges å gjøre dette med relativt lav stillingstilførsel, men enheten trenger noe for å styrke intermedieærfunksjonen i helgene.

Nevrologisk avdeling: Enheten ønsker å samlokalisere hele avdelingen, men har per i dag ikke arealer til å gjennomføre dette. Det ses på muligheter til å samlokalisere funksjoner innenfor dagens areal, men det forventes ikke å gi veldig store innsparinger i 2013.

Ortopedisk avdeling: Avdelingen har vært preget av mye uro og frustrasjon siden sammenslåingen. Et av de viktigste målene for avdelingen nå er å skape ro innad og "gjenbygge" avdelingen. Det forventes at avdelingen i 2013 klarer å øke sin produksjon uten å øke personalforbruken.

ØNH-avdelingen: Går i balanse i 2012. Avdelingsleder vurderer eneste mulighet for å oppnå budsjettkutt er å kutte i det medisinske tilbudet.

Øyeavdelingen: Avdelingen har et stadig økende utgiftsnivå som følge av økningen i AMD-pasienter. Det er forventet en ytterligere økning på 25% av denne aktiviteten i 2013. Det vil kreve ytterligere økning i lønnskostnader på 4 mnok knyttet til prosjektaktivitet. Klinikken har tidligere levert et forslag på opptrapping av fast personal for å klare å håndtere denne pasientgruppen uten bruk av dyr prosjektvirksomhet. Dette krever dog noe ombygging samt at OUS finner nye lokaler til giftsentralen. Klinikken har beregnet at en slik omlegging vil gi positivt resultat både økonomisk så vel som arbeidsmiljømessig for avdelingen og ønsker derfor raskt å få en avklaring på mulighetene for å overta lokalene til giftsentralen. Det legges i neste leveranse inn en tiltakseffekt på 3,6millioner tilknyttet dette. Avdelingen forventer en reduksjon knyttet til medikamentkostnader til LUCAS-studien i 2013. Tiltak legges med 3 millioner.

Kjvekekirurgisk avdeling: Avdelingen er en liten kirurgisk avdeling mer marginal bemanning. Det forventes ikke at avdelingen kan klare å redusere kostnadene ut ifra dagens nivå.

Nevropsykiatri: Avdelingen har hatt mye ledighold i 2012. Dette har gått utover avdelingens drift og avdelingen planlegger en økning av aktiviteten i 2013.

Nevrohabiliteringen: Dette er også en liten sårbar avdeling som ved ytterligere reduksjon ikke klarer å levere ift de oppgavene og funksjonene avdelingen har.

Avdeling for kompleks epilepsi: Avdelingen har i 2012 hatt stor grad av ledighold spesielt på voksenheten. Det er forventet at situasjonen ikke blir tilsvarende i 2013. Dette innebærer en økning av personalkostnadene på avdelingen, men vil også medføre økt antall kurdøgn og økte inntekter til sykehuset.

Plastikkirurgisk avdeling: Avdelingen har hatt store problemer med å opprettholde aktiviteten siden de ble sammenslått i 2011. Dette har påvirket ventelistene og avdelingen ser nå på mulighetene til å øke sin dagkirurgiske virksomhet, ved å ta i bruk stuene på Aker. I tillegg vil brystprosjektet medføre en økt bemanning og aktivitet for avdelingen.

Stab: Her ligger foreløpig den udefinerte utfordringen og størsteparten av tiltakene på klinikken. Utover det vil det ikke være noen endringer for staben i 2013.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikken vil hovedsakelig jobbe videre med tiltak som går på bemanningsnorm på sengepostene samt mulige samlokaliseringsområder. Som tidligere beskrevet er den største hindringen ift dette tiltaket, manglende arealer ved sykehuset.

Den uløste utfordringen ligger foreløpig på klinikknivå- Klinikken anser det fortsatt som en betydelig risiko å ta dette ned på laveste nivå da dette vil medføre manglende eierskap og lojalitet til de budsjettene som nå er utarbeidet. Men vil inn mot neste leveranse fordele utfordringen ned på avdelingsnivå.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Klinikken vurderer risikoen ved gjennomføring av tiltak som uendret fra vurderingene i 2. tertial.

Klinikk	Kvinne- og barneklubben - KVB
----------------	--------------------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	1600
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 ¹ (årsverk)	- 30
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 4
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	- 14
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 19
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	26

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Kvinne- og barneklubben (KVB) dekker alle typer behandling av kvinnesykdommer og barnesykdommer, men ikke barnekirurgi og ikke BUP utover en somatisk koblet BUP enhet. Vi har en rekke region- og landsoppgaver, og har ansvar for tilbudet til befolkningen i vårt nærrområde:

- Hvert år fødes det cirka 9 800 barn ved klinikkens fødeenheter. En del av disse barna trenger videre behandling i Nyfødtafdelingen
- Akutt syke barn og barn med medfødte hjertefeil, kreft, nevrologisk sykdom eller andre kroniske sykdommer med behov for langvarig oppfølging, får behandling på Ullevål sykehus og på Rikshospitalet
- Rehabilitering av barn, med både lokal-, regional- og landsfunksjoner.
- Kvinner med gynekologisk kreftsykdom og andre underlivssykdommer samt par med infertilitet behandles i klinikkens enheter på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus
- Landets største forskningsmiljøer innen kvinnesykdommer og barnesykdommer er integrert i klinikken
- Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger er en avdeling i klinikken som bidrar til at personer med sjeldne diagnoser og funksjonshemninger får likeverdige helsetilbud og service som andre gjennom sine livsløp
- Nyfødtscreening av alle nyfødte i Norge for 23 medfødte sykdommer
- Avdeling for kvinne og barnehelse med pediatrik forskningsinstitutt og nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå**a. Endringer innen det medisinske tilbudet**

Vi har ingen planer for å innføre helt nye behandlingstilbud eller å avvikle hele tilbud. OUS har dog fått i oppgave å etablere et regionalt kompetansemiljø for astma og allergi i løpet av 2013, og vi er en sentral deltager i det. HSØ har fått ansvar for å etablere en samlet nasjonal

¹ 60 bruttoårsverk kommer vi frem til basert på en budsjettutfordring på ca kr 19 mill før nye tiltak i 2013. Denne budsjettutfordringen kommer vi frem til basert på en årsprognose for 2012 på -15 mill i underskudd, trekke fra rammekuttet på kr 14 mill og til slutt legge til gjenværende helårseffekt av tiltak gjennomført i 2012 (ca kr 10 mill). Disse 30 årsverkene må ses i forhold til gjennomsnittlig årsverk i 2012.

kompetansetjeneste for sjeldne sykdommer, og vi får trolig en sentral rolle i etableringen av det. Full virksomhet vil trolig ikke starte før i 2014. I tillegg har vi søkt om å få formelt ansvaret for nasjonal PGD behandlingstjeneste og nasjonale alvorlig psykosomatisk sykdom kompetansetjeneste. Disse to sakene har kommet langt i behandlingen i Hdir. Psykosomatisk sykdom hos barn antas ikke å bli vedtatt for 2013.

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 overvåking 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.

b. Endringer i aktivitetsnivå

Vi planlegger å håndtere like mange fødsler i 2013 som i 2012, dvs. 9800 fødsler. Vi dekker med dette vårt ansvar, dvs. et antall tilsvarende antall fødsler i vårt opptaksområde + regions- og landsfunksjoner. Vi forventer større operasjonskapasitet på Radiumhospitalet i 2013 enn i 2012, slik at vår Gynekologisk kreftbehandling kan få nivået på antall operasjoner i 2013 opp til tilsvarende nivå som i 2011 (summen av operasjoner på Ullevål og DNR). I forbindelse med samling av reproduksjonsmedisin på Rikshospitalet og etablering av fast-track IVF på Ullevål vil aktiviteten innenfor dette området forskyves noe fra enklere inseminasjon til mer avansert IVF, men fortsatt være lavere enn i andre helseregioner. Ellers forventer vi en generell aktivitetsøkning innenfor resten av virksomheten vår koblet til generell befolkningsøkning.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Vi har etablert et klinikkinternt prosjekt innenfor ventelistehåndtering og fristbrudd som aktivt jobber med å gjennomgå og følge opp henvisnings- og ventelister, samt gjennomføre gode rutiner for korrekt registrering og bruk av PAS. Alle poliklinikker er i ferd med å sette opp timebøker lengre enn 12 måneder frem i tid for leger og eventuelt tverrfaglige innenfor alle fagområder.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Utfordringen med sykehusinfeksjoner er svært ulik i våre avdelinger. Fødeavdelingen har til nå hatt noe ulike prosedyrer og noe forskjellig frekvens av sårinfeksjoner etter sectio på RH og U. Dette følges nå som kvalitetsmål og med klare tiltak for forbedring. Postoperative infeksjoner følges også opp på gyn og gynekreft.

På nyfødtintensivavdeling er sikker påvisning av infeksjon vanskeligere og rapporteringen ikke fullkommen, men reell frekvens er høy (klart over 3 %), særlig hos de for tidlig fødte. Infeksjoner er en viktig årsak til øket mortalitet og morbiditet og avdelingen jobber med infeksjonsforebyggende tiltak. Nyfødtintensivavdelingen har mange vikarer (også fra vikarbyrå) som øker infeksjonsrisikoen. I tillegg er det trangt på sengepostene, som også øker infeksjonsrisikoen. Tiltak for å motvirke det siste er at vi jobber med å legge til rette for arealer til "Family Care Center", hvor mor og barn får egne rom.

På barnemedisinsk avdeling (unntatt hos kreft- og immunsviktpasienter) og på barneavdeling for nevrofag er antallet sykehusinfeksjoner lavt.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Vi har ikke lyktes med å implementere dette i stor grad i klinikken, men har det som klar målsetting, både fordi det er bra for pasienten og fordi det samlet betyr mindre ressursbruk for vårt kontorpersonale. Gjennomføring avhenger av at timebøker er satt opp minst 12 mnd frem i tid, noe som nå tydelig kreves på alle poliklinikker.

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

Klinikken hadde i år 69% deltakelse på Medarbeiderundersøkelsen, dvs noe lavere i fjor på 74 % deltakelse. Dette på tross av jevnlig oppfordring til deltagelse både gjennom lederlinja og TV og VO. Heldigvis har andelen som svarer at de har deltatt i oppfølgingen av forrige års medarbeiderundersøkelse økt fra 32% til 45%. Målet er en betydelig videre økning av dette i år. Resultatrapportene er sendt ut og ledere som har behov vil få oppfølging av prosessveiledere i klinikken. Vernetjeneste og tillitsvalgte involveres i oppfølging etter undersøkelsen. KVB har vært pilotklinikkk på nytt elektronisk handlingsplansverktøy. Elektronisk handlingsplan legger et godt grunnlag for oppfølging av tiltak gjennom året og mulighet for avdeling- og klinikkledelse til å ha innsyn i hvordan det jobbes med så vel det psykososiale arbeidsmiljø og fysisk arbeidsmiljø (HMS runde). Klinikken trenger å jobbe videre for å sikre at flere viser respekt overfor hverandre på tvers av bl.a. yrkesgruppe og lokalisasjon. Klinikken vil gjennom egen målprosess definere målsettinger innen arbeidsmiljø, og status for mål for 2012 vil evalueres.

5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

KVB har gjort betydelige bemanningstilpasninger i forbindelse med overføring av aktivitet til Ahus, Vestre Viken og ved interne flyttinger samt gjort løpende budsjetttilpasninger. Vi har derfor tilnærmet uendret produktivitet fra 2009 til første halvår 2012, og vårt anslåtte underskudd i 2012 er på rundt 15 mill.

Vi bemerker at vi til tross for flere interne flyttinger, ikke har flyttet helt ut av noen lokalisasjon (vår klinikk har ikke hatt virksomhet på Aker). Vi har derfor fortsatt sengeposter og vaktlag for både kvinne og barn alle steder selv etter vår betydelige overføring til Ahus og Vestre Viken, våre muligheter for effektivisering gjennom stengning har derfor vært meget begrensede. Med et ytterligere budsjettkutt på 14 mnok i 2013, vil derfor gjennomføringen av budsjett 2013 bli vanskelig for vår klinikk.

6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering**a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert**

Innsatsområde	Mill (estimert effekt i 2013)	Årsverk
1. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	13,2	7,0
2 Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	4,0	3,2
3. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	0,7	i.a.
5. Innkjøp	0,5	i.a.
6. Annet*	7,7	2,5

* Annet gjelder i stor grad inntektsøkning som følge av økt operasjonskapasitet på DNR for Gynkreft og færre overlegepermisjoner hos Barnemedisin.

Vi har en budsjettutfordring på ca kr 19 mill i 2013 før nye tiltak. Foreløpige beregningene tilsier at de nye tiltakene vil ha en effekt i 2013 på ca kr 26 mill, men reell økonomisk effekt på noen av tiltakene er usikre. Gitt at alle tiltakene slår til som estimert vil klinikken ha noe buffer til å dekke evt. Uforutsette kostnader. Vi har identifisert ytterligere tiltaksområder, men muligheten for å gjennomføre disse tiltakene samt vurdere effekten av disse er vanskelig å si på det nåværende tidspunktet.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikken arbeid innenfor innsatsområdene

Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

Klinikken har gjennomført flere flyttinger/samlokaliseringer de siste årene. Generell gynekologi er samlet på U, barnekreft og barnehjerte er samlet på RH, og Føderiket er sammenslått med ABC på U. NB: Klinikken har fortsatt døgndrift de samme stedene for både kvinne og barn som vi hadde før fusjon og overføring da vi ikke har hatt noen aktivitet på Aker. Framtidige flyttinger vi planlegger/utreder er følgende:

- i. Samling gynekologisk kreft på DNR 2. jan 2013.
- ii. Omgjøre matvareallergi-program fra døgn til i hovedsak dagbehandling og flytte denne virksomheten fra RH til U.
- iii. Samling av reproduksjon på RH (med fast track IVF på Ullevål) og fostermedisin på RH (begge første halvår 2013)
- iv. Samarbeid kvinne U (mellom føde og gyn og internt i begge avd) etter at gyn kreft flytter til DNR.

Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

Dette inngår som viktig element for gjennomføring av forslag b.1.ii, men også for b.1.i og b.1.iv.

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 overvåking 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 prinsippet i OUS, en det må gjennomføres i praksis). Det vil være nødvendig med barnemedisinsk dagenhet både på RH og U, men trolig med en differensiert drift avhengig av behov (elektiv på Ullevål).

Vedrørende effektivisering av pasientforløp igangsettes nå høsten 2012 konkrete leanprosjekt/pasientforløp for gynekreft. Tilsvarende bør startes opp systematisk i alle øvrige avdelinger ved alle større driftsendringer (se b.1.). Sentralt i dette arbeidet er om skriftlige prosedyrer bør endres, slik at de støtter opp om og "tillater" endret drift. Bred involvering av de ansatte i praktisk logistikkarbeid er avgjørende – hva vil fungere godt i praksis?

KVBs store bemanningsnormprosjekt for føde, nyfødt og barn inkl. benchmarking nasjonalt og skandinavisk er straks fullført. Resultatene vil være et element i videre bemanningsplanlegging og da spesielt i de øvrige prosjektene som pågår eller planlegges.

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 (jan 2013). Styling av ferien skal til enhver tid være i tråd med lov og forskrift om ferie. I 2012 har vi fått flere til å gå i turnus inkl. helgevakter. Vi jobber fortsatt for å få flere ansatte inn i 3 delt helgeturnus, og sengepost 1, barn RH vil fra januar 2013 gå

fra 4.hver helg til 3.hver helg. Pga stort etterslep av permisjoner fra tidligere år (spesielt 2011) har klinikken i 2012 vesentlig flere overlegepermisjoner enn normalt. I 2013 vil antall permisjoner normaliseres.

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser:

a. 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, dvs. til sammen 8 stillinger (og en økning i antall hoder på 4). Vi ønsker å gjøre tilsvarende på Fødeavd. Et svært viktig element er at RH inkluderes i ordningen fra vinteren 2013 når GAT breddes ut i hele vår klinikk. Sykepleie- vikarbyråutgiftene ligger i 2012 an til å utgjøre en samlet utgift på 28 mnok hvorav nyfødt alene står for 8,6 mnok.

b. Inkludere noe feriefravær ut over sommeren i turnus på nyfødt (og evt. andre steder) og ha fast bemanning for dette. Dette forutsetter at ferien planlegges noe mer (minst 1 av ferieukene utenom sommeren planlegges tidsmessig i god tid i forkant), og at turnus for de fast ansatte ferievikarene har en turnus som er tilpasset dette feriefraværet.

c. Begge disse punktene (personalformidling og ferievikarer) vil bidra til at mindre behov for tilfeldige vikarer. Det er stor enighet om at flest mulige egne ansatte på jobb er en stor faglig fordel i tillegg til at utgiftene reduseres.

d. KVB har samlet sett store utgifter til vikarbyrå og variabel lønn i mange avd. (ca 105 mill/år i 2012). Vi må få til øket samarbeid mellom seksjoner og avdelinger samme sted og mellom RH og U, samt tettere oppfølging av denne ressursbruken fra ledere. Noen seksjoner i KVB får dette til godt og vi må lære av disse.

e. Planlegge likest mulig fødetall gjennom året for å jevne ut belastningen (i 2012 har det vært en for stor fødetopp i sommer)

f. 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).

Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

Vaktplaner på DNR og kvinne U vurderes etter overføring av gynekraft fra U til DNR. Vaktplan DNR ses i sammenheng med total vaktbemanning på DNR (oppdrag fra OUS). I 2013 vil vi få helårseffekten ved at vi sommeren 2012 etablerte felles vaktlag for barnehjerte.

Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

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 KVBs budsjett dokumenter for 2012.

Gyn kreft vurderer overføring av 3 palliasjonssenger til Aker.

Innkjøp

Vi har forventninger til at medikamentinnkjøp (LIS) vil gi besparelser også i 2013, prosess pågår. Vi vil vurdere bruk av standardiserte TPN poser. I tillegg vil klinikken nedsette i 2013 en klinikkintern prosjektgruppe som vil gjennomgå innkjøpsrutinene i alle avdelingene i klinikken med bredt fokus inkl. profesjonalisering av innkjøp til færre innkjøpere med øket bruk av avrop på avtale fremfor telefon- og fritekstbestilling, samtidig som brukernes behov

ivaretas og kvaliteten på innkjøpet opprettholdes eller forbedres. Det er foreløpig ikke angitt noe forventet innspar beløp på dette.

c. Vurdering av situasjonen

Se avsnitt 5.

Rammetildelingen er fordelt ned på laveste ledernivå. (nivå 5). Tillitsvalgte og verneombud på klinikk- og avdelingsnivå har hittil blitt godt informert om budsjettarbeidet inkl. på et budsjettseminar 29. aug. De fleste avdelingene har involverte de ansatte og tillitsvalgte og verneombud på alle ledernivåer, men dette er ikke fullt gjennomført på alle enheter.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnadsramme (mnok)	Estimert utfordring (mnok)	Utfordring i %	Tiltak (mnok)	Tiltak (årsverk)	Restutfordring (mnok) ²
Gynkreft	82	6	7%	6	3,7	0
Gyn	177	2	1%	2	0	0
Føde	303	4	1%	4	3,9	0
Nyfødt	174	10	14%	7	2	3
Barnemedisin	357	5,5	2%	5,5	2,7	0
Nevrofag	117	0,8	1%	0,8	0	0
Sjeldne diagnoser	65	0	0%	0	0	0
Kvinne- og barnehelse	15	0	0%	0	0	0
Klinikkstab (inkl Nyfødtscreening)	75	0,8	1%	0,8	0,5	0

a. Nyfødtintensivavdelingen

Nyfødtintensiv er samlet sett en stor intensivvirksomhet (rundt 1/4 av respiratordøgn i OUS - 17 intensivsenger), som i motsetning til øvrig sengepostdrift ikke har vært så lett å effektivisere. Det betyr ikke at vi ikke kan jobbe med å forbedre driften, men prosesser med effektivisering av pasientforløp (lean tankegang) og overgang til dag/poliklinikk er vanskeligere for intensivpasienter, og mulighetene vi har for å "gjøre mer" for kritisk og komplisert syke utgjør en belastning for driften. Denne utfordringen har også vært tydelig i andre klinikkers intensivvirksomhet.

Nyfødtintensivavdelingen har behov for tilnærmet lik bemanning alle dager hele året, og drift av avdelingen krever derfor høy bemanning også kveld/natt og helg. Siden grunnbemanningen ikke dekker helgene tilstrekkelig, har avdelingen store utgifter til innleie av kompetent personell. I tillegg medfører ferie utover året, sykefravær og svingninger i aktivitet betydelig innleie også på hverdager.

Avdelingsleder og klinikkleder arbeider særskilt med disse områdene for å få kontroll på den økonomiske situasjonen:

- a. Ved nyfødtseksjonen, Ullevål, har man fra september 2012 ansatt noen medarbeidere i delte stillinger; dels ansatt ved egen seksjon og delvis ved

² Summen av estimert utfordring og restutfordring for avdelingene i tabellen er høyere enn for klinikken da noen avdelinger forventer vi vil gå noe i pluss i 2013. Vi har ikke satt opp det i tabellen da vi tror det vil forstyrre bildet.

Seksjon for personalformidling, OSS. Man antar at denne ordningen vil ha flere gunstige effekter;

- i. Reduserte innleiekostnader
- ii. Bedre trivsel for medarbeiderne i avd ved at det er større andel egne, kjente ansatte på jobb, som igjen kan redusere sykefraværet.
- b. Samme mal planlegges for nyfødtseksjonen, Rikshospitalet fra 2013 når turnussystemet GAT implementeres også her.
- c. Den andre store årsaken til huller i turnus som må dekkes av innleie/variabel lønn er ferie gjennom året. Ved å planlegge denne i større grad, kan man ansette 2 årsverk "ferievikarer" ved hver seksjon. Disse skal ha en turnus som dekker deler av det planlagte feriefraværet.
- d. Sammen med fokus på styring av innleie og variabel lønn inkl. øket samarbeid med barnemedisinske sengeposter og mellom nyfødt U og nyfødt RH bør man kunne redusere innleiekostnadene betydelig.
- e. Vi fullfører i disse dager et omfattende bemanningsnormarbeid hvor vi har sammenlignet våre enheter inkl. nyfødt med tilsvarende enheter i Norge, Danmark og Sverige. Vi vil bruke denne kunnskapen vi videre forbedring av egen drift.
- f. Gjennom pasientforløpsarbeid og sammenligning mellom RH og US og med andre nyfødtavdelinger arbeide med å redusere respiratortid, CPAP tid og samlet liggetid.
- g. DRG-refusjon: Nyfødtintensivavdelingen tok opp en ny behandling i 2007; hypotermibehandling. Behandlingen ble tatt opp av fagmiljøet som en del av den medisinske utviklingen. I 2012 har avdelingen i samarbeid med økonomiseksjonen vist at denne behandlingen er underfinansiert via DRG-systemet med 3 mnok pr år. Vi tar nå gjennom OUS et initiativ for å sikre egen DRG-finansiering for denne behandlingen, samt også bedre drg-finansieringen for dialysepasienter (underfinansiert med ca kr 0,5 mill pr år). Dette vil ikke ha effekt i 2013.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikkenes videre arbeid i 2013 for å sikre budsjettbalanse:

- **Innkjøp:** Vi har forventninger til at medikamentinnkjøp (LIS) vil gi besparelser også i 2013, samt at en klinikkinternt prosjektgruppe i 2013 vil arbeide med en profesjonalisering av innkjøpsprosessene i klinikken (færre innkjøpere, større bruk av avrop etc)..
- **Bemanningsnormering:** KVBs store bemanningsnormprosjekt for føde, nyfødt og barn inkl. benchmarking nasjonalt og skandinavisk er straks fullført. Resultatene vil være et element i videre bemanningsplanlegging og da spesielt i de øvrige prosjektene som pågår eller planlegges.
- **Kontinuerlig budsjetttilpasning:** I 2013 vil vi som i 2012 og tidligere år jobbe kontinuerlig gjennom året med å finne nye tiltak, for eksempel kombinert med lean prosjekter. De fleste flyttinger og endringsprosesser vil være fullført tidlig i 2013, og vi planlegger å komme i en fase med større fokus på internt forbedringsarbeid innen de enkelte enhetene. Vi ønsker å starte lokale leanprosjekter drevet av lokalt fagpersonale, og forventer en jevn videre forbedringsprosess slik vi til dels har hatt det gjennom 2012.
- Våre operasjonsstuer har nå alle innført Albert og sammen med akuttklinikken vil vi se mulighetene for forbedret operasjonsplanlegging.

Vi estimerer å oppnå en resteffekt på rundt kr 3 mill i 2014 av tiltak vi planlegger å gjennomfører i 2013.

Håndtering av manglende tiltak på laveste ledernivå:

- Nyfødtintensivavdelingen er den eneste avdelingen med gjenværende budsjettutfordring. Manglende tiltak på denne avdelingen legges på seksjonsnivå.
- Det ligger ingen udefinerte innsparingskrav på klinikknivå

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Jfr. vår risikovurdering per 2.tertial 2012, som ligger vedlagt, er en del av våre foreslåtte strukturelle tiltak for 2013 samt tiltak for å øke andelen egne ansatte fremfor vikarer, sammenfallende med de tiltaksområdene vi redegjør for i risikovurdering og vil således faktisk kunne bidra til å redusere risikonivået. Øvrige foreslåtte tiltak bør ikke endre det samlede risikobildet betydningsfullt, men noen tiltak vil av ansatte kunne oppleves som en ”ren innstramning” med risiko for redusert trivsel. Andre tiltak som reduserer antallet ansatte (inkl. bemanningsnorm) vil kunne redusere muligheten til faglig utvikling og forskning.

Pasientsikkerheten under behandling:

Vi mener foreslåtte tiltak ikke bør affisere pasientenes rettigheter (utover ventetid/fristbrudd; se under). De foreslåtte strukturtiltakene bør heller samlet sett øke den medisinske behandlingskvaliteten. De øvrige tiltakene vurderes heller ikke å redusere den medisinske behandlingskvaliteten, men tiltak som reduserer antallet ansatte tilstede til enhver tid kan medføre at pasientene kan oppleve økt ventetid, mindre tilgjengelig personell og redusert service på poster og poliklinikker. Tiltakene som reduserer antall helsepersonell tilstede innen de ulike områdene til enhver tid vil også øke sårbarheten og presset på hver enkelt ansatt. Særlig i perioder med høy pasienttilstrømning vil dette kunne øke risikoen for redusert behandlingskvalitet.

Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)

Det er utfordrende for de ansatte i klinikken vår at OUS ikke har vedtatt en langsiktig plan (spesielt areal) for virksomheten vår. Det gir utrygghet og er grobunn for spekulasjoner. Dersom vi blir værende på våre nåværende lokalisasjoner i lang tid framover, må behovet for å styrke stedlig ledelse vurderes på nytt. I tillegg ønsker vi fortsatt å styrke kulturbyggingen på tvers av lokalisasjonene både gjennom felles fagutvikling og i sosiale samlinger. Foreslåtte tiltak bør ikke medføre økt fare for konkret skade hos de ansatte. Vi har allikevel et for høyt antall AML brudd i dag, og reduksjon i antall ansatte framover gjør det nødvendige arbeidet med å redusere antall AML brudd mer krevende.

Tilrettelegging av arbeid er en forpliktelse vi har som IA-bedrift. Dette er noe det jobbes mye med. Muligheten for å kunne tilrettelegge på seksjonsnivå vil kunne bli vanskeligere med færre ansatte. Dette gjelder spesielt seksjoner med døgndrift og behovet for reduksjon i nattarbeid/ubekvem arbeidstid.. Påtvungne endringer som endring i innhold i arbeidet for den enkelte ved at pasientgrupper flyttes og oppgaver endres og at tidligere dagarbeidende må gå i helge-turnus og få ubekvem arbeidstid vil for en del kunne redusere trivselen.

Medarbeiderundersøkelsen viser at klinikken som helhet har en større utfordring i forhold til arbeidstempo og kontroll over egen arbeidsmengde sammenlignet med resten av sykehuset.

På kort sikt har vi ingen tiltak som bedrer situasjonen. Dette er noe vi har fokus på og må jobbe med.

Siden det er så mange samtidige endringer og presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig øket, er det dessverre en betydelig risiko for at arbeidsmiljøet kan forverres innen en del områder og yrkesgrupper. Helge- og sommersammenslåinger oppleves som belastende av flere.

I en presset situasjon utfordres vår respekt for hverandre på tvers av yrkesgruppe og lokalisasjon.

Risiko for redusert fagutvikling og forskning kan slå negativt ut for arbeidsmiljøet.

Forskning, utdanning og innovasjon

Økende press på effektiv drift og sammenslåinger med mindre areal tilgjengelig kan være en trussel mot vår viktige forskningsaktivitet selv om ikke forskningsbudsjett eller stillinger kuttet direkte. Vi forventer ikke noe negativ effekt på utdanning eller innovasjon som følge av tiltakene vi vurderer.

Klinikk	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT)
----------------	--

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	2125
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 (årsverk)	93
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 143
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	76,5
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 74,5
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	38

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har ansvar for:

- organtransplantasjoner for lever, nyre og bukspyttkjertler
- blodsykdommer, inkludert allogene stamcelletransplantasjoner
- hudsykdommer, revmatologi og infeksjonssykdommer
- medikamentell kreftbehandling og strålebehandling
- gastro- og barnekirurgi
- urologi
- fysioterapi, ernæringsfysiologi og sosialmedisin innen klinikkens fagfelter

Blodsykdommer har samlet døgnbasert virksomhet til Rikshospitalet i 2012, mens døgnbasert virksomhet innen gastrokirurgi er flyttet fra Aker til Ullevål. Etter dette har klinikken fremdeles store deler av urologien på Aker.

Klinikken har omfattende forskningsvirksomhet. I tillegg til forskning i de kliniske avdelingene har klinikken følgende forskningsinstitutter:

- Institutt for kreftforskning
- Institutt for medisinsk informatikk (som også har diagnostikk)

- Institutt for indremedisinsk forskning

Klinikken har ansvar for følgende kompetansetjenester:

- Nasjonalt kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling
- Nasjonal kompetansetjeneste for sarkomer
- Nasjonalt kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner
- Regionalt kompetansetjeneste for lindrende behandling
- Regional kompetansetjeneste for nevroendokrine svulster

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

a. Endringer innen det medisinske tilbudet

Innen medikamentell kreftbehandling er det en rekke nye medikamenter som er til vurdering i Helsedirektoratet med tanke på innlemming i nasjonale handlingsprogrammer. For flere av medikamentene ventes det at klinikken får vesentlig økte utgifter dersom de innlemmes i de nasjonale handlingsprogrammene. Det forventes blant annet at nye medikamentelle behandlingsmuligheter innen store pasientgrupper som prostatakreft og melanom kan gi en særskilt behovsvekst.

For pasienter med brystkreft ventes det at en noe større andel av pasientene vil få brystbevarende behandling. Det medfører samtidig at en større andel av pasientene skal strålebehandles etter kirurgi.

For området organtransplantasjoner forventes det at noe flere pasienter vil få retransplantasjon av nyre. Denne behandlingen er mer ressurskrevende enn første transplantasjon, spesielt i form av økt bruk av immunsupprimerende medikamenter.

Det nasjonale behandlingsprogrammet for akutt myelogen leukemi er under revisjon. De endringene som planlegges, medfører økte medikamentkostnader og noe flere innleggelser ved Oslo universitetssykehus, siden en større andel av pasientene vil bli tilbudt høydosebehandling. Over tid vil det også skje en økning i antall stamcelletransplantasjoner, men det er foreløpig usikkert hvor stor denne økningen vil være fra 2012 til 2013.

Det er i 2012 registrert en stor økning i antall henviste pasienter innen urologi. Denne tendensen forventes å fortsette i 2013. Avdelingen har så langt håndtert dette innenfor eksisterende kapasitet ved at antall kontroller i Oslo universitetssykehus er redusert. Klinikken vil analysere økningen i henvisninger og vurdere om deler av henvisningene kunne vært håndtert av private spesialister med driftsavtale med Helse Sør-Øst. Det er mulig det i tilfelle bør følges opp ved at avtalene med de private spesialistene presiseres.

b. Endringer i aktivitetsnivå

Innen kreftbehandling forventes det en økning i behov ut over den veksten som er lagt til grunn for budsjett 2013. Det skyldes en kombinasjon av befolkningsvekst, økning i insidens og prevalens av kreft og endringer i den medisinske behandlingen.

For ikke-kirurgisk kreftbehandling forventes det behov for en aktivitetsvekst på om lag 2 %. For landsfunksjonene innen organtransplantasjon er aktiviteten styrt av tilgang på organer. Det har vært en sterk økning de siste årene og det forventes en moderat økning i 2013.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Klinikken har i løpet av 2012 arbeidet med en systematisk gjennomgang av ventelister og fristbrudd. Det er gjennomført en ytterligere administrativ opprydding i ventelistene og det er gjennomført tiltak for å bedre kompetansen i regelverk og registrering. Dette har medført at tall for ventelister og fristbrudd nå er mer reelle enn ved inngangen til året. Videre arbeid følges opp i prosjekt for å forbedre pasientadministrative rutiner.

Klinikken har imidlertid hatt store problemer med kapasiteten for diagnostikk, noe som har medført økt ventetid og en rekke fristbrudd.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Klinikken har så langt i 2012 en prevalensrate på 6,4 % for klinikken samlet. Klinikkenes avdelinger følger sykehusets retningslinjer for hygiene, infeksjonsforebygging og infeksjonsbehandling.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

De fleste av klinikkenes pasienter får nå tilsendt timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Det arbeides imidlertid med å få dette iverksatt i alle klinikkenes avdelinger og lokaliteter.

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

Medarbeiderundersøkelsen for 2011 ble gjennomført i henhold til prosedyre for Medarbeiderundersøkelsen i OUS. Det ble gjennomført tilbakemeldingsmøter og satt opp handlingsplaner med forbedringstiltak for alle avdelinger. Forbedringstiltakene ble fulgt opp løpende i den enkelte enhet. KKT gjennomførte undersøkelsen i fjor etter en fusjonsprosess mellom Kreft- og kirurgiklinikken og Klinikken for spesialisert medisin og kirurgi sommeren 2011. Selv om dette var en krevende fusjonsprosess, så var likevel gjennomføring og oppfølging av undersøkelse en god prosess for klinikken.

Klinikken er nå i gang med oppfølging av Medarbeiderundersøkelsen for 2012. Svarprosenten samlet for klinikken er 75 % og gir dermed et godt grunnlag for å skape engasjement og involvering både hos ledere og medarbeidere i det videre oppfølging av årets undersøkelse.

5. Vurdering av klinikkenes 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 170 mnok. For budsjett 2013 økes utgiftsrammen med om lag 77 mnok. Klinikken har identifisert forbedringstiltak som skal gi en effekt i 2013 på om lag 38 mnok. Med de vurderinger som er gjort i detaljbudsjetteringen for 2013 vurderer klinikken at det foreligger en uløst utfordring på klinikken på om lag 32 mnok for 2013. Klinikken vil arbeide videre med tiltak som skal bidra til å redusere kostnadene samtidig som nødvendig aktivitet opprettholdes. Det vil være særskilt viktig for klinikken å finne tiltak som kan gi reduserte varekostnader knyttet til operasjonsvirksomheten. Det vil også bli jobbet kontinuerlig for å tilpasse kapasitet i form av antall senger til faktisk behov.

6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter	9,373	14,6
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	3,140	1,8
3. Innkjøp	19,849	0
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	0	0
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	1,5	0
6. Annet	4,337	2,1
SUM	38,199	18,5

Tabellen over viser de tiltak som foreløpig er konkretisert i klinikken avdelinger og institutter. De konkretiserte tiltakene utgjør ved denne leveransen 38,2 mnok og 18,5 årsverk. Det er svært langt fra klinikken samlede utfordring på om lag 200 mnok for budsjett 2013.

Klinikken vil arbeide videre med områder som kan gi besparelser og forbedringer i driftsresultat. Klinikken vil blant annet gjennomføre et prosjekt for normering og standardisering i poliklinikker og henvisningsmottak. Det er foreløpig for tidlig å gi anslag for mulige gevinster på dette områder.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikken arbeid innenfor innsatsområdene

Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

Som ledd i klinikken bemanningsnormeringsprosjekt for sengepostene skal antall senger i klinikken reduseres med 8 og antall årsverk med 14,5. Bemanningsreduksjonen gjennomføres i størst mulig grad i form av naturlig avgang høsten 2012. Endringene vil imidlertid ikke bli fullført før i første kvartal 2013 og er med i budsjettinnspillet for 2013.

Klinikken har etablert en løpende rapportering av beleggprosent og liggetid for sengepostene.. Rapporteringen legges til grunn for vurderinger av sengebehovet (ukedager og helger) og tilpasset antall senger. En reduksjon i antall senger vil medføre en tilsvarende bemanningsreduksjon, i samsvar med norm som er bestemt i klinikken bemanningsnormeringsprosjekt. Klinikken vil i tillegg gjennomgå og vurdere størrelse av sengeposter mot sykehusets bemanningsnorm. Klinikken vil i løpet av 2012 ha gjennomført et forskningsprosjekt for sengepostene på Rikshospitalet ved pleiekategoriseringsverktøyet, RAFAELA. Forutsatt en beslutning om implementering på foretaksnivå, vil klinikken etablere RAFAELA innenfor alle sengeposter. Dette verktøyet muliggjør vurdering av pleiebelastning mellom ulike fagområder og blant annet også antall pasienter som er behandlet innenfor et optimalt omsorgsnivå, alternativt heller burde vært overført til dagbehandling/poliklinikk eller intermediær/intensiv. Klinikken planer å bruke RAFAELA for å etablere en felles norm for alle sengeposter basert på pleietyngde og også for dimensjonering av antall senger som er hensiktsmessig for virksomheten basert på optimalt omsorgsnivå for pasientene.

Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

Det arbeides med vurdering av tjenesteplaner i alle de kliniske avdelingene i klinikken. Det foreligger planer om endringer i følgende avdelinger.

Avdeling for kreftbehandling har gjennomført et godt arbeid for å redusere antall vakansvakter blant leger i spesialisering og vurderer mulighetene også for overlegene i avdelingen. Nye overleger tilsettes i hovedsak med tjenesteplan på 45 timer. Som følge av dette vil gjennomsnittlig tjenesteplan i avdelingen reduseres over tid.

I Avdeling for gastro- og barnekirurgi (AGK) arbeides det for å samordne bakvakt i barnekirurgi. Det arbeides også for å finne en ny løsning for primærvakten i kirurgi på Radiumhospitalet i samarbeid med Avdeling for urologi, Kvinne- og barneklubben og Klinikken for kirurgi og nevrofag. AGK innfører felles lønnsmodell i løpet av 2012, men det ventes i utgangspunktet ikke å endre til samlede lønnskostnader.

Avdeling for transplantasjonsmedisin vurderer tjenesteplanene for legene i avdelingen, det er imidlertid foreløpig ikke konkretisert noen mulighet for reduksjon.

Avdeling for urologi, vil for virksomheten på Aker, vurdere felles vaktplan med Karkirurgisk avdeling tilpasset virksomhetens størrelse og ØHJ belastning, etter overføring av kirurgisk virksomhet til Ullevål sommeren 2012.

Basert på evalueringen av bruk av vakansvakter sommeren 2012, vil det utarbeidet planer for å redusere dette for 2013, både i forbindelse med sommerferieavvikling og planlagte permisjoner.

Innkjøp

Det forventes at legemiddelinnkjøpsamarbeidet vil gi besparelser i medikamentutgifter på om lag 7 mnok for klinikken gjennom reduserte innkjøpspriser på en rekke medikamenter (LIS avtale).

Klinikken har også andre store varekostnader og det arbeides for å redusere varekostnader både gjennom redusert forbruk og reduserte priser. Avdeling for urologi har hatt særlig høye utgifter til sfincter proteser for 2012, knyttet til avvikling av venteliste for å forhindre fristbrudd. Dette er nå håndtert og pasienter fra andre helseregioner er også overført til hjem region. Det forventes derfor et vesentlig lavere volum av pasienter i 2013.

Effekt av tiltakene er foreløpig anslått til 8,5 mnok. Kostnader knyttet til operasjon, dreier seg om en intern fordeling innad i sykehuset og ikke en ren nettoeffekt for OUS.

Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

Klinikken har i lang tid arbeidet for å overføre oppgaver til samarbeidende sykehus og Oslo kommune. Det gjelder særlig overføring av deler av pasientforløp til andre sykehus. For 2013 planlegges det blant annet at flere kontroller av testikkelkreftpasienter skal overføres til andre sykehus i regionen.

Klinikken vil imidlertid påpeke at disse endringene, som er fornuftige ut fra et samfunnsøkonomisk ståsted i mange tilfeller gir dårligere driftsøkonomi for Oslo universitetssykehus. Overføringene vil gi et større tap av aktivitetssinntekter enn de kostnadene som faktisk overføres til samarbeidende sykehus. Dette skyldes at de mest kostnadskrevene deler av pasientbehandlingen blir igjen i OUS, samtidig som DRG-systemet i liten grad skiller mellom ressurskrevende og mindre ressurskrevende behandling innenfor en diagnosegruppe. Et tydelig eksempel er behandlingen av akutt myelogen leukemi der vedlikeholdsbehandlingen for pasienter utenom Oslo nå er overført til områdesykehus. OUS

sine inntekter vil være 1/4 til 1/6 av ISF-inntekter fra samarbeidende sykehus (*ett langt vs 4-6 korte opphold og samme DRG*), mens oppholdenes totale lengde vil være sammenlignbart.

Klinikken deltar også i samtaler med de private sykehusene i Oslo om overtakelse av lokalsykehusfunksjoner innen kreftbehandling. Dersom de private sykehusene kan overta lokalsykehusfunksjoner også for Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde, vil klinikken kunne redusere antall senger og årsverk. Tilsvarende diskusjoner pågår for elektiv gastrokirurgi (*ikke-kreft*).

Avdeling for urologi mottar årlig mer en 5000 henvisninger fra pasienter hjemmehørende i Oslo. Avdelingen vil analysere og kategorisere disse henvisningene for å avklare om en del hensiktsmessig burde vært primært vurdert av avtalespesialist.

Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

Klinikken mener det er grunn til å vurdere en generellkirurgisk sengepost i Oslo universitetssykehus lagt til Ullevål. Behovet er først og fremst grunnet i at en del pasienter i dagens situasjon ikke klart tilhører én av de kirurgiske klinikkene og definerer en sengetilhørighet for ØHJ pasienter som er silet gjennom mottaket på Ullevål. En generellkirurgisk post vil være hensiktsmessig for pasienter som i dag hører til gastrokirurgi, barnekirurgi og urologi, men også for plastikkirurgi og karkiurgi avhengig av framtidig løsning. En ny generell post vil være hensiktsmessig både kostnadsmessig og av hensyn til pasienter som vil slippe unødvendig intern transport. Dette er også samsvarende med den driftsform som er innenfor bløtvevskirurgi i flere andre sykehus i regionen.

Avdeling for kreftbehandling har tatt initiativ til et pilotprosjekt for bedret radiologisk kapasitet for kreftpasienter. Det er anslått en gevinst for sykehuset på 1-2 mnok gjennom tidligere evaluering og derfor avslutning av ikke virksom behandling.

Klinikken har i samarbeid med diagnostikkfysikere i Intervensjonssenteret (KDI) tatt initiativ til å standardisere bildetakning for utredning og kontroll av kreftpasienter i HSØ.

I første omgang ser en for seg MR testis og CT lever. Tiltaket gir mulighet til å overføre pasientansvaret til andre sykehus, men også hindre unødvendig dublering av avanserte undersøkelser.

Annet

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har ansvar for flere høyt spesialiserte funksjoner i sykehuset, inkludert landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. For flere av de behandlingene som tilbys fra klinikkens side, ser vi at dagens system for innsatsstyrt finansiering, ikke fanger opp forskjeller i ressursbruk. Klinikken vil derfor arbeide for bedret finansiering for en del av våre pasienter. Det gjelder blant annet:

- kirurgisk behandling av blødere: Avdeling for blodsykdommer har ansvar for den medikamentelle delen av behandlingen. Dette er en landsfunksjon hvor behovet er sterkt økende pga normalisering av livslengden for pasientgruppen. Dette medfører et økende behov for kirurgisk behandling knyttet til somatiske tilstander som øker med alder (blant annet kreftoperasjoner)
- uretraplastikk ved uretrastrictur: Dette er en spesialisert behandling med slimhinneplastikk fra munnhulen og utføres bare ved OUS. Behandlingen er i samme DRG som enkel utblokkning med kateter som utføres på alle sykehus.
- Kostnader til implantater ved operasjon for urininkontinens hos menn.

- KPP beregning av nasjonale tjenester (i.e. HIPEC)

Klinikken vil også gå inn for å gjennomføre fordeling av budsjett for operasjonskostnader ved Radiumhospitalet som har flere kirurgiske spesialiteter. Dette er en prosess som har vært utsatt siden 2010. En slik deling vil redusere klinikken utfordring, men isolert sett være nøytral for sykehuset. Endringen vil også gi omfordelingseffekter internt i klinikken. Det er imidlertid viktig at vi får etablert bedre samsvar mellom medisinsk faglig myndighet og kostnader.

c. Vurdering av situasjonen

Klinikken vil fortsette arbeidet med hvordan driften av klinikken kan tilpasses budsjettforutsetningene for 2013. Det vil imidlertid bli krevende å gjennomføre drift av klinikken innenfor budsjettforutsetningene om reduksjon av utgifter samtidig som aktiviteten ikke endres. Klinikken ser at manglende samlokalisering svekker driftsøkonomien og ser potensiale for driftseffektivisering ved full seksjonering innen Avdeling for kreftbehandling (avhengig av byggeprosjekter på Radiumhospitalet) og flytting av Avdeling for urologi til Ullevål (avhengig av ferdigstillelse av Akuttbygget).

Medvirkning og involvering i budsjettprosessen ble forsøkt ivaretatt i samsvar med Budsjettskriv nr. 2. Klinikken har utarbeidet en egen plan for oppfølging av prosessen i klinikken og har gjennomført aktivitetene som planlagt. Se vedlagt plan for Budsjettprosessen i KKT.

I prosessen har det vært løpende dialog med klinikktillitsvalgte/klinikkvernombud i forhold til å sikre at medvirkning og involvering ble ivaretatt på laveste budsjettnivå. Underveis i prosessen har det likevel vært meldt behov for forbedring fra klinikktillitsvalgte ved enkelte avdelinger/seksjoner/enheter.

For klinikken tredje leveranse er det gjennomført drøftingsmøte med klinikktillitsvalgte/klinikkverneombud. Se vedlagt drøftingsprotokoll, datert 21.11.2012. Signert drøftingsprotokoll ettersendes.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnads-ramme (mnok) ³	Estimert utfordring (mnok)	Utfordring i %	Tiltak (mnok)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Avdeling for kreftbehandling	606 430	35 155	7,3	11 245	6,5	12 416
Avdeling for gastro- og barnekirurgi	293 576	52 536	19,8	5 500	1	9 736
Avdeling for transplantasjonsmedisin	244 455	36 053	16,4	7 510	1,8	8 543
Avdeling for blodsykdommer	127 692	37 384	30,5	4 711	0,5	5 073
Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer	123 069	7 631	8,0	472	1,1	2 259
Avdeling for urologi	83 812	24 353	31,4	6 324	5,5	2 629
Avdeling for klinisk service	43 599	1000	2,3	1000	0	0

³ Utgiftsramme 2013. Lønnsoppgjør 2012 er trukket ut og endringer i utgiftsramme er trukket fra. Fordeling av midlertidig utgiftsramme 2013 internt i klinikken er ikke endelig.

	Kostnads-ramme (mnok) ⁴	Estimert utfordring (mnok)	Utfordring i %	Tiltak (mnok)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Avdeling for medisinsk fysikk	35 432	5 175	16,4	870	1,1	670
Institutt for kreftforskning	74 386	0	0	0	0	0
Institutt for medisinsk informatikk	42 909	466	1,0	466	0	0
Institutt for indremedisinsk forskning	2 238	0	0	0	0	0

Avdeling for kreftbehandling

Utfordringen er særlig stor av følgende årsaker:

- Utfordringsbildet er en forventet aktivitetsøkning pga befolkningsvekst, økt kreftinsidens- og prevalens og utvikling i den medisinske behandling. Vi vil forvente en aktivitetsvekst utover 2012-nivå på 2% innen onkologi, noe som tilsvarer ca. 400 DRG-poeng.
- En annen utfordring er de nye kostbare medikamenter som finansieres over ISF-budsjettet. Hvis for eksempel de intravenøse medikamenter ipilimumab og carbazitaxel blir innlemmet i de nasjonale handlingsprogrammer, vil dette kunne gi merutgifter på 30-50 mill for avdelingen per år.
- Stabil drift i stråleterapien er en utfordring, og virksomheten er avhengig av å ha tilstrekkelig bufferkapasitet (bedres gjennom et ekstra skift på Ullevål) og at nødvendig utskiftning av strålemaskiner (inkl. brachyterapi) gjøres.
- Fritt sykehusvalg merkes i stor grad. Pasienter fra andre sykehusområder ber om behandling ved vår avdeling, mens det nesten aldri skjer at Oslopatienter ber om behandling ved annet helseforetak. Dette gir avdelingen økt belastning uten å være finansiert og bemannet for det.
- Store ansattegrupper melder om stor arbeidsbelastning, bl.a. i medarbeiderundersøkelsen. Dette gjelder især legene. Det er også stor lederslitasje i avdelingen.
- Redusert ramme og underskudd 2012. Utfordringsbildet i budsjett 2013 er i utgangspunktet anslått til 35 mnok før tiltak og fordeling av midlertidig utgiftsramme for 2013. Utfordringene kan bli større enn dette hvis økt aktivitet ikke rammefinansieres. Spesielt nevnes her bruk av nye medikamenter hvis behandlingen med disse ikke er fullfinansiert.

Avdelingsleder og klinikkleder arbeider særskilt med følgende områder for å få kontroll på den økonomiske situasjonen:

- **Medikamentutgifter.** Det forventes at ny LIS-avtale gir en reduksjon i utgifter med 5 mill. for samme volum. I tillegg gir ny type leveranse av folinat reduserte produksjonskostnader med nær 1 mill. Ytterligere 1 mill reduksjon er forventet i forbindelse med andre innkjøp. Utfordringen her blir en aktivitetsvekst, sannsynligvis med 3-5%. Evt. Innføring av nye medikamenter gir store utfordringer.
- **Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger**

⁴ Utgiftsramme 2013. Lønnsoppgjør 2012 er trukket ut og endringer i utgiftsramme er trukket fra. Fordeling av midlertidig utgiftsramme 2013 internt i klinikken er ikke endelig.

Det har i 2012 vært gjennomført økt poliklinisering og overføring til dagbehandling ved begge lokalisasjoner. Færre senger ved Radiumhospitalet er i bruk som følge av dette, noe som fører til en reduksjon med 4 senger høsten 2012 (delt på A6 og A8) med reduksjon av antall stillinger. Ved Ullevål pågår en poliklinisering av cis-platinkurer primært ved testiscancer, hvilket, sammen med andre tiltak, muliggjør overflytting av flere lungekreftpasienter til Ullevål vinteren 2013. Overføring av lungekreftpasienter fra Radiumhospitalet til Ullevål vil lettere la seg gjennomføre ved forbedringer av pasientforløpet for denne gruppen pasienter, i et tettere samarbeid med Lungemedisinsk avdeling. Evt. økonomiske besparelser vil være knyttet opp mot en evt. sengereduksjon i avdelingen.

- **Effektivisering av pasientforløp**

Tilgangen på **Radiologi** er avdelingens viktigste flaskehals. Vi har fremmet et prosjekt innen onkologisk radiologi med forbedret tilbud til kreftpasienter, noe som vil være kostnadseffektivt. Dette vil gi bedre pasientforløp, større tilfredshet, redusere medikamentutgifter og sengebehov. Dette vil kreve økning av radiologressurser ved KDI. Det radiologiske tilbudet innen onkologien kan også bedres ved at grupper av pasienter i sykehuset (for eksempel kontroller for kreftpasienter og undersøkelser hos andre pasientgrupper) får utført undersøkelsene ved hjemmesykehuset eller ved et privat institutt.

Etablering av funksjoner som **pasientkoordinator** mener vi vil kunne gi langt bedre pasientforløp. Det ligger noen personalkostnader i dette, men vi mener dette også gir en økonomisk gevinst med totalt mindre ressursbruk i tillegg til økt tilfredshet og evt. medisinske gevinster. Avdelingen har prøvd ut prinsippet med pasientkoordinator ved mage-tarmkreft som ved evaluering viste seg å være meget vellykket. Avdelingen vil nå innføre koordinator også ved urologisk kreft og lungekreft/CNS-svulster. Seksjon for bryst-endokrinkirurgi har fått pasientkoordinator som er eksternt finansiert. Dette mener vi vil være gunstig på tilsvarende måte.

- **Samhandling og oppgavedeling**

Det planlegges at flere kontroller av pasienter med ca. testis overføres til enkelte andre områdesykehus i regionen. Dette innebærer både klinisk kontroll og MR-kontroll. Vi vil vinter 2012/13 ha en prosess mot noen sykehus med tanke på å dette. Det kan også være aktuelt at ett sykehus eller privat radiologiinstitutt i Osloområdet håndterer MR-undersøkelsene for en stor gruppe testispasienter fra regionen. Evt. gevinster bør kunne tas ut i 2013, i hovedsak vil det dreie seg om redusert MR-bruk ved OUS.

Vedr. lokalsykehusfunksjoner bør prosessen i forhold til de private ideelle sykehus i Oslo fortsette, med tanke på at å kunne overta lokalsykehusfunksjoner for kreftpasienter fra hele Oslo sykehusområde. Spesielt gjelder dette palliative pasienter når tumorrettet behandling er avsluttet. Dette vil minske avdelingens ressursbehov og spesielt antall senger, ved begge lokalisasjoner, slik at sengetallet totalt sett kan reduseres ytterligere. Økonomiske gevinster kan neppe hentes ut i 2013.

- **Driftsorganisering, strukturelle endringer**

Større driftsomlegginger vil kreve at likeartede funksjoner samles ved en sykehuslokalisasjon. For AKB er det planlagt samling av pasienter med brystkreft, urologisk kreft og lungekreft i 2013. Hvilke økonomiske besparelser som ligger i dette er vanskelig å vurdere, men vi mener at det ligger økonomiske gevinster ved å etablere ett felles sengeområde for hver

sykdomsgruppe, samt at personalressurser kan spares. Ved lungekreft vil det fortsatt være en deling mellom de to lokaliteter, men delingen blir mer hensiktsmessig enn hva den er i dag.

Brystkreft og thyreoideakreft, kirurgi og onkologi, er planlagt samlet ved Radiumhospitalet. Dette krever bygningsmessige endringer med etablering av et brystsenter og flere operasjonsstuer ved Radiumhospitalet. En samling av disse sykdommer til en lokalisasjon med ett tverrfaglig team ved OUS vil også gi økonomiske gevinster (vanskelig å beregne nå). Samlingen bør skje så fort som mulig. Å etablere et samlet bryst-,thyreoidea- og rekonstruksjonscenter ved en lokalisasjon vil faglig og ressursmessig være det mest optimale. Vi kan neppe regne med noen økonomiske gevinster før i 2014.

Urologisk kreft er planlagt samlet ved Ullevål samtidig som brystkreft samles ved Radiumhospitalet. Det forventes at mesteparten av urologien flyttes fra Aker til Ullevål 2014 og at de tverrfaglige teamene innen urologisk kreft da lokaliseres ved Ullevål. Det er store forhåpninger til etablering av et prostatasenter ved Ullevål, med vurdering av alle prostatakreftpasienter ved OUS i samme team av kirurger og onkologer. Kjernen i et prostatasenter er det tverrfaglige møtet (MDT-møtet) der de enkelte pasienter vurderes og beslutninger tas. Dette bør etableres så fort som mulig i 2013, før pasienter flyttes fra Aker og Radiumhospitalet til Ullevål. Etablering av ett felles prostatasenter og ett behandlingsteam ved OUS vil også være ressursbesparende. Økonomiske gevinster kan hentes ut først i 2014.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Avdeling for gastro- og barnekirurgi har et stort driftsunderskudd i 2012. En viktig årsak til dette er store kutt i avdelingens utgiftsramme etter aktivitetsoverføring til Ahus og Vestre Viken. Avdelingen har i 2012 gjennomført en flytting av døgnvirksomheten fra Aker til Ullevål og hatt store problemer med intensivkapasiteten på Rikshospitalet, noe som har medført et høyt antall strykninger. Disse forholdene har gitt høye driftskostnader i avdelingen.

Avdelingen har i 2012 hatt stor økning i varekostnader, spesielt knyttet til drift av operasjonsvirksomheten. Ved Radiumhospitalet har avdelingen ansvar for drift av operasjonsstuene også for andre avdelinger og klinikker. Her vil det bli gjort endringer i budsjett, som isolert sett medfører en resultatforbedring for avdelingen, men som skal være budsjettneutrale for sykehuset som helhet.

Avdelingen vil i 2013 arbeide med å redusere vare- og driftskostnader. Avdelingen vil også arbeide med å redusere kostnader til innleide vikarer på sengepostene. I tillegg vil det bli arbeidet for å samordne bakvakten for leger i barnekirurgi.

Avdeling for transplantasjonsmedisin

Avdeling for transplantasjonsmedisin har i 2012 et overforbruk på kostnadssiden. En betydelig del av dette dekkes imidlertid av at aktiviteten er høyere enn budsjettet.

Avdelingen har gjennom 2012 hatt en betydelig økning i driftskostnader ved operasjonsgang 1 på Rikshospitalet. Klinikken vil sette ned et prosjekt som skal gjennomgå kostnader og drift ved operasjonsstuene og det forventes at dette kan gi noe reduserte kostnader gjennom endringer i innkjøp og standardisering utstyr etc.

Avdeling for blodsykdommer

Som nevnt innledningsvis er den døgnbaserte virksomheten i avdelingen i 2012 blitt samlet på Rikshospitalet. Denne endringen har gitt endringer i sammensetningen av pasienter ved at

noen pasienter er overført til Medisinsk klinikk mens de pasientene som nå er innlagt i avdelingen gjennomgående er mer krevende. Utfordringene i avdeling for blodsykdommer er særskilt stor på to områder; medikamentkostnader og innleie for å dekke huller i sykepleieturnusen.

- **Medikamentkostnader.** Når det gjelder økte medikamentkostnader er dette knyttet til at de pasientene vi nå har inneliggende krever flere medikamenter (hovedsakelig antiinfektiva) og mer blodprodukter enn vår tidligere pasientpopulasjon. Antall pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjoner øker jevnt og trutt, samtidig som vi avviker enklere deler at sykdomsforløp ved OUS og overfører disse til samarbeidende områdesykehus. Samtidig kommer det nye legemidler på markedet som forbedringer av tidligere behandling, og disse legemidlene er uten unntak langt mer kostbare enn de de erstatter. For 2013 opplever vi også at produsenter slutter å markedsføre av legemidler som har en etablert plass i behandlingen av enkelte maligne blodsykdommer. Dette skjer for at legemidlene skal kunne markedsføres for ny indikasjon og til en langt høyere pris. Legemidlene vil fortsatt være tilgjengelig for oss, men til en helt annen pris. For legemidlet alemtuzumab (MabCampath) fører det til en 4-dobling av prisen og på årsbasis vil det ha konsekvenser for oss i størrelsesorden 1 mnok.

Det er svært begrenset hva avdelingen kan gjøre for å redusere disse kostnadene. Vi har dog foretatt en endring i våre retningslinjer for profylaktiske transfusjoner med erytrocytt-konsentrater og har forventninger om reduksjon av transfusjonsbehovet med 20-25% per pasient med en forventet kostnadsreduksjon av størrelsesorden 250-300 000 NOK per år med dagens pasientpopulasjon.

- **Høyt nivå av innleie.** Avdelingen har betydelige kostnader til innleie av helsepersonell. Dette problemet er aksentuert etter sammenslåing fordi forskjellen på belegg og arbeidsoppgaver (spesielt for sykepleietjenesten på post) mellom ukedager og lørdag/søndag nå er nesten fullstendig borte. Vi har lagt planer for å redusere kostnadene knyttet til innleie og ganske spesielt kostnadene til innleie fra bemanningsbyråer. Dette arbeidet skjer i forståelse med klinikkleder og vil bli påbegynt i samarbeid med klinikkenes HR-stab ganske omgående.

a. Vi vil se på muligheten for å konvertere innleie kostnader til faste stillinger (gjærne redusert stillingsprosent).

b. Reorganisering av pasientrom eller ganske spesifikt ønsker vi å etablere et par to-sengsrom for overvåking av pasienter som trenger kontinuerlig tilsyn. En person kan vanligvis handtere to pasienter dersom de er plassert i samme rom.

c. Vi kan også redusere innleiekostnader ved å etablere direkte avtaler med vikarer i stedet for å benytte byråer.

Avdeling for urologi

Avdeling for urologi fikk store kutt i utgiftsrammene etter aktivitetsoverføring til Ahus og Vestre Viken. Det har vært vanskelig å redusere kostnadene tilsvarende og avdelingen vil i 2012 få et negativt økonomisk resultat som er betydelig i forhold til avdelingens størrelse.

Avdelingen har virksomhet både på Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. På Rikshospitalet og Radiumhospitalet har avdelingen kun leger og ansvar for

pasientbehandlingen, mens drift av sengeposter og poliklinikker ligger i andre avdelinger. Hoveddelen av avdelingens virksomhet ligger imidlertid på Aker og avdelingen har i 2012 overtatt mottaksfunksjon fra Akuttklinikken etter at gastrokirurgi og medisin flyttet fra Aker til Ullevål i juni.

Avdeling for urologi vil i 2013 arbeide med å utrede mulighetene for samlokalisering og funksjonsfordeling for urologien i Oslo universitetssykehus. Avdelingen vil også arbeide videre med å overføre oppgaver til andre sykehus og tilpasse sengekapasiteten til behovet.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har fått tilført en stor midlertidig utgiftsramme i 2013 som reduserer utfordringen i 2013 i vesentlig grad. Klinikken har imidlertid så langt ikke klart å identifisere forbedringstiltak som fullt ut gir et budsjett i balanse. Ved utgangen av november gjenstår det fremdeles om lag 55 mnok i utfordring som klinikken ikke har forbedringstiltak for. Klinikken vil jobbe videre for å løse denne utfordringen. De viktigste områdene klinikken vil jobbe videre med er:

- kartlegging og vurdering av varekostnader, spesielt knyttet til operasjoner. Klinikken vil etablere et prosjekt på tvers av avdelingene for å gjennomføre dette. Klinikken har hatt en stor økning i slike kostnader i 2012
- vaktordninger for leger skal flere steder skal gjennomgås og vurderes med sikte på å finne bedre løsninger enn det som eksisterer i dag
- klinikken vil gjennomføre et prosjekt som kartlegger og vurderer potensialet for bedre drift av poliklinikker og henvisningsmottak. Av kapasitetshensyn vil dette prosjektet først kunne startes opp etter årsskiftet.

Den delen av klinikkens økonomiske utfordring for 2013 som foreløpig ikke er løst er fordelt mellom avdelingene i klinikken. Klinikken har imidlertid ikke fordelt og plassert denne utfordringen på laveste ledernivå i avdelingene. Bakgrunnen for dette er at det foreløpig ikke er klart hvilke forbedringstiltak som kan imøtekomme utfordringen. Klinikken vurderer at handlingsrommet i forhold til løsninger er lavere jo lavere ned i organisasjonen man kommer og at ansvaret for den økonomiske utfordringen håndteres best på klinikk- og avdelingsledernivå.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Risikovurdering av budsjettforslaget er gjennomført i samsvar med Retningslinje for risikovurdering i OUS. Budsjettprosessen 2013 er risikovurdert i forbindelse med 2. tertial rapportering. Se revidert risikokart for 2. tertial 2012 for områdene; pasientbehandling, økonomi, forskning/utvikling/utdanning og arbeidsmiljø. Ytterligere risikovurdering følges opp inn mot 3. tertial rapportering.

Tredje budsjettleveranse er også behandlet i klinikk-AMU 22.11.2012. Klinik-AMU påpekte at klinikkens økonomiske utfordringer er store og dermed kan medføre en økt risiko for arbeidsmiljøet.

Klinikk	Hjerte - Lunge og Karklinikken (HLK)
---------	---

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	835*
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 (årsverk)	- 62 **
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 87
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	52
Klinikken vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 46,3
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	32,3

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

** Teknisk beregnede brutto årsverk (justert for besparelser innenfor varekjøp)

2. Kort omtale av klinikken hovedfunksjoner

Hjerte-, lunge- og karklinikken er Norges og Nordens største senter for behandling av hjerte- og karsykdommer og har en egen avdeling for behandling av lungesykdommer. Klinikken har hovedvekt på høyspesialisert medisin og utreder og behandler alle former for hjerte-, kar- og de fleste former for lungesykdommer.

Klinikken er nasjonalt ledende innen nye behandlingsmetoder og driver forskning på høyt internasjonalt nivå. Forskning spenner fra basal biomedisinsk forskning til anvendt klinisk forskning.

Klinikken består av følgende fem kliniske avdelinger: Kardiologisk avdeling, Thoraxkirurgisk avdeling, Lungeavdelingen, Karavdelingen og avdeling for Koordinering og poliklinikk (poliklinikk og dagenhet). I tillegg kommer de to forskningsinstituttene Institutt for eksperimentell medisinsk forskning og Institutt for kirurgisk forskning. Instituttene drives i nært samarbeid med Universitetet i Oslo. I tillegg drifter Karavdelingen et nyopprettet behandlingssenter innen dyp, rekonstruktiv venekirurgi.

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

a. Endringer innen det medisinske tilbudet

På bakgrunn av forskning og medisinsk utvikling vil klinikken få noen endringer innen det medisinske tilbudet av region- og landsfunksjoner samt bidra til kvalitetsarbeidet i OUS:

- Styrke tilbudet innen lungetransplantasjon: Øke antall lungetransplantasjoner med 5-10 pasienter ved å ta i bruk metoden Ex Vivo Lunge Perfusjon (EVLP) som gjør det mulig å benytte lunger som i utgangspunktet i dag er uegnet. Utstyr er kjøpt inn.
- Bedre tilbudet til pasienter med sykdom i hjerteklaffene og som ikke tåler vanlig hjertekirurgi: Øke og konsolidere tilbudet om mini - invasiv aorta klaffekirurgi (TAVI).
- Forberende arbeid med tanke på fremtidig "tissue engineering" der man bruker syntetiske organkomponenter.
- Klinikken jobber aktivt med å overføre undersøkelser før og etter behandling til lokalsykehus.

b. Endringer i aktivitetsnivå

- Lungetransplantasjoner: Etablering av EVLP (se ovenfor) vil kunne gi 5-10 ekstra lungetransplantasjoner.
- Klaffekirurgi: Behovet for mini - invasiv aortaklaffekirurgi (TAVI) er økende og ventelisten er for lang. Behandlingen økes med 50 pasienter pr. år.
- Invasiv hjerteutredning: Hjerteutredning med koronar angiografi på RH planlegges økt med ca 800 pasienter og 4 senger. Gjelder rettighetspasienter med for lang ventetid.

Konklusjonen er at klinikken melder et endret aktivitetsnivå tilsvarende ca 1.400 DRG poeng innen for lands- og regionsoppgaver der pasientene står i behandlingsskø med rett til behandling. I budsjettprosessen for 2013 har ledelsen ved OUS bare sett det mulig å øke aktiviteten innenfor HLK med 347 DRG poeng. Klinikken risikerer derfor å få en vesentlig høyere aktivitet enn det budsjettet gir rom for i 2013. I de tilfeller der pasienten ikke har et annet behandlingstilbud vil klinikken måtte behandle pasienter som venter på behandling ut over plan for nevnte pasientgrupper.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Ventetiden for koronarpasienter, klaffepasienter og ablasjonspasienter har økt inneværende år. Klinikken arbeider med et forslag om å øke antall dagpasienter til invasiv hjerteutredning. Her inngår både bedre utnyttelse av dagenheten (KOOP) og frigjøring av 4 sengeplasser ved Kardiologisk sengepost ved arealomdisponeringer der man flytter kontorer til andre arealer.

Klinikken anbefaler at Helse Sør-Øst fortsetter å kjøpe ablasjonsbehandling ved Feiring-klinikken av hensyn til lange ventelister. Klinikken etterspør samtidig at Feiringklinikken må pålegges å ha noe drift i ferieperioder slik at ikke OUS overbelastes på tider der bemanningen er redusert. I ferieperioder tar OUS over Feiringklinikken sine oppgaver med hastepasienter for hjertebehandling, dette svekker pasienttilbudet i regionen og øker kostnadene for OUS. I tillegg bør Feiringklinikken bære kostnaden av at legene ved HLK behandler alle søknader før pasienten sendes til Feiring for behandling. Totalt ca 350 søknader i 2012.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

- Kort pre-operativ liggetid. Planlagt kirurgi gjennomføres som tilsagt.
- Følge etablerte prosedyrer for aseptisk kirurgi og infeksjonskontroll.
- Følge utvikling av dyp infeksjon via avdelingens kvalitetsdatabase Datacor, samt NOIS registrering for koronar bypasskirurgi mht. å avdekke systemsvikt.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Klinikken jobber med forskjellige behandlingssløyer for at pasienten skal få timeavtale med mottatt henvisning. Thoraxkirurgisk avdeling etablerer et felles innleggelseskontor høsten 2012 som vil gi bedre planleggingskapasitet.

Ved Karavdelingen får alle pasienter til arteriekirurgi time umiddelbart. Det lages også et system i løpet av høsten 2012 for å ivareta dette for pasienter til venekirurgi.

Lungeavdelingens pasienter får tilsendt time når det reelle pasientforløpet er avklart.

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

Klinikken har som et mål å forbedre involvering av ansatte i større grad enn i dag vedrørende forbedringstiltak av drift og HMS-tiltak. Ledere på N4 og N5 er også i større grad trukket med i budsjettprosessen og ansvarliggjøres i økomioppfølging i klinikken. Dette for bedre å kunne ivareta eventuelle økonomiske konsekvenser som følge av foreslåtte forbedringstiltak.

5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Hjerte,- lunge- og karklinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2013 etter nye reviderte rammer på -43 mnok. Klinikken melder tiltak tilsvarende 32,5 mill. Den økonomiske restutfordringen ved klinikken vil da være på -10,7 mill.

Omorganisering av Thoraxkirurgisk avdeling ble først godkjent av administrerende direktør i juni 2012, og er derfor vesentlig forsinket i prosess. 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 da lå til grunn.

Dette potensialet svekkes av to forhold. Det ene er at man hadde beregnet samordnet flytting av karkirurgien med omstrukturering av Thoraxkirurgisk avdeling. Dessuten måtte man legge til side planen om å stenge Thoraxkirurgisk avdelings intensivsenhet ved Ullevål i helgene fordi kapasitetsmangel ved Akuttklinikken gjør det vanskelig å ta over intensivpasienter fra HLK i helgene. Bemanning av intensivsenheten i HLK må derfor opprettholdes 24/7. Dette gir reduserte innsparingsmuligheter. Effekten av omstruktureringen ved Thoraxkirurgisk avdeling estimeres til å gi en innsparing på -16,2 mill. Dette er i hht avdelingens forslag.

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 4 mill. Dette er et estimat, og resultatet vil avhenge 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. Det er anslått at flyttingen vil kunne skje innen første halvår 2013. Avdelingslederen har hatt en gjennomgang av driften med sine ledere og tillitsvalgte i forbindelse med budsjett 2013.

6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter	18,3	27
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	4,6	2,8
3. Innkjøp	8,6	0
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	0	0
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	0	0
6. Annet	0,8	2
SUM	32,3	31,8

Innsparingen på 21,6 mill innenfor innsatsområde 1 ”størrelse, bemanningsnorm og drift av sengeposter knytter seg i hovedsak til omstilling av Thoraxkirurgisk avdeling. Effekten av tiltaket er forankret i organisasjonen og estimeres til å gi en innsparing på -16,2 mill.

Det er vanskelig å regne på effekter ved å flytte karkirurgi ut av Aker i og med at man enda ikke har funnet fram til løsning på hvor man skal flytte.

Klinikken har store kostnader til innkjøp av implantater og medisinske forbruksvarer. Innsparingen på varer er i hovedsak helårseffekter av fremforhandlede Hinasavtaler fra 2012 på klaffer, stenter og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris

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	-43 000	ÅRSVERK
UTGIFTER	HLK THORAXKIRURGISK AVD	HLK KARDIOLOGISK AVDELING	HLK LUNGE AVD	HLK KARAVD	HLK INSTITUTT FOR KIRURGISKE FORSKNING	HLK INSTITUTT FOR EKSPERIMENTELL MEDISIN		
Avdelingsleder	Odd Geiran	Lars Aaberge	Jonny Kongerud	Jon Otto Sundhagen	Ansgar Aasen	Ole Seierstedt		
INNSATSOMRÅDER								
Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	12,9	1,3	2,1	2,0			18,3	27,0
Kjøp av tid legegruppen	3,9	0,0		0,7			4,6	2,8
Samarbeid andre sykehus							0,0	
Klinikkovergrepene tiltak for driftsendringer							0,0	
Innkjøp	2,0	5,1	0,2	1,3			8,6	
Annet					0,4	0,4	0,8	2,0
SUM MELDTE TILTAK	18,8	6,4	2,3	4,0	0,4	0,4	32,3	31,8

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene

- Klinikken jobber med en gjennomgang av alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk. Helsefaglig rådgiver og økonomileder jobber sammen med seksjonsledere på sengepostene om dette.
- I tillegg jobber klinikken med å redusere vaktkostnader for leger ved TKA2 samt at det arbeides med å få alle legeavtaler under 60 timer.
- Klinikken bruker store ressurser på varekostnader. Klinikken har fokus på effekt av nye Hinasavtaler på ulike produkter, som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris.
- Sikring av riktige innkjøpsrutiner er også viktig for å utnytte fullt ut fremforhandlede priser.
- Det gjennomføres seksjonsvise møter med fokus på innkjøp, både bruk av innkjøpsavtalene og optimale varevalg.

c. Vurdering av situasjonen

Klinikkledelsen og tillitsvalgte oppfatter budsjetterrammen for 2013 som krevende i forhold til trygg pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.

Klinikken startet i forbindelse med budsjettleveransen med et budsjettseminar 22/8. 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. I budsjettprosessen i 2013 vil hovedfokus være å få den enkelte leder til å gå igjennom og endre eksisterende drift slik skissert i pkt 3a-h i budsjettskrivet fra økonomidirektør.

Alle avdelingsledere har deretter levert inn en beskrivelse av avdelingens drift og økonomiske utfordring lik den som går til styresaken og leveres fra klinikk den 9. oktober. Klinikken hadde i sitt andre budsjettseminar 27. september for ledere på alle nivå samt tillitsvalgte og verneombud. Avdelingslederne presenterte her sine leveranser vedrørende budsjett og tiltak for 2013, samt forslag til endret medisinsk tilbud og aktivitetsendringer for 2013. Alle tiltak som avdelingene har kommet med innspill på ble presentert av avdelingsleder i møtet, samt diskutert i seminaret.

Klinikken gjennomførte et tredje og siste seminar 7. november før endelig leveranse av budsjett 2013. I dette seminaret ble avdelingsleder bedt om å operasjonalisere alle meldte tiltak. Hensikten med seminaret var at tiltakene skulle beskrives i detalj og at det skulle fremlegges en plan for hvordan det vil være mulig å få gjennomført tiltakene, samt måle effekten av det enkelte tiltak i ettertid. Gode diskusjoner og relevante problemstillinger ble tatt opp på seminaret.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnadsramme (mill kroner) * uten eksterne midler	Estimert utfordring (mill kroner)	Utfordring i %	Tiltak (mill kroner)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Thoraxkirurgisk avdeling	416 961	-30 000	-7 %	-22 000	-21,30	-5,4
Kardiologisk aveling	325 177	-14 900	-5 %	-6 500	-1,00	-5,32
Lungeavdelingen	55 615	-2 300	-4 %	-2 300	-3,00	0
Karavdelingen	42 120	-4 000	-9 %	-4 000	-4,50	0
Avdeling for koordinering og poliklinikk	6 814	0	0 %	0	0,00	0
Institutt for eksp. med forskning	14 262	-400	-3 %	-400	-1,00	0
Institutt for kirurgisk forskning	6 877	-400	-6 %	-400	-1,00	0
HLK administrasjon	8 781	0	0 %	0	0,00	0
SUM	876 607	-52 000	-6 %	-35 600	-31,80	-10,72

a. Thoraxkirurgisk avdeling

Utfordring i Thoraxkirurgisk avdeling er særskilt stor grunnet:

- Relativt kostbare behandlinger som mangler eller bare delvis er rammefinansiert som hjertepumper og mini - invasiv aorta klaffekirurgi (TAVI).

- Utprøvende behandling som ikke er finansiert som Mitraclip, EVLP (Lungekondisjonering).
- Bedre ressursstyring av dyre varekostnader som implantater og medisinske forbruksvarer.
- Eldre og sykere / mer komplekse pasienter som krever mer intensiv kapasitet.
- Hjertefaget er i endring.
- Særdeles krevende organisasjonsendringer.

Avdelingsleder og klinikkleder arbeider særskilt med disse områdene for å få kontroll på den økonomiske situasjonen og har utarbeidet spesifikke tiltak.

b. Kardiologisk avdeling

Utfordring i Kardiologisk avdeling er særskilt stor grunnet:

- Hjertefaget er i endring – stadig flere pasienter som trenger behandling kan få et tilbud ved Kardiologisk avdeling.
- For lange ventelister for pasienter med rett til behandling.
- For liten kapasitet ved Kardiologisk overvåking.
- Det er behov for 4 flere senger, klinikken omgjør kontorer til sengerom.
- Behov for økt bruk av avdeling for Koordinering og Poliklinikk (KOOP). Flere dagpasienter kan få tilbud utenfor sengepostene.
- Bedre ressursstyring av dyre varekostnader som implantater og medisinske forbruksvarer.

Avdelingsleder og klinikkleder arbeider særskilt med disse områdene for å få kontroll på den økonomiske situasjonen.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikken utdyper følgende punkter:

- Klinikken jobber videre i prosjekt med pleienormeringsprosjektet sentralt i OUS.
- Redusere legetid på Thoraxkirurgisk avdeling.
- God pasientflyt / pasientløp.
- Innkjøpsrutiner og oppfølging av dyre varekostnader.

Hjerte-Lunge og Kar klinikken har store økonomiske utfordringer for driftsåret 2013. Avdelingene har jobbet med budsjett og tiltak for å få til en mer effektiv drift i 2013. Tiltakene er bakt inn i budsjettet for 2013. Av en utfordring på -43 mill har klinikken kommet opp med tiltak som tilsvarer ca 32,3 mill. Tiltakene er bakt inn i avdelingsbudsjettene. Klinikken har derfor et usaldert budsjett på -10,7mill. For å kunne få til en realistisk økonomioppfølging i 2013 ønsker klinikken å merke det som er usaldert pr. avdeling med en kilde. På denne måten vil klinikken ha god kontroll på oppfølging av avdelingene innenfor de meldte tiltakene samtidig som det udefinerte budsjettkuttet blir liggende på den enkelte avdeling.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Klinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2013 på -43 mill. I tillegg viser klinikken til skissert aktivitetsendring som ikke er bakt inn i budsjettet innenfor lands- og regionsoppgaver. De gjennomførbare tiltak under avsnitt 6a møter ikke hele budsjettkravet, men er gjennomførbare uten at tiltakene vil resultere i svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt. Endringer som skissert – dvs. reorganisering og nedbemanning

2. Vedlegg – Klinikkenes leveranser

vil fortsatt prege arbeidsmiljøet. De skisserte tiltakene vil ikke i vesentlig grad svekke pasientsikkerhetsarbeidet eller arbeidet med kvalitetsreformen i OUS, og vil heller ikke svekke forskningsaspektet. Risikovurderinger pr. avdeling ettersendes etter møte 20.11.2012 i arbeidsutvalget (AMU).

Klinikk	Akuttklinikken (AKU)
----------------	-----------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	2 236
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	-54
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 83,4
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	39,9
Klinikken vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 106 -78
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	46,4

2. Kort omtale av klinikken hovedfunksjoner

Akuttklinikken har ansvaret for prehospital medisin og transport, mottaksfunksjoner, anestesi, operasjon og postoperativ virksomhet, sterilforsyning, behandling av intensivpasienter og smertepasienter ved Oslo Universitetssykehus. Vår kliniske virksomhet er å ivareta akuttberedskap i og utenfor sykehuset, håndtere øyeblikkelig hjelp pasienter og bidra til å gjennomføre planlagte behandlingsprosedyrer i kirurgisk virksomhet.

Vår operasjonsvirksomhet inkluderer dagkirurgi og kirurgi til innlagte pasienter. De fleste intensivsenger i sykehuset drives av Akuttklinikken. Ullevål er akutt sykehuset i OUS, men også RH viser en tydelig dreining av virksomhet mot ø-hjelp. Delvis utflytting av kirurgi fra Aker binder beredskap på Aker. Omfattende kirurgi DNR gjør tilsvarende her.

Akuttklinikken forskningsvirksomhet er organisert i Forsknings – og utviklingsavdelingen. Forskning er tematisk lagt inn i 5 forskjellige forskningsgrupper. Forskningen har flere grupper av høy kvalitet, og aktiviteten er stigende med hensyn til publiserte artikler og doktorgradkandidater. Akuttklinikken har to nasjonale kompetansesentre: Nasjonalt kompetansesenter for Akuttmedisin (NAKOS) og Nasjonalt kompetansesenter for Traumatologi.

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

Akuttklinikken er en serviceklinikk og bestemmer i liten grad nivået på aktiviteten ved OUS, med unntak av Avdeling for smertebehandling. Klinikken budsjetterer ut fra 2012-aktivitet. I budsjettet er bemanningen på PO styrket og beredskapen i Prehospitaltjenester (PhS) med utvidelse av legebemannet intensivbil mot døgndrift og ambulansetilbudet til Nesodden. Ressurser til dagkirurgi på Aker økes, samt noe til anestesi på Ullevål for å møte veksten i antall traumer. Budsjettet inkluderer ressurser til å håndtere økt antall brystrekonstruksjoner. Disse prioriteringene er i tråd med forutsetningene som HSØ og sykehusledelsen har lagt for 2013.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

I Akuttklinikken er det kun Avdeling for smertebehandling som er pasientansvarlig enhet. Avdelingen har knapt fristbrudd.

b.Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Avdeling for smertebehandlingen praktiserer dette.

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

Medarbeiderundersøkelsen er sendt ut. Klinikken vil ha oppfølgingsmøter med alle avdelingene og MU vil bli forelagt tillitsvalgte, AMU og ledergruppen. Avdelinger med lav svarprosent vil bli fulgt opp spesielt.

d.Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Akuttklinikken hadde en økonomisk utfordring på 195 mnok for 2013 og tilnærmet 280 årsverk i foreløpig rammetildeling. Dette utgjorde et budsjettkutt på 12,6 % av klinikkens årsverk. Klinikken har en underskuddsprognose for 2012 på 102 mnok. I budsjettskriv 2 var rammene til klinikken kuttet med 81 mnok. I rammetildeling 15. november er budsjetttrammene til klinikken økt med 94,1 mnok, det vil si en netto økning på 12,7 mnok. Av denne er 37,7 mnok en midlertidig ramme for 2013 og 40,9 mnok til aktivitetsvekst for 2012 og 2013, 22 mnok til PhS og 18,9 mnok til øvrig virksomhet. Den 4.12 ble klinikken tildelt ytterligere 20,1 mnok og 7 mnok til PhS. Disse midlene ble brukt til å redusere budsjettutfordringene i de største avdelingene. Til tross for rammeøkninger er det fortsatt stor og økende aktivitet og derav sannsynlighet for underskudd i både PO/Intensiv og PhS.

Akuttklinikken har i budsjettarbeidet 2013 skjermet forskningsvirksomheten og klinikkens stab for kutt og lagt opp til budsjett i disse enhetene på et uendret nivå. Avdeling for traumatologi er under oppbygning.

I 2012 deler Prehospitalt Senter (PhS), PO/Intensivavdelingen og operativ virksomhet den største del av klinikkens underskudd. Dette skyldes tre grunnleggende forhold: Økt aktivitet i forhold til budsjett, ikke dekkende finansiering i forhold til lovverk, oppgaver og ansvarsområde og ikke optimal drift. Driftsutfordringen for klinikken skyldes blant annet krav til beredskap og operasjonsdrift ved 4 hovedlokalisasjoner i OUS og redusert funksjonalitet i deler av arealet. PhS har behov for nye stillinger for å styrke kompetanse og beredskap som følge av de erfaringer som ble gjort 22.7. De siste 10-15 år har det vært en økende oppdragsmengde både innen AMK, ambulansedrift og pasientreiser

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

Klinikkledelsen har etterlyst finansiering av ø-hjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og aktivitetsutvikling innenfor PO/Intensiv, Prehospitalt Senter og kirurgiske områder.

Vi har valgt å foreslå flere tiltak som bidrar til å bedre både sykehusets og Akuttklinikken driftssituasjon. Noen av driftstiltakene 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 fjerne ressurser i elektiv virksomhet for å imøtekomme kravet om nedbemanning. Da rammes den totale kirurgiske virksomhet. Disse dilemmaer illustrerer den

vanskelige balansen som Akuttklinikken befinner seg i når virksomheten i 2013 skal planlegges og endelig skaleres.

6. Klinikkenes foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Bemanning og drift	8,7	11,2
Eff./normering/turnus/ferie, PO/Int, Akuttmottak, Operasjon, Ane spl, Stab	6,2	7,8
Overtid/ekstrahjelp, Akuttmottak	2,2	2,9
Innleie, Operasjon	0,3	0,5
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger og sommeravvikling)	9,0	6,2
3. Innkjøp	1,2	0,0
4. Samhandling og oppgavedeling	4,1	3,9
Medisinsk intensivpasienter	4,1	3,9
5. Driftsorganisering, strukturelle endringer og samlokalisering	15,8	20,4
Samlokalisering Smerte	2,6	4,0
Transportambulanser PhS	2,0	2,0
Nattåpent PO2 RH	1,4	1,0
Pasientflyt, Generell intensiv RH	4,7	5,1
Endring beredskap Aker og RH	5,1	8,3
6. Annet	7,7	-1,5
Pasientreiser, økt samkjøring	4,5	-3,0
Ambulansse, organisering og bilforvaltning	3,2	1,5
Sum	46,4	40,2

Innsatsområde 1 representerer kutt i overtid og innleie ved driftsomlegging i klinikkenes avdelinger samt tiltak knyttet til effektivisering, normering, turnusendringer og ferie.

Punkt 2 omhandler tiltak i legegruppen som innebærer omlegging av legearbeid sommer 2013, endret drift og behov for vaktordning TKA2 og redusert behov for legetjeneste for medisinske intensivpasienter.

Punkt 3 omhandler reduksjon av forbruk på medikamenter og kostnadskontroll, redusert kjøp av intensivplasser hos Diakonhjemmet / Lovisenberg, samt en målsatt innsparing på varekostnader og andre kostnader i alle avdelinger.

Innsatsområde 4 inkluderer overføring av medisinske intensivpasienter på Ullevål tilbake til Medisinsk klinikk og betyr lavere overtid og innleie og innsparing på medikamenter og medisinske forbruksvarer og utstyr.

Under innsatsområdet 5 er det foreslått tiltak knyttet til samlokalisering av Smerteavdelingen, avvikling av beredskap på Aker og effektivisering av transport av pasienter i PhS.

Punkt 6 omhandler samkjøring på pasientreiser og effektivisering av ambulansse og bilforvaltning. Full effekt for både pasientreiser og ambulanssedriften er forventet først når nye flerpasientambulanser, såkalte "hvite/gule" biler, er anskaffet og ventesoner er bemannet. Oslo sykehjusservice har ikke budsjettert med bemanning av ventesoner i 2013.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkenes arbeid innenfor innsatsområdene

Størrelse, bemanningsnormering og drift

Effektivisering, bemanning og drift

All økt aktivitet vil gi økte kostnader for Akuttklinikken, også økt aktivitet pga bedret logistikk og effektivisering innen pasientforløp og endring fra døgn til dag til poliklinikk.

Våre PO/intensivenheter på Ullevål og Rikshospitalet samarbeider på hver lokalisasjon med en felles bemanningskoordinering. Vi har en felles bemanningsberedskap og fordeler pasienter og personell etter behov mellom samarbeidende enheter. Samlet sett ivaretar våre enheter stordriftsfordeler. PO/intensivavdelingen avholder daglig koordineringsmøter mellom lokalisasjonene der man i noen grad oppnår å fordele personell/antall pasienter mellom sykehusene. Antall intensivsenger på Aker og DNR er tatt ned til en ren stabiliseringsfunksjon og personale overføres i den grad det er mulig ift beredskapshensyn.

Akuttklinikken har ikke egne pasientforløp utover Avdeling for smertebehandling.

Pasientforløpet i Akuttmottaket Ullevål har vært gjennomgått før flytting fra Aker. Mange forhold påvirker pasientforløpet, og ansvaret for et effektivt og godt pasientforløp ligger på flere klinikker (endring av driftsmodell, triage, tilgang på ressurser fra KDI og kapasitet på sengeposter som mottar pasient). Det er etablert koordineringsutvalg og nivå 1 prosedyre for pasienter ut av Akuttmottak. Verktøy for å evaluere dette er måling av liggetid i mottak og målsetting er en mer effektiv flyt inn i sykehuset.

Akuttklinikken kan bidra til å bedre pasientlogistikk ved økt samarbeid med kirurgiske klinikker ved avvikling av operasjonsprogram. Vi vil følge opp drift av operasjonsenheter i hele OUS med spesielt fokus på presis oppstart og etablering av velfungerende driftsteam. Det forutsettes at alle kirurgiske enheter deltar i samarbeidet. Albert + operasjonsregistrering vil gi elektroniske verktøy for å analysere drift på enhetsnivå og gi mulighet til objektiv analyse, tiltak for forbedring og oppfølging av dem. Dette kan, dersom OUS ønsker det, gi økning i antall opererte pasienter uten en (tilsvarende) økning av kostnader.

Klinikken foreslår å innføre preoperativt tilbud på Ullevål og RH. Dette vil primært kunne gjennomføres på utvalgte deler av sykehusets virksomhet iht strategiske valg for deler av den kirurgiske virksomheten. Et virkemiddel er å etablere ordning med preoperativt egenmeldingsskjema slik at kirurgiske pasienter med andre medisinske tilstander kan vurderes, undersøkes og tildeles tilpasset perioperativ ressurs før de skal opereres. Dette vil redusere antall innleggelser, forsinkelser og strykninger og sikre kvaliteten i operasjonsforløpet. Det vil kreve bemanning av kompetent personale i en poliklinikk. Preoperativt tilbud vil også kunne øke samedagskirurgi. En preoperativ anesthesiologisk poliklinikk vil mest sannsynlig kunne føre til en overordnet besparelse, men gi en økt kostnadsbelastning innenfor anesthesiområdet.

Bemanningen på Sterilavdelingen er vurdert som et mulig risikoområde i forhold til å kunne betjene operasjonsavdelingen med kirurgiske instrumenter. Vår hovedfokus er arbeidsmiljørettede tiltak for å redusere sykefraværet. Økt antall helsefagarbeidere kan avlaste operasjonssykepleierne.

For prehospitale tjenester kan en endring fra døgn til dag til poliklinikk medføre økte transporter særlig i forhold til pasientreiser og ambulanser. Ved denne type endringer er det også essensielt å tilpasse driften på operasjon, dagkirurgi og sterilenheten. I tillegg vil det være nødvendig med dialog og samarbeid om arbeidstid.

Normering og bruk av ressurser

Akuttklinikken vil følge sykehusets strategi ved å kartlegge og vurdere bemanningsfaktor og bemanningsnormer i avdelingene i 2013 relatert til pasienttyngde og etablerte aktivitetsmål. Alle turnuser skal gjennomgås for å se på døgnrytme, bemanning og turnus. Det kan være

ønskelig å starte benchmarking på visse områder for forsikre oss om at klinikken utnytter ressursene best mulig. Avdelingene har vurdert alle stillingstyper vs arbeidsoppgaver og om disse skal inngå i turnus. Ledere planlegger 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 arbeider og har hatt løpende dialog med sentral HR-avdeling i forhold til turnusplanlegging og opplæring i bruk av verktøy. Enkelte avdelinger har hatt og kan ha behov for mer støtte pga kompleks turnusplanlegging.

Klinikken har vurdert annenhver helg avtale i alle avdelinger, inkl PhS. Grunnturnus dekker ikke behovet for bemanning alle ukens dager. Annen hver helg avtale fordeler arbeidstid fra ukedager til helg og er et viktig virkemiddel for drift. Disse avtalene er frivillige og inngås med den enkelte arbeidstager Akuttklinikken etterstreber i sin budsjettering å ta hensyn til lavaktivitetsperioder, både for ferie, røde/inneklemte dager samt høstmøteuken. Lavaktivitetsperioder planlegges sammen med andre kliniske klinikker/avdelinger.

Klinikken vurderer løpende behovet for og når man må flytte bemanning med pasientflyttinger mellom lokalisasjoner. Klinikken arbeider strategisk med å redusere sykefravær og med HMS arbeid.

Tiltakene kan oppsummeres som følger:

- Prehospitalt Senter har høy aktivitet i AMK, ambulanse og luftambulansse. Ambulansetjenesten går over til 12 timersvakter i seksjoner der nattaktiviteten er gjennomgående høy. Overgangen til 12 timers vakt gir reduksjon av uttrykning på vakt, men øker antall årsverk. (+ 8,7 årsverk beregnet til 5,2 mnok). Man ønsker på sikt en felles turnusordning med et sentralt bemanningskontor
- Akuttmottak har foreslått reduksjon av overtid/ekstrahjelp med 2 årsverk
- Operasjon har redusert innleie og vurdert normering på operasjonstuene og redusert noe på dagkirurgi
- Anestesi budsjetterer med bedre planlegging og samkjøring i ferier
- PO/Intensiv vil innarbeide fag/MTU-stillinger i turnus slik at disse også dekker helg og erstatter innleie. 2.hver helg avtale er under revidering.
- I Sterilavdelingen er bemanningen opprettholdt for å sikre operasjonsdriften.
- Utdanningssenteret og Prestetjenesten har til sammen meldt inn 1,6 årsverk i reduksjon.

Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

Avdeling for anesthesiologi har startet en prosess for avklaring av prinsipper 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. Tiltak på reduksjon av vakansvakter sommeren 2013 er innarbeidet i budsjettet.

Vaktordninger blir løpende evaluert i avdelingen. Det er avviklet 2 av 3 vaktlag på Aker. Vaktordning TKAO2 vurderes mot fremtidig organisering av hjertekirurgien RH. Vaktbelastningen ved Ullevål og Rikshospitalet har økt noe. Dette er knyttet til intensivpasienter og traumer. Avdelingen arbeider med tjenesteplanene og kjøp av UTA.

Innkjøp

Reduksjon av varekostnader er et kontinuerlig arbeid i hele klinikken. I budsjett for 2013 har vi forutsatt et gjennomsnittlig kutt på 2 % i avdelingenes budsjetttrammer. Avdelinger med høye varekostnader har et sterkt fokus og bevissthet på pris og forbruk, for eksempel merker

Operasjonsavdelingen hyllene med pris på produkt. 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.

Avdeling for anesthesiologi har startet opp med å kartlegge medikamentbruk på RH ved hjelp av klinisk farmasøyt. Målet med dette er kostnadskontroll og bedre fokus, i tillegg til økt kvalitet.

Samhandling og oppgavedeling

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

- Klinikken ønsker bedre samarbeid rundt varsling om endret aktivitet i henhold til nivå 1 dokument. Meraktivitet ønskes internfakturert utover avtalt nivå
- Medisinske intensivpasienter overføres egen klinikk
- Intermediærfunksjon - pasient behandles på riktig omsorgsnivå
- Engangsutstyr laparaskopi/robot, implantater og dialysevæsker dekkes av respektive klinikker, der det er systemmessig tilrettelagt
- Fokus på utskrivning av pasienter fra PO- og intensivenehetene for å sikre behandling på rett omsorgsnivå og unngå strykninger
- For tidlig utskrivning fra intensiv kan også medføre økning i intensivtransporter

PO/Intensiv forsetter arbeidet med å redusere liggetid på pasienter som skal tilbake til lokalsykehus. Vi har ikke i dag en helhetlig avtale for hele HSØ om fakturering av liggedøgn for ferdigbehandlede intensivpasienter i OUS. Det er tatt initiativ overfor sykehusledelsen om videre kontakt med HSØ for å etablere slik avtale.

Driftsorganisering, strukturelle endringer og samlokalisering

Klinikken har i 2012 flere pågående strukturelle prosjekter/driftsorganiseringer som ennå ikke er implementert eller bare delvis er fullført. Avvikling av Bygg 31 Ullevål med to operasjonsstuer er foreløpig lagt på vent da de kirurgiske enhetene fortsatt ønsker å være på Ullevål. Tilsvarende er det forsinkelser på utflytting fra Aker for Uro og Kar. Karvirksomheten på Aker betyr at Akuttklinikken må opprettholde beredskap på Aker. Vi arbeider med tiltak for å redusere tilstedeværende beredskap helg, kveld og natt

Akuttmottak flyttet fra Aker til Ullevål 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 stillinger til en mottaksfunksjon på URO. Det overført 21 årsverk til Ullevål fra Aker på Akuttmottaket. Overføring av 3 intensivsenger fra Aker til Ullevål er ikke fullt ut gjennomført da det fortsatt må være beredskap på Aker. Rundt 20 stillinger på Intensiv er overført fra Aker. PO-stillingene vil fortsatt være igjen på Aker, avhengig av omfanget av operasjonsvirksomheten.

Avdeling for Smertebehandling vil samlokaliseres på Ullevål i 2013. Dette vil gi positive synergieffekter, både personellmessig og utstyrmessig. Det er ført en opp en effekt på 3 årsverk. Avdeling for Anesthesiologi omorganiserer til stedlig ledelse, noe som bør resultere i bedre økonomistyring og bedre personalforvaltning. Dette vil gi redusert bemanning. Drift sommeren 2013 vurderes iht erfaring fra 2012. Stengninger i ferier og lavaktivitetsperioder krever godt samarbeid med berørte klinikker. Det er lagt inn tiltak på sommeravvikling 2013 på operasjon/anestesisenhetene. PO/Intensiv har foreslått tiltak som innebærer en stor

reduksjon av innleie på 5 mnok, raskere utskriving av intensivpasienter internt og til andre sykehus, forskyve noe beredskap på PO Aker til hjemmevakt.

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. Internfakturering er under vurdering for å kompensere merkostnader i AKU ved økt aktivitet og økt DRG i de kirurgiske klinikkene.

Klinikken arbeider videre med planene om anskaffelse av ”hvite/gule biler” - en type transportambulansse med større kapasitet, øremerket planlagte oppdrag og med fokus på å få frigjort sykehussenger. Tiltaket er beregnet til 2 mnok som er halvårseffekt i 2013. Bilen må være typegodkjent før oppstart.

Annet

I Prehospitalt Senter er det foreslått tiltak som ikke kan sorteres under de fem innsatsområdene. Det er foreslått å innføre en bilforvaltning som vil bedre kontrollen på bilparken og behovet for vedlikehold og reparasjon. Det er estimert et innsparingspotensiale på 2 mnok. Etter 22.7-rapporten foreslår PhS at en legebemannet intensivbil på dagtid utvides gradvis til en døgnbil. Dette innebærer en økning av legeressurser og paramedics. For 2013 er det budsjettert en opptrapping tilsvarende 4,2 mnok. PhS vurderer beredskapen på Nesodden i et tettbefolket område som kritisk og foreslår i budsjett 2013 å styrke denne med en ”first responder” funksjon som betyr en økning på 7 årsverk og kostnad på 4 mnok.

Ventesoner er opprettet, men ikke bemannet. Det er iverksatt bestillingsfrist av ambulanser innen 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.

PhS foreslår tiltak på pasientreiser ved å øke samkjøringen og få riktig bruk av taxi/fly. Dette vil kreve flere ansatte for å kunne ta flere henvendelser. Business case viser god payback. Hittil i 2012 er det samkjørt for 70 mnok. Samlokalisering i OUS kan medføre færre transporter for Prehospitalt tjenester. Så langt har funksjonsfordelingen i OUS medført økning i internt transporter – også intensivtransporter. Prehospitalt senter sin utfordring i forhold til aktivitet og kostnader gjør at det bør vurderes en organisasjonsform og finansieringsform som innebærer innflytelse og ansvar også for andre offentlige og private helseforetak (AHUS, Vestre Viken, LDS, DS). Det vil bli opprettet et samarbeidsforum med nevnte helseforetak.

c. Vurdering av situasjonen

Akuttklinikken er rammefinansiert. I 2012 har veksten i sykehuset vært på nærmere 3 %. I PhS ulike virksomheter har aktivitetsøkningen vært på 3,5- 5,5 %. Det forventes en tilsvarende vekst i 2013 i PhS.

Produktivitetsanalyser av Akuttklinikken virksomhet viser øket produktivitet (antall prosedyrer /kostnad og antall prosedyrer / brutto månedsverk). Samlokalisering internt og flytting av kirurgisk virksomhet fra Aker i 2012 har dermed gitt en tilsiktet effektivisering. Imidlertid fører endringene i sykehusstruktur og funksjon internt i OUS og i regionen til en økning i transportbehov, særlig for spesialiserte transporter.

Akuttklinikken vil ha hovedfokus på driftsoptimalisering i 2013. Dette vil kunne redusere strykninger og forsinkelser i operasjonsvirksomheten og dermed bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling. En dreining av sykehusets drift mot mer dagkirurgi bidrar positivt for sykehusets funksjonalitet og overordnet drift. AKU har en virksomhet hvor beredskap og ø-hjelp er lovpålagt og som utgjør en stor del av kostnadene våre. Ø-hjelp /beredskap er den minst produktive delen av vår virksomhet. Den resterende elektive delen kan ikke klare hele budsjettutfordringen. Klinikken handlingsrom er følgelig begrenset. En mulighet er å redusere våre ressurser i elektiv virksomhet ved å nedbemanne. Det vil gi en økonomisk gevinst og en positiv effekt på Akuttklinikken budsjett. Dette svekker imidlertid sykehusets kapasitet for elektiv kirurgi og tilsvarende svekke mulighetene til å løse sitt oppdrag.

Akuttklinikken har synliggjort en betydelig budsjettutfordring. Klinikken totale utfordring er fordelt ned på avdeling ut i fra de prinsipper som sykehuset benytter for klinikkrammene. Budsjett 2013 er fast agenda på klinikken ledermøter og budsjettdokumenter/bestillinger diskuteres i ledergruppen. Klinikken har hatt budsjettseminar for alle nivå 3- og 4-ledere og stab, samt tillitsvalgte og verneombud i klinikken. Etter dette har avdelingene arbeidet med tiltak som ble svart ut på avdelingenes tertialmøter. Budsjettleveransen er basert på denne innmeldingen. Alle ledere har avholdt møter med egne enheter for å sikre involvering av ansatte igjennom prosessen. De økte rammene av 15.11. og 4.12 er innarbeidet og budsjettet er saldert på hver avdeling og for klinikken totalt. Denne prosessen har det ikke vært tid til å forankre godt nok. Men ledere og tillitsvalgte er informert.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnadsramme (mill kroner)	Budsjettet	Estimert utfordring (mill kroner)	Utfordring i %	Tiltak (mill kroner)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
AKUTTMOTTAK	90,4	92,9	-2,5	-2,8 %	2,5	3,3	0,0
AVDELING FOR ANESTESIOLOGI	281,0	291,6	-10,6	-3,8 %	10,6	6,4	0,0
AVDELING FOR ANESTESISYKEPLEIE	211,3	214,2	-2,9	-1,4 %	2,9	4,8	0,0
AVDELING FOR FORSKNING OG UTVIKLING	8,8	8,8	-	0,0 %			0,0
AVDELING FOR SMERTEBEHANDLING	29,4	32,0	-2,6	-8,9 %	2,6	4,0	0,0
AVDELING FOR TRAUMATOLOGI	12,1	12,1	-	0,0 %			0,0
PO/INTENSIVAVDELINGEN	435,6	449,2	-13,7	-3,1 %	13,7	13,5	0,0
OPERASJONSAVDELINGEN	158,3	161,8	-3,5	-2,2 %	3,5	6,0	0,0
STERILAVDELINGEN	51,4	51,4	-	0,0 %			0,0
AKU STAB	37,6	38,6	-1,0	-2,6 %	1,0	1,7	0,0
AKU PREHOSPITALT SENTER	632,8	642,5	-9,7	-1,5 %	9,7	0,5	0,0
SUM	1 948,7	1 995,1	-46,4	-2,4 %	46,4	40,2	-0,0

b. Prehospitalt senter

PhS har per oktober et merforbruk på 15 mnok og estimerer ett underskudd på 18 mnok for 2012. Merforbruket inneværende år er i stor grad knyttet til vekst i aktivitet. I budsjettet 2013 er det lagt inn midler til ny "first responder", enmannsbetjent ambulanse, på Nesodden for å styrke beredskapen. Det er også budsjettert endring av intensivambulansen til en døgnbemannet legeambulanse. Budsjettet er saldert på PhS, men tildelt budsjetttramme er 13 mnok for lav i forhold til forventet aktivitetsvekst innenfor de prehospitaltjenestene.

Utfordringsbildet vil i hovedsak være i forhold til disse områdene:

- Forventet aktivitetsøkning på 5 % i 2013: 6 000 ambulanseoppdrag 30 000 nye oppdrag i pasientreiser 2013. Vi har allerede i dag en utfordring på avvik på svartider AMK og avvik på ventetid på uttransportering fra sykehus ("såkalte grønne turer")
- Sykehusets omlegging til økt poliklinikk / dagbehandling vil medføre økning i prehospital transportkostnader
- Utvikling innenfor behandlingslinjer / triagering prehospitalt gir økning i medisinsk forbruksmateriell
- Ikke avsatt ekstra midler til øvelser og ekstrautstyr som ble foreslått i 22.7.-rapporten
- PhS har ingen "lavaktivitetsperioder". Det er tilnærmet normal aktivitet i sommerferie og oftest økning på helg og helligdager
- Pasientreiser er avhengig av et godt samarbeid med rekvirentene for å få pasienttransport innenfor korrekt kategori og få ned bruk av ambulanse

Avdelingen jobber konkret i forhold til følgende:

- Opplæring / bevisstgjøring av bestillere av pasienttransport for å kutte kostnader samt fokus på tidlig innmelding av behov for å øke samkjøring
- Bruke stab-/fagstillinger inn i turnus
- Det er igangsatt et organisasjonsutviklingsprosjekt som skal resultere i bedre bruk av ressurser på tvers i organisasjonen og økt kostnadskontroll

c. PO/Intensiv

Avdelingen har per oktober et merforbruk på 38 mnok og estimerer ett underskudd på 45 mnok for 2012. Avdelingen har følgelig ikke klart å innfri budsjetterte tiltak i 2012. I tillegg har avdelingen hatt meget høye overtids- og innleiekostnader. Avdelingen har hatt en økt aktivitet samtidig som beredskap opprettholdes på fire sykehus. Dette skyldes drifts- og kapasitetsutfordringer med et vedvarende høyt belegg av intensivpasienter og et øket antall ø-hjelpsoperasjoner og økende ansvar for tung regional og nasjonal kirurgi. Det har vært en markant økning i antall transplantasjoner og 30 % flere traumer enn i 2011. I budsjett 2013 er PO/Intensiv på Rikshospitalet styrket med nye stillinger. På Ullevål er det overført stillinger fra Aker, men færre enn planlagt i forhold til overføring av gastro og ø-hjelpsaktivitet fra Aker. Kapasiteten etter siste rammeøkning er økt med 9 stillinger på intensiv og 2 på PO samt en generell styrkning av variabel lønn. Vi ser at avdelingen trenger ytterligere oppbemanning, men budsjetterammen slik den nå er, gir ikke rom for dette.. Til tross for knappe ressurser vil kapasiteten på PO/intensiv vurderes løpende gjennom 2013.

Utfordring i avdelingen er særskilt stor grunnet

- Fortsatt høy beredskap og bemanning på Aker i forhold til aktivitet
- Økning av tung kirurgi på Rikshospitalet medfører press på PO/Intensiv-kapasiteten og økt antall strykninger
- Økning i antall traumer øker ø-hjelpsoperasjoner på Ullevål og påvirker PO/Intensiv kapasiteten
- Økningen og variasjonen av pasienttilstrømmingen på PO/Intensiv har medført høy innleie og bruk av overtid

Avdelingsleder og klinikkleder arbeider særskilt med disse områdene for å få kontroll på den økonomiske situasjonen:

- Løpende fokus på beredskap og drift på Aker og samarbeid/dialog med involverte klinikker

- PO/Intensiv er styrket i budsjettet for å redusere strykninger og forbruk av overtid og innleie
- Fokus på riktig nivå på fast ansatte kontra overtid/innleie ved normal drift kontra perioder med meget høyt belegg på Intensiv. Det vil fortsatt være en stor utfordring i 2013 å holde budsjettet på overtid/innleie

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Klinikken har levert ett budsjett i balanse med tiltak på seksjonsnivå som er det laveste nivået i klinikken. Budsjettet vurderes som meget stramt. Løpende press på avdelingene for å levere tjenester øker ressursbruken og risikoen for at de ikke klarer å holde budsjettet. Det betyr at klinikken vil ha sterk fokus på oppfølging av avdelingene, tiltakene og driften gjennom året. Klinikken ønsker også å understreke de økonomiske utfordringene i PhS og på PO/intensivenhetene som beskrevet ovenfor.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Pasientsikkerhet og kvalitet

Reduksjon i brutto årsverk (bemanningsreduksjon, inkl redusert overtid og innleie) i beredskapsbærende virksomheter innebærer en risiko for kvalitet og kapasitet i håndtering av øyeblikkelig hjelp og sekundært i elektiv virksomhet. Tiltak med bemanningsreduksjon i Akuttklinikken vil bety en **generell risiko for kvalitet i pasientbehandlingen**. Det betyr forsinkelser og strykninger i operativ virksomhet, sekundært utsettelse eller forlenget ventetid. Det meldes stadig flere avvik i pasientbehandlingen. Kapasitet i prehospital og PO/Intensiv har vært i fokus for tilsynsmyndighet og i det offentlige rom. Neste år blir et år med driftsmessig konsolidering med forventet positiv effekt på pasientbehandling. Utilstrekkelige investeringer i MTU og IKT vil bli tyngende for drift og pasientbehandling

Arbeidsmiljø

Omstilling, endring og produktivitetsøkning har belastet arbeidsmiljøet for ansatte. Lederslitasje på N3, N4 og stab registreres. Dette reflekteres i øket turnover for ledere i N3 og i tyngre rekruttering til ledige lederstillinger. Ikke funksjonelle arealer, utilstrekkelige investeringer i MTU og IKT påvirker arbeidsmiljø. Sykefraværet er imidlertid ikke stigende.

Økonomi

Følgende tiltak/strategier i Akuttklinikken gir øket risiko for fortsatt budsjettunderskudd i 2013:

- Aktivitet i OUS øker utover planlagt nivå
 - Aktivitetstall dreier mot økt ø-hjelpspasienter
 - Økning av antall intensivpasienter gir økt press på allerede pressede PO/Intensivressurser og vil medføre økt innleie/overtid
 - Økning i antall traumer gir press på PO/Intensivkapasiteten på Ullevål og gir økt innleie/overtid
 - Manglende mulighet til å sende ferdigbehandlede intensivpasienter videre til avdeling evt annet sykehus vil føre til for høyt belegg og evt medføre at pasienter strykes før operasjoner pga manglende PO/Intensivkapasitet
 - Økt aktivitet medfører også merforbruk av medikamenter, engangsinstrumenter, implantater og medisinske forbruksvarer
- Aktivitet ved Aker
 - Fortsatt behov for beredskap vil medføre fortsatt høyt kostnadsnivå i AKU

- Strategisk oppbygning av dagkirurgi Aker
- Økt aktivitet i PhS utover planlagt nivå (OUS,Ahus og VV).
 - Økning av antall ambulanseoppdrag utover gitt ramme for vekst
 - Økning i antall pasientreiser og rekvirenter som velger ”for høyt” transportnivå vil slå direkte ut på bunntinjen til Pasienttransport
- Videre strategisk oppbygging av deler av Prehospital
 - Turnusomlegging/økte antall årsverk, Ambulanseavdelingen
 - First responder, Nesodden
 - Kostnader legebemannet ambulanse 24/7

Forskning og utvikling

Forskningsvirksomheten i klinikken er skjermet for budsjettkutt og er bedre organisert.

Klinikken registrerer ikke øket risiko

Klinikk	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
----------------	--

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	1 891
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 (årsverk)	- 20
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	21,4
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	- 34
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 15
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	15

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

KDI leverer radiologi- og laboratorietjenester til OUS og eksterne rekvirenter. Klinikken har 8 avdelinger: Radiologi og nukleærmedisin, Patologi, Medisinsk biokjemi, Mikrobiologi, Immunologi/blodbank, Medisinsk genetikk, Farmakologi og Intervensjonscenteret. Klinikkens avdelinger ivaretar både landsfunksjoner, regionsfunksjoner, områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner samt en og en halv linjetjenesten på Storbylegevakten i Oslo.

Det er en betydelig forskningsaktivitet i klinikken, bl.a. sentra for fremragende forskning og innovasjon. Flere av miljøene fikk karakteristikken "excellent" etter Norsk Forskningsråd evaluering. Intervensjonscenteret er i hovedsak en forsknings- og utviklingsenhet for billedstøttet minimal invasiv kirurgi.

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

Det planlegges ingen vesentlige endringer i det medisinske tilbudet i 2013.

a. Endringer i det medisinske tilbudet

Ikke aktuelt for KDI

b. Endringer i aktivitetsnivå

For KDI vil budsjettsituasjonen for 2013 kombinert med planlagt aktivitetsøkning i sykehuset medføre høy risiko for redusert kapasitet i forhold til klinisk behov. Dette gjelder for spesielt radiologi, men også patologi. Det er også fortsatt risiko for lav kapasitet i enkelte deler av labfagene.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Ikke aktuelt for KDI. Flaskehalsproblematikk i KDI kan medføre fristbrudd i de kliniske avdelingene.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Ikke aktuelt for KDI

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Ikke aktuelt for KDI

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

Klinikkens HR-stab har satt av betydelige ressurser for å støtte linjeledere mht oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. Spesielt fokus på enheter med dårlig skår på ledelse.

5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Klinikken styrer mot et positivt resultat i 2012 på 20-25 mnok, hovedsakelig relatert til inntektssiden som blir bedre enn forutsatt grunnet økt poliklinisk aktivitet i laboratoriefagene. Med et budsjettkutt på 34 mnok har klinikken da en utfordring på 10-20 mnok i 2013. En ren teknisk beregning av utfordringen i årsverk viser at dette tilsvarer +/- 20 årsverk. Reell utfordring på årsverk vil være lavere da klinikken har tiltak på varekost og inntekter.

Klinikken har fortsatt potensial å hente ut på omlegging av drift på Aker og jobber med å få en mer hensiktsmessig utnyttelse av ressursene der. Samtidig har aktivitetsøkningen på Ullevål og RH gitt økende belastning og leveringsproblemer i disse stedene. Driftomlegging av våre tjenester på Aker er derfor av stor betydning for KDI, både for å møte klinikkens utfordring og for å kunne omdisponere resterende personalressurser til de mest belastede enhetene i KDI's avdelinger for øvrig. Det ser imidlertid ut som om tiltak her får et senere innslagspunkt grunnet usikkerhet rundt klinisk virksomhet. Denne situasjonen er uheldig for KDI, men kan samtidig bidra til en bedre innfasing av tiltakene. KDI vil fortsette å ha stort trykk på fremdriften i tiltak for omlegging av drift på Aker, både for å bedre intern driftsituasjon og leveringsevne til klinisk side og som ledd i den langsiktige utviklingen av OUS.

Klinikken vil få noen effekter allerede i 2013 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 gi høyere inntekter også i 2013. Samtidig skal det generelt jobbes videre med effektivisering av aktivitet og kapasitet som vil gi positive effekter på driften. Budsjettet til KDI vris i noen grad mer over mot eksterne inntekter, men våre fagområder vil fortsatt ha en langt større del av sin aktivitet mot egne pasienter sammenliknet med andre regionsykehus og universitetssykehus i Norge.

Basert på innmeldte tiltak, vil klinikken levere på tildelte rammer. Det understrekes likevel at drift fremdeles vil være krevende i 2013. Dette vil gjelde flere avdelinger, men spesielt Avdeling for radiologi og nukleærmedisin samt Avdeling for patologi. Klinikken har for 2013 omdisponert noen midler fra økt aktivitet i andre laboratoriefag slik at disse avdelingene har bedre muligheter til å opprettholde aktivitet i 2013. På samme bakgrunn er radiologi og patologi blitt prioritert i fordelingen av kompensasjonen for økt DRG-aktivitet i 2013. Med disse grepene stiller KDI et høyere effektiviseringskrav til de avdelingene som har størst potensial i 2013, samtidig som leveringsevnen søkes styrket i de fagene dette er mest kritisk for pasientbehandlingen i OUS.

6. Klinikkenes foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter		
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	2	
3. Innkjøp	3	
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	2	2
6. Annet	9	3
SUM	16	5

Siden de 5 kategoriene som skal benyttes ved behandling av budsjett 2013 i stor grad retter seg mot klinikker med sengeposter, havner KDI sine tiltak i hovedsak i kategorien for Annet. Fra tidligere innmelding er denne tiltakskategorien redusert da klinikken har omfordelt midler til Avdeling for radiologi og nukleærmedisin slik at kapasiteten ikke blir påvirket i like stor grad som ved tidligere innmeldinger. Tiltak på bemanningssiden ved denne avdelingen er nå redusert til ca 2 mnok. Andre tiltak i denne kategorien knytter seg bl.a. til samling av analyser til færre lokalisasjoner på lab, samt økning på PET-undersøkelser og gjennomgang av takstbruk.

Under klinikkovergripende tiltak for driftsendring ligger i hovedsak tiltak knyttet til restaktivitet på Aker. Avdeling for medisinsk biokjemi har store tiltak knyttet til reduksjon av døgnaktivitet på Aker og vil være avhengig av at reduksjon i aktivitet følger plan. Kapasitet i Avdeling for radiologi og nukleærmedisin vil være bundet til Aker så lenge klinisk aktivitet ikke reduseres. Denne kategorien inneholder også tiltak knyttet til gjennomgang av rekvireringspraksis. Målet er å redusere aktivitet på inneliggende pasienter ved å skape god dialog med klinikere ang rekvireringspraksis. Disse tiltakene er i hovedsak knyttet til lab.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkenes arbeid innenfor innsatsområdene

1. Annet (hovedgrupper av tiltak)

- Bemanningstilpasninger og nedbemanning
 - i. Avd. for radiologi og nukleærmedisin har den største utfordringen i klinikken på ca 10 mnok. Etter omfordeling av midler har avdelingen mulighet til å møte utfordringen uten vesentlige nedbemanninger. Omfordeling av midler til Avd.for radiologi og nukleærmedisin er gjort for å kunne opprettholde kapasiteten i 2013.
- Økt aktivitet – økte inntekter
 - i. På rad forventes det en økning på PET da bemanning nå er på plass for å kunne nå målsetning om 4100 undersøkelser. Effekt av tiltak settes til 3mnok.
 - ii. På lab forventes det mereffekter av automasjon/tidligere business case. Gjelder spesielt Avdeling for mikrobiologi, Avdeling for medisinsk biokjemi og Avdeling for medisinsk genetikk.
- Samordning av analysevirksomhet
 - i. Samling av områder der avdelinger kan ha felles bruk av maskiner og ressurser, både mellom og innad i avdelinger. For eksempel serologi, hormonanalyser, DNA sekvensiering.
 - ii. Felles eksternt prøvemottak forventes å få noe effekt allerede i 2013.

2. Innkjøp

- 3 av de største avdelingene i KDI har lagt inn tiltak på innkjøp. I hovedsak forventes det effekter av reforhandling av avtaler og bedre samarbeid på tvers av avdelinger for å oppnå bedre avtalepriser. Det er også identifisert muligheter for å kunne lyse ut anbud på nye og større samle-leveranser. Forutsetningen for at dette arbeidet lykkes er at det stilles til disposisjon tilstrekkelig kapasitet i innkjøps-avdelingen for å bistå i prosessene. Klinikken har satt av midler for å hente inn ressurser til dette dersom kapasiteten på innkjøp ikke er tilstrekkelig. Klinikken ønsker 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.

3. Kjøp av legegruppen (vaktordninger mv)

- Avdeling for radiologi og nukleærmedisin har størst andel leger i KDI. Det arbeides med nye vaktordninger for Ullevål/Aker med intensjon om å omgjøre fire vaktlag til to. To intervensjonsbakkvakter for hhv. Ullevål og Aker blir én felles intervensjonsbakkvakt fra 01.01.13, og målet er at dette teamet skal erstatte en ekstra bakkvakt for ikke-vaskulær intervensjon som vi i dag har på Ullevål.
- 52 ukers arbeidsplan. Arbeidet med 52 ukers arbeidsplan er en hovedprioritet for KDI 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. Effekt av tiltak må det jobbes videre med, foreløpig estimat på 2 mnok.

4. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

- Avvikling av restaktivitet Aker. Både Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for medisinsk biokjemi har tiltak knyttet til reduksjon av døgnaktivitet på Aker og vil være avhengig av at reduksjon i aktivitet følger plan.
- Gjennomgang av rekvireringspraksis i aktiv dialog med rekvirerende klinikker. Målet er at tjenestene til KDI benyttes på en mer riktig måte og at man gjennom samarbeid kan etablere rutiner som kan bidra til å redusere unødig rekvirering. Foreløpig er det Avdeling for medisinsk biokjemi har konkrete tiltak knyttet til dette.
- Reduksjon av kontroller. KDI har foreløpig ikke konkretisert effekt av tiltak, men ønsker i samarbeid med Kreft-og kirurgi å vurdere om kontroller kan flyttes til andre HF/lokalsykehus for å bedre kapasitet.

5. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

- KDI har noen prosjekter mot Oslo kommune, bl.a. finansiering av mobil røntgen. Jobber med å få oppdatert avtalene med tanke på finansiering og omfang av tilbud.
- Det blir viktig å følge opp planleggingen av Samhandlingsarena Aker da finansiering av tjenester mot kommunen må fullfinansieres.

6. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

c. Vurdering av situasjonen

Klinikkenes rammeforutsetninger etter ramme pr 15.november er fordelt til avdelingsnivå.

Basert på innmeldingene har klinikken levert et saldert budsjett ihht budsjettforutsetningene. Noen forutsetninger må likevel være til stedet for måloppnåelse. Den viktigste er at plan for reduksjon av virksomhet på Aker opprettholdes. Videre vil klinikken i så stor grad som mulig jobbe med å tilpasse forbruk av våre tjenester i aktiv dialog med rekvirerende klinikker, og fortrinnsvis prøve å unngå reduksjon i aktivitetsnivå. Omfordeling av midler til radiologi og patologi gjør at kapasiteten kan opprettholdes i 2013. Ytterligere vekst blir imidlertid krevende, men avdelingene jobber med overordnede tiltak for bedre utnyttelse av ressursene.

Ledere ned på laveste nivå har vært aktivt involvert i budsjetteringen.

Klinikken har drøftet tiltak med tillitsvalgte og verneombud torsdag 22.november. I avdelingene har det vært gjennomført dialogmøter i forbindelse med leveransen, og rapporter fra de største avdelingene viser jevnlig dialog med tv/vo både på avdeling og seksjonsnivå. Alle avdelinger leverer sjekklister for involvering av tv/vo ned på seksjonsnivå.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Avdeling	Kostnadsramme (mnok)	Estimert utfordring (mnok)	Utfordring i %	Tiltak (mnok)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Adm	24	0	0 %	0	0	NB! Inneholder ikke-fordelt prisvekst
Avd.medisinsk genetik	123	0	0 %	0	0	Avdelingen vil finansiere BC via økte inntekter. Bemanner opp for å hente inn etterslep på analyser knyttet til arvelig kreft.
Avd.radiologi og nukleærmedisin	615	10	1,5 %	10	2	Redusert risiko for nedgang i kapasitet, men avdelingen har fremdeles stort press for å møte etterspørsel.
Avd.farmakologi	13	0	0 %	0	0	Bygger opp fagområdet ved å samle miljøer. Utfordrende uten tilskudd av midler. BC som delvis skal hentes inn via inntekter.
Avd.immunologi og transfusjonsmedisin	203	0	0 %	0	0	Har fått noe kompensasjon for økning av transplantasjoner. Har tiltak på innkjøp, men omdisponerer dette internt i avdelingen.
Intervensjonssenteret	39	0	0 %	0	0	Stor andel forskning. Er ikke skjermet, men har fått noen midler for økt aktivitet.
Avd.medisinsk biokjemi	335	3	1 %	3	2	Ressurser bundet opp på Aker. Gir store utfordringer for resten av virksomheten som har behov for tilførsel av bemanning.
Avd.mikrobiologi	164	0	0 %	0	0	Har effekt av tidligere BC/automasjon. Vridning mot dyrere analyser – reflekteres også på inntektssiden.
Avd.patologi	202	5	2,4 %	3,5	1,5	Restutfordring hentes inn på inntektssiden. Stort press for å møte etterspørsel.

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (ARN)

Den økonomiske situasjonen i ARN er under kontroll, og budsjettet for 2013 er i balanse. For å komme i budsjettbalanse, har en liten nedbemanning vært nødvendig. Før rammetildelingen 15 november lå ARN an til å måtte nedbemanne med 10 radiografer, 2 kontorpersonell og 0,6 overlegestilling, dessuten måtte 7 overlegevikarer for overleger i utdanningspermisjon holdes ledige (her var nedbemanningen startet i 2012). ARN vil nå kunne beholde 4 overlegevikarer for overleger i utdanningspermisjon og alle 10 radiografene. Det som fortsatt ikke dekkes av budsjettet, er tidligere meldt behov for oppbemanning av radiografene på Ullevål grunnet økt ø.hjelp-aktivitet kveld og natt. Personell er flyttet fra dagtid til kveld og natt, hvilket reduserer kapasiteten for elektive undersøkelser.

I 2012 har ARN hatt en betydelig underkapasitet i forhold de kliniske avdelingens behov. ARN har for 2013 som ambisjon å opprettholde aktiviteten fra 2012. Når de største kliniske klinikkene skal øke sin aktivitet i 2013, er det ikke usannsynlig at ARN fortsatt vil kunne oppleves som en flaskehals. Et viktig tiltak for å motvirke dette, vil være å flytte kontroll av store pasientgrupper ut av OUS (eksempelvis MR-kontroll etter behandling for cancer testis).

Aktiviteten på Aker er fortsatt en usikkerhetsfaktor. Det planlegges tilkallingsvakt for radiografene lørdag og søndag fra 03.12.12, en reversering av dette til tilstedevakt, ligger ikke inne i budsjettet for ARN.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Basert på innmelding fra avdelingene, vil ikke de foreslåtte tiltakene endre vesentlig på eksisterende risikovurdering for KDI. Mange av våre tiltak for å redusere risiko er avhengig av tiltak i de kliniske avdelingene, sykehusledelsen og HSØ.

Det påpekes imidlertid at de budsjettmessige konsekvensene vil være merkbare med tanke på underkapasitet i pasientbehandling, spesielt for Avdeling for radiologi og nukleærmedisin der situasjonen er spesielt krevende med tanke på allerede underkapasitet i forhold til klinikernes forventning til service. (Dette gjelder også restaktivitet på Aker.)

Videre er det risiko for arbeidsmiljøet i flere avdelinger, spesielt i lys av planlagt økt klinisk aktivitet og manglende mulighet til rask overføring av egne ressurser fra Aker.

Det ligger også økonomisk risiko knyttet til gjennomføring av tiltak. Klinikken leverer imidlertid et budsjett i balanse for 2013.

Klinikk	Oslo sykehusservice OSS
----------------	--------------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 (eksklusive eksternt finansierte stillinger)	Ca 1700
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 (årsverk)	- 50
Avvik fra budsjett per oktober (mnok)	- 25
Endring i ramme fra 2012 til 2013 som innvirker på den økonomiske utfordring (mnok)	- -55
Klinikkens vurdering av økonomisk utfordring i 2013 (mnok)	- 55
Økonomiske effekt av de tiltak som så langt er drøftet (mnok)	65

2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Oslo sykehusservice (OSS) har ansvar for sykehusets støttefunksjoner til pasienter, pårørende og ansatte. OSS har ansvaret for servicefunksjoner som mat til ansatte, renhold, transport og portør. OSS har også ansvaret for anskaffelse, prosjektering, drift, vedlikehold og avhending av medisinsk teknisk utstyr og bygninger/tomter. OSS har ansvaret for administrative funksjoner som personalforvaltning, saksarkiv, regnskap, journalarkiv, aktivitetsdata, forskningsstøtte etc. I tillegg ligger avdeling for smittevern og arbeidsmiljøavdelingen under OSS. OSS skal levere riktige tjenester slik at klinikkene kan fokusere på pasientbehandling.

3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

OSS vil tilpasse sin aktivitet til planlagt økning i aktivitet på sykehuset for 2013.

4. Overordnede mål

a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo sykehusservice vil innenfor de økonomiske rammer som er avsatt til støttetjenester og infrastruktur tilstrebe at støttetjenester og infrastruktur levert fra OSS ikke oppleves som flaskehals i pasientbehandlingen (eksempelvis portør og medisinsk teknisk utstyr i produksjon) og at nedetid knyttet til eldre medisinsk teknisk utstyr og bygninger med pasientbehandling minimeres.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Avdeling for smittevern arbeider kontinuerlig med klinikkene for å holde uønskede sykehusinfeksjoner nede.

c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Ikke aktuelt for Oslo sykehusservice.

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

Ledere har igangsatt møter med sine medarbeidere hvor de går gjennom resultatene fra medarbeiderundersøkelsen i samarbeid med arbeidsgiverrepresentanter og vernetjenesten. I gjennomgangen forsøker de å finne forklaring på, og diskuterer, svarene. Det er viktig med involvering, at man står sammen både for å bevare ting og for ta tak i nødvendige forbedringer. Det vektlegges at dette ikke er et skjema som skal fylles ut og presenteres, men et verktøy for å få en god arbeidsplass.

Det identifiseres bevarings- og forbedringsområder. Det nedsettes samarbeidsgrupper, og det skal arbeides aktivt videre.

5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Rammene til Oslo sykehusservice reduseres med om lag 50 mnok fra 2012 til 2013. (Dersom en ser bort i fra prisjustering av rammer, flytting av rammer mellom klinikker, og tilførsel knyttet til økt aktivitet i 2013). Dette kommer i tillegg til allerede gjennomført reduksjoner på 300mnok i perioden 2010-2012.

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 mnok 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 likevel være like alvorlige. Klinikken merker umiddelbart om pasienter ikke blir flyttet på som følge av redusert portør og transport kapasitet. Personell og pasienter i klinikkene 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 klinikkene. Dette skjer i de tilfeller hvor Oslo sykehusservice som en del av innsparingsbehovet reduserer tjenestetilbudet, og hvor klinikkene kompenserer for dette ved selv å utføre oppgaven. Dette er ikke intensjonen til OSS, og ikke ønskelig. Dersom OSS ikke har råd til å utføre oppgaven, så burde det bety at sykehuset ikke har råd til å utføre oppgaven. Likevel ser man tilfeller hvor klinikkene velger selv å utføre oppgaver som OSS har redusert nivået på eller sluttet helt med.

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 klinikkene, 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 mat hygiene/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 klinikkene i form av frigjort sykepleiertid.

6. Klinikkenes foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter		
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)		
3. Innkjøp		
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring		
6. Annet		
SUM	65	48*

* Dette er et overordnet estimat.

Det er identifisert og drøftet tiltak for om lag 65mnok. Det vil legges vesentlig innsats til gjennomføring av identifiserte tiltak.

b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkenes arbeid innenfor innsatsområdene

Størrelse, bemanning og drift av sengeposter

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.

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

Med tanke på normering så vil OSS ha likt service nivå på like sengeposter.

I forhold til profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser så har 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.

Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

n/a

Innkjøp

Det ses 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.

Samhandling og oppgavedeling

n/a

Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

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 full oversikt over planlagte endringer i klinikkene, og det vil i hovedsak bli budsjettert med aktivitet og struktur som i dag.

I forhold til samlokalisering så jobbes det med ytterligere samlokaliseringer i flere områder i Oslo sykehusservice.

c. Vurdering av situasjonen

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 budsjettert 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 for 2013 med realøkonomisk effekt. I tillegg kommer et eventuelt overforbruk i 2012. Eksklusive energi så antas OSS å få et negativt resultat for 2012 på 20-30 mnok.

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 for 2013 forutsette en mindre økning i aktivitet som og i hovedsak samme bygningsmasse som i 2012. Vesentlig reduserte rammer med tilnærmet 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 sykehuservice har hatt dialogmøter med klinikkledelsene i de øvrige klinikkene, hvor konsekvensene er blitt kommunisert.

Klinikker har uttrykt at noen tiltak foreslått av Oslo sykehuservice er uakseptable. Oslo sykehuservice er tydelige på at klinikkene må bidra med forslag til alternative tiltak som kan oppleves som akseptable.

Oslo sykehuservice 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 sykehuservice så kan ikke service og vedlikehold i samme grad som tidligere skånes for nedskjæringer på bekostning av tjenester som renhold og portørtjenester.

7. Overordnet bilde av situasjonen på Nivå 3

Virksomhets-område	Kostnads-ramme (mnokoner) *	Estimert utfordring (mnokoner) **	Utfordring i % ***	Tiltak (mnokoner)	Tiltak (årsverk)	Rest-utfordring
Arealutvikling	112	2	1 %	2	2	0
Teknisk	225	14	5 %	14	0	0
Innkjøp og logistikk	151	9	6 %	5	9	4
Intern service	509	37	7 %	27	33	10
Administrative fellesfunksjoner	112	6	5 %	6	3	0
Medisinsk teknisk	163	9	6 %	9	0	0
Arbeidsmiljø	17	1	6 %	1	1	0
Smittevern	17	1	6 %	0	1	0
Forskningsstøtte	36	2	0 %	2	0	0
Stab	14	1	5 %	1	1	1
Videreutdanning sykepleie	16	0	0 %	0	0	0
Sentrale midler	186	0	0 %	0	0	0
Energi	251	0	0 %	0	0	0
Rammetilførsel på 14,5 mnok av 4.12.2012 er pt ikke fordelt internt	0	0	0 %	0	0	-15

* "Kostnadsramme" = kostnadsramme 2012 per oktober ekskl. lønnsoppgjør

** "Estimert utfordring" = basert på budsjettavvik per oktober 2012, samt reduserte rammer for 2013

*** "Utfordring % = Estimert utfordring/Kostnadsramme. Rammereduksjoner i virksomhetsområdene har vært 5 %.

Totalt sett har OSS identifisert tiltak noe utover beregnet utfordringsbilde. Internt vil det likevel være slik at noen områder mangler tiltak for å komme i budsjettbalanse. Her vil det måtte arbeides videre med å identifisere ytterligere tiltak.

8. Arbeid med ytterligere tiltak

Det er identifisert mulige tiltak for om lag 65mnok, det vil si noe utover beregnet utfordringsbilde. Noen områder i OSS må identifisere ytterligere tiltak for å kunne oppnå budsjettbalanse i 2013. Dersom det blir besluttet at identifiserte tiltak ikke skal gjennomføres, så må det identifiseres alternative tiltak for å kunne oppnå budsjettbalanse i 2013.

Detaljbudsjett er ikke ferdigstilt, og hvordan manglende tiltak på virksomhetsområdenivå håndteres rent teknisk er ikke avklart. Plassering av restutfordring vil ikke bli lagt høyere enn nivå 3 i organisasjonen, og vil i de fleste tilfeller bli lagt på nivå 4 eller lavere.

9. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Risikovurdering til styret følger i hovedsak tertialrapporteringen, og ble sist rapportert per 2.tertial 2012. Overordnet vurdering er at tiltakene som er foreslått ikke endrer risikobildet vesentlig. Tiltak er vurdert ifht. risiko innen pasientbehandling, arbeidsmiljø, økonomi og forskning utdanning og innovasjon. Det er viktig å presisere at selv om gjennomføring av et enkelttiltak er vurdert til å innebære en lav risiko knyttet til pasientbehandling så innebærer ikke dette at situasjonen er god. Eksempelvis har vedlikeholdsetterslepet på bygninger over flere år akkumulert seg til flere milliarder. I dag er risikoen for at bygg med pasientbehandling uforutsett må stenges høyere enn ønsket. At vedlikeholdsbudsjettet reduseres med ytterligere noen mnok for 2013 vil dog ikke nødvendigvis endre det totale risikobildet vesentlig.

	PROTOKOLL Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	06.12.2012
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Budsjett 2013
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Rolv Økland (HR), Morten Reymert (ØK), Øyvind Wøllo (ØK) Referent: Mari Torset (HR)
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Aasmund Bredeli (Dnlf), Hans Martin Aase (Fagforbundet), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Ruth Foseide Flenning (Ylf), David Pearson (PARAT), Morten Sæheim (Tekna), Julie Dybvik (NITO), Rita von der Fehr (NITO), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Merete N. Morken (NSF), Eli Skorpen (NRF), Johathan Faundez (NITO)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> Per Oddvar Synnes

Sak 1 BUDSJETT 2013

Morten Reymert og Øyvind Wøllo presenterte saken med referanse til styresak 86/2012 Budsjett 2013 med vedlegg. Det ble orientert om følgende punkter:

- Driftsbudsjettet
 - Økonomisk langtidsplan ble behandlet i september. Etter dette har OUS HF og klinikkene fått vesentlige endringer til det bedre i rammebetingelsene.
 - Tiltak i klinikkene – til dels store utfordringer i flere klinikker
- Investeringsbudsjett
 - Økt investeringsbudsjett for årene 2013-2016
- Involvering av tillitsvalgte
- Videre prosess for behandling av budsjett 2013

Spørsmål og kommentarer til forståelsen av budsjett 2013 ble besvart.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden ønsker å fremheve en bredere involvering av tillitsvalgte enn i tidligere år, og ønsker at dette arbeidet videreføres og utvikles i kommende prosesser. I tillegg ser arbeidstakersiden positivt på at sykehuset har fått økt forståelse for en krevende omstillingsprosess.

Videre har arbeidstakersiden følgende kommentarer:

En helhetlig vurdering av budsjettet etterlyses. Det stilles spørsmål om det i budsjettarbeidet er gjort tilstrekkelige analyser av konsekvenser av tiltak på tvers av klinikkene.

Klinikkenes drøftingsinnspill viser at det fortsatt kan stilles spørsmål om tilbudet til pasientene innen flere grupper vil bli dårligere. I den forbindelse understrekes det at risikovurderinger i enkelte tilfeller endres etter nivå i organisasjonen de legges frem. Totalvurderingen gir ofte et annet risikobilde enn enkeltvis klinikktiltak.

Oslo sykehusservice (OSS) beskriver et redusert tjenestetilbud i form av bortfall, redusert frekvens eller omfang av tjenester. Dette vil gi redusert kvalitet og vil i mange tilfeller føre til at klinikker må bygge opp tjenester lokalt, for eksempel ved bortfall av portørstillinger. Det knyttes spesielt bekymring rundt ledighold av stillinger innen smittevern og reduksjon innen renhold. Dette korresponderer ikke med sykehusets målsetning om å redusere sykehusinfeksjoner. Flere klinikker mener dessuten at tiltakene i OSS er uakseptable.

Arbeidsmiljø og bemanning må sees i sammenheng. Det er usikkerhet knyttet til arbeidet med bemanningsnorm og hvorvidt det synliggjør reelle behov for sykepleie på ulike sengeposter. Videre vil eksempelvis begrensninger i fysisk arbeidsmiljø eller spredt virksomhet påvirke behov for kompetanse. Reduksjon i bemanning må knyttes til aktivitet og effekter av sammenslåinger eller strukturelle tiltak, ikke gjennom økt arbeidsmengde hos ansatte. Det stilles også spørsmål om hvor det er vurdert behov for oppbemanning i denne prosessen.

Det vises til utfyllende kommentarer i de vedlagte protokolltilførsler.

Arbeidsgiversidens kommentarer

Det skal være kontakt mellom klinikkene underveis i budsjettarbeidet og det er i den forbindelse ikke fremkommet uavklarte tiltak.

Oslo sykehusservice og Klinikk for diagnostikk og intervensjon har hatt gjennomgang av budsjettutkast i ledermøtet. OSS har også hatt egne møter med klinikkene. Organisasjonenes tydelige bekymring rundt reduksjon i stillinger i servicefunksjoner vil viderebringes i denne saken.

Administrerende direktør/
Arbeidsgiver
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene
(Sign)

Det vises til vedlagte protokolltilførsler:

- 1. Fagforbundet og Den norske legeforening** s. 4
- 2. NITO** s. 6
- 3. Norsk sykepleierforbund** s. 7
- 4. Norsk psykologiforening** s. 9
- 5. Tekna** s. 10
- 6. Vernetjenesten** s. 11

Organisasjonene som har levert protokolltilførsel støtter også de andre protokolltilførslene. Videre har Parat, Norges farmaceutiske forening, Delta, Norsk radiografforbund gitt sin tilslutning til innsendte protokolltilførsler.



Fagforbundet i Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus fagforening avd. 028
Avd. 651 Fagforbundet Aker universitetssykehus



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Oslo 6. desember

2012

Til protokollen fra drøftingsmøte vedrørende budsjett 2013 for Oslo universitetssykehus 6. desember 2012.

Fagforbundet og Legeforeningen vil innledningsvis påpeke at involvering av tillitsvalgte i klinikkene denne gangen er bedre enn i tidligere budsjettprosesser. Det er en utvikling som vi ønsker å forsterke i planleggingen av nye budsjettprosesser. Likevel er det rom for forbedring både i den enkelte klinikk og i gjennomgangen av tiltak som har klinikkoverspennende effekter.

Også i 2013 vil sykehuset slite med betydelige økonomiske utfordringer i forhold til planlagt aktivitetsnivå. Fagforbundet og Legeforeningen viser til at flere klinikker påpeker misforholdet mellom aktivitet som skal økes eller holdes på dagens nivå samtidig med en betydelig planlagt reduksjon i årsverk. Vi mener dette innebærer en forsterking av uønskete og negative konsekvenser for pasientbehandling, kvalitet og arbeidsmiljø.

Mangelen på avsatte reservemidler i budsjettet sentralt i sykehuset øker risikoen for et større underskudd ved uforutsette driftsendringer i løpet av budsjettåret. En slik reserve har tidligere år vært vurdert til å være en nødvendig økonomisk buffer. Dette forsterker vår bekymring med tanke på budsjettbalanse og resultat for 2013.

Innmeldte tiltak for å komme i budsjettbalanse bærer preg av omfattende nedbemanninger som ikke i tilstrekkelig grad er konsekvensutredet i forhold til

driften. Dette innebærer en betydelig risiko i forhold til gjennomføring av tiltakene.

Vi er særlig bekymret for tiltakene som Oslo sykehuservice foreslår. Denne klinikken er pålagt en innsparing alene i 2013 på 85 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til allerede gjennomførte innsparinger på 300 millioner kroner i årene 2010-2012. Dette til tross for at viktige forutsetninger som realisering av ”Dag 4” og felles IKT-systemer ikke er gjennomført.

Oslo sykehuservice beskriver selv at det reduserte tjenestetilbudet kan være i form av bortfall av tjenester, redusert frekvens på og omfang av tjenester samt redusert kvalitet på tjenestene. Noen klinikker har uttrykt at noen av tiltakene som er foreslått av Oslo sykehuservice er uakseptable. Fagforbundet og Legeforeningen har ikke fått nærmere presisering av hvilke tiltak som anses uakseptable av øvrige klinikker og er sterkt bekymret for konsekvensen av disse tiltakene.

Vi ønsker i denne sammenheng særlig å påpeke forslaget om å spare årsverk innen renhold. Fagforbundet og Legeforeningen mener dette bidrar til å hindre sykehusets overordnede mål om at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 prosent. Ledighold av stillinger innen smittevern gjør en slik måloppnåelse enda vanskeligere.

En reduksjon av 21,1 årsverk for portørene vil medføre at disse arbeidsoppgavene må overtas av medisinsk personell i klinikkene. Vi hevder dette vil være en fagglidning i feil retning og helt feil bruk av kompetansen til enkelte ansattegrupper. Fagforbundet og Legeforeningen mener dette totalt for sykehuset vil resultere i dyrere tjenester som må utføres av allerede presset medisinsk personell i klinikkene.

For øvrig viser vi til protokollene fra drøftingene i klinikkene.

Med vennlig hilsen

Bjørn Wølsted-Knudsen /Sign./

Aasmund Magnus Bredeli /Sign./

Foretakstillitsvalgt

Foretakstillitsvalgt

**Fagforbundet
legeforening**

Den norske



NITO'S DRØFTINGSINNSPILL ETTER ENDELIG DRØFTING AV BUDSJETT 2013, 06.12.12

NITO ser positivt på resultatet av dialogen med Helse Sørøst om planlagt aktivitetsnivå og økonomisk handlingsrom.

I henhold til vedlegg II i drøftesaken er det synliggjort en økt forståelse for utfordringene Oslo universitetssykehus HF står overfor. Ved å senke kravet om økning av aktivitetsnivå og øke inntekter, vil kunne være med på å lette noe på utfordringene Oslo universitetssykehus står overfor. Direkte fordeling av den økte rammen ut til klinikkene med de største utfordringene ser NITO på som en veldig god løsning. Øremerkede midler til investering i MTU og en forsikring om midler til vedlikehold av bygg i den størrelse og form at budsjettet ikke vil bremse hastigheten av dette arbeidet, gir NITO ved Oslo universitetssykehus HF tillit til at utviklingen nå begynner å gå i riktig retning.

NITO etterlyser fortsatt en helhetlig vurdering og synliggjøring av konsekvenser av de enkelte tiltak på tvers av klinikkene. Tiltakene på klinikknivå har siden tidligere drøftingsrunde av budsjett 2013 ikke blitt justert i henhold til innspill både på klinikk og foretaksnivå. Bredere involvering må til for og oppnå ønsket effekt.

NITO viser til drøftingsinnspillene som kommer fra klinikkene og er fortsatt bekymret for at tiltakene vil resultere i dårligere tilbud til pasientene.

NITO tviler fortsatt på gjennomføringsevnen i forhold til en rekke foreslåtte tiltak. Innsparing i medisinske støttefunksjoner og sykehus service vil på sikt gi økte kostnader og forhindre pleie- og behandelende personell i å bruke sin tid på pasientene.

Forholdene på Oslo universitetssykehus HF viser seg å gjøre kutt i årsverk lite troverdig før vi kan dra nytte av fornying av bygningsmasse, innføring av felles IKT og mulighet for mindre tung drift enn vi har i dag.



BUDSJETT 2013

NSF er tilfreds med at OUS i større grad har fått forståelse for at omstillingen vi er inne i er tids-og kostnadskrevende, og at dette gir utslag i bedre økonomiske rammevilkår for 2013. Vi vil allikevel påpeke at utfordringene fremdeles er store, og at det er stor usikkerhet rundt muligheten for å realisere de planlagte innsparingstiltak.

Ang. prosess.

Involveringen av tillitsvalgte i budsjettarbeidet har vært bedre enn tidligere år, men vi ser at det fortsatt er langt frem til prinsippet om god involvering og medvirkninger er ivaretatt. Utfordringene er i hovedsak knyttet til involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. Slik NSF ser det er dette beklagelig da det i stor grad er på nivåene nærmest pasienten de gode og bærekraftige innsparingstiltakene kan finnes.

NSF vil uttrykke bekymring for at vi i hovedsak fremdeles baserer klinikkenes rammer på historiske tall. Det er viktig at vi frem mot budsjett 2014, jobber med å få på plass best mulig objektive kriterier. Et godt hjelpemiddel til en riktig fordeling av ressurser mellom klinikkene, vil kunne være innføring av pleiekategoriseringssystemet Rafaela. Dette vil synliggjøre det reelle behov for sykepleiepersonell på hver enkelt seksjon/enhet og dette utgjør et betydelig kostnad i de fleste klinikker.

Ang. foreslåtte tiltak:

Økt avsetning til videreutdanning sykepleiere

NSF er tilfreds med at det gjøres tiltak for å rekruttere spesialsykepleierkompetanse gjennom utdanning, men mener det også er nødvendig å sette i gang andre rekrutteringstiltak samt virkemidler for å beholde de spesialsykepleierne vi har. Spesialsykepleiere innehar nøkkelkompetanse i et OUS som stadig blir mer spesialisert.

Nedbemanning

NSF har under hele fusjonsprosessen hevdet at all nedbemanning i sykehuset må skje ved aktivitetsnedgang, synergieffekter av sammenslåinger/effektiviseringer, og ikke gjennom økt arbeidsmengde på de ansatte. Vi ser allikevel at mange av de foreslåtte nedbemanningstiltak bryter med dette, samt at det enkelte steder planlegges høyere aktivitet uten økt bemanning.

Medarbeiderundersøkelsen og meldte HMS avvik viser at arbeidspresset allerede oppleves å være for høyt flere steder og det meldes også om for liten tid til faglig oppdatering og utvikling. NSF ønsker også å vise til det store antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene som er registrert i OUS i 2012 og arbeidstilsynets pålegg knyttet til dette. Tilbakemeldingene fra våre tillitsvalgte er at dette i stor grad skyldes for lav grunnbemanning. Et økt arbeidspres for den enkelte ansatte samt stor bruk av overtid, lange arbeidsøkter og manglende tid til faglig oppdatering, vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, lavere faglig kvalitet og redusert pasientsikkerhet ved sykehuset.

Det er også viktig å påpeke at samhandlingsreformen, samt en forskyvning av de letteste pasientene fra døgn- til dagbehandling, gjør at pasienttyngde og kompleksitet på den enkelte sengepost øker, noe som medfører behov for en høyere bemanningsfaktor og kompetanse.

Reduksjon i støttefunksjoner og overslagseffekt til andre klinikker.

NSF savner igjen en helhetlig tenkning rundt budsjettet. Den overslagseffekt tiltak gjort i en klinikk har på andre klinikker er ikke kostnadsberegnet. Vi ser at det fortsatt er en tendens til at støttetjenester

reduseres, noe som vil føre til økt belastning på ansatte i øvrige klinikker. Vi vil blant annet melde en bekymring knyttet til en reduksjon i antall portører og hygiesykepleiere i smittevernavdelingen i OSS. Reduksjon i portører vil føre til at sykepleiere og annet klinisk personell må bruke tid til å transportere pasientene, og en reduksjon av sykepleiere i smittevernavd. vil gjøre det vanskelig å oppnå målet om en reduksjon i infeksjoner på sykehuset.

NSFs anbefaling i det videre arbeidet med budsjett 2013:

Bemanningsnorm

NSF fraråder at det innføres en bemanningsnorm for sengeposter som ikke synliggjør pasientens reelle behov for sykepleie. En bemanningsnorm som ikke hensyntar infrastruktur, støttepersonell og den aktuelle pasient, vil kunne få svært uheldige utslag. NSF ber om at sykehuset raskt får på plass et pleiekategoriseringsverktøy som vil danne grunnlag for en bemanningsnorm, og bidra at bemanning står i forhold til de faktiske sykepleieoppgaver på den enkelte enhet.

Storposter

NSF vil advare mot en strategi med sammenslåing av sengeposter til storposter. Forskning fra Dansk institutt for helsetjenesteforskning viser at storposter med flere enn 35 ansatte, minsker mulighet for god styring og ledelse, samt fører til dårligere arbeidsmiljø og redusert faglig kvalitet.

Pasientforløpsarbeid

NSF ber om større fokus på effektiviseringsmuligheter kartlagt gjennom arbeid med pasientforløp. Med noen unntak er tilbakemeldingene fra våre tillitsvalgte at det i for liten grad arbeides med å bedre pasientforløpene ute i klinikkene.

Førstelinjeledelse

NSF ønsker en tydelig satsning på førstelinjeledelse. Det er på nivået nærmest pasienten god kvalitet og økonomi skapes, og en tydelig og tilstedeværende leder med rammevilkår for å utøve god ledelse, er en forutsetning for å lykkes.

Omgjøring av variable tillegg til faste stillinger

Sykehuset har et høyt forbruk av innleie og overtid. NSF savner en gjennomgående strategi hvor vikar- og overtidsmidler omgjøres til faste stillinger. Her er lungeavdelingen i Hjerte-, lunge- og karklinikken et godt eksempel. Vikar- og overtidsmidler er omgjort til faste stillinger, noe som har medført en betydelig nedgang i arbeidstidsbrudd samtidig med at økonomi og arbeidsmiljø er styrket.

Involering av tillitsvalgte

NSF ber om at medvirkning fra tillitsvalgte helt ned i den enkelte enhet sikres i det videre arbeidet.

Mvh

Merete Norheim Morken, Foretakstillitsvalgt NSF

Svein Erik Urstrømmen, Stedfortredende Foretakstillitsvalgt NSF

Protokoll drøftemøte budsjett OUS 6. des 2012



Budsjett 2013

Psykologforeningen er bekymret for at den økonomiske situasjonen ved OUS vil medføre at psykisk helsevern og TSB i mange år vil ha en kontinuerlig risiko for å ikke bli prioritert. Selv om det i hvert eneste statsbudsjettet blir sagt at aktiviteten skal øke, så følger det aldri penger med. Det eneste som følger med er et økt krav til effektivisering. Det er vanskelig å se hvordan dette i lengden skal bygge kvalitet i feltet.

Psykologforeningen støtter de andre innsendte protokollene.

Mvh

Birgit Aanderaa
FTV OUS NPF

Oslo, 07.12.2012

Til protokoll fra drøftingsmøte om budsjett 2013 for Oslo universitetssykehus HF

Tekna registrerer at ledelsen har klart å få det regionale helseforetaket til å innvilge et budsjettunderskudd på kr 200 millioner. Dette er på kort sikt gledelig, men betyr samtidig at man ikke ennå har klart å gjøre noe med de langsiktige rammene, som i Teknas øyne er kjernen i foretakets økonomiske utfordringsbilde innen ny bygningsmasse og infrastruktur er på plass.

Når det gjelder intern budsjettprosess, synes Tekna det er vanskelig å bidra med konstruktive innspill så lenge organisasjonene får presentert drøftingsnotater uten å kunne diskutere disse inngående med de som kan gi svar på det organisasjonene stiller spørsmålstegn ved. Her ligger et stort forbedringspotensial i prosessarbeidet for fremtidige drøftingsrunder.

Vi kan heller ikke se at innspill fra klinikktiltitsvalgte har ført til endringer i klinikkens leveranser. Hvis slikt faktisk har skjedd, burde dette vært presisert for de foretakstillitsvalgte.

Tekna vil til sist understreke de bekymringer som vår klinikktiltitsvalgt ved OSS har påpekt overfor sin klinikkledelse, hvor ledelsen har overstyrt en rekke av de risikovurderinger som virksomhetsområdene har gjort. Tekna kan dermed ikke ha tiltro til de antatte gevinstrealiseringer OSS har lagt frem.

Morten Sæheim

Foretakstillitsvalgt Tekna

Drøftinger

Styresak 86/2012: Budsjett 2013

Kommentarer fra vernetjenesten:

Vernetjenesten registrerer med glede at rammevilkårene har bedret seg gjennom budsjettprosessen. Dette vil øke forutsetningene til å møte og lukke de betydelige arbeidsmiljøutfordringer som sykehuset har.

Vernetjenesten ber om følgende tiltak videre i budsjettprosessen:

- **Investeringer:** Utkast til styresak 86/2012, strekpunkt 4: ”*Opp til et investeringsnivå på 250 mill årlig til utbedring av tilsyn så raskt som mulig*”.

Vernetjenesten ber om at dette følges opp nøye i tett dialog med HSØ. Dersom det ikke oppføres nybygg jfr Arealplan 2015/fase II, er eneste akseptable alternativ at innsatsen inn mot kompensierende tiltak og systematisk oppgraderinger intensiveres. Et årlig investeringsnivå på 250 mill blir derfor tvingende nødvendig.

- **Pålegg ved tilsynsmyndigheter:** Styret må i budsjettsaken orienteres i klartekst om Arbeidstilsynets pålegg og konsekvenser dette har i 2013 (2014), her definert som kategori 4 tiltak. Påleggets omfang, tidsrammer, kostnader og finansieringssituasjon må fremkomme. Fremstilling i AMU sak 71/2012 kan anvendes som grunnlag for slik orientering. Styret må videre kjenne til Arbeidstilsynets mulige reaksjoner dersom OUS ikke evner å lukke påleggene på forsvarlig måte.
- **Smittevern:** Reduksjoner innen smittevern og renhold (OSS) kan ikke sees isolert fra eierkrav der det forventes at ”*Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%*” (oppdragsdokumentet). Vernetjenesten ber videre om en gjennomgang av OSS håndtering av risikostyring som metode. Viser i denne sammenheng til lokal protokolltilførsel fra TEKNA og NITO.
- **Arbeidsmiljø – Bemanning:** De fleste klinikker viser til ny bemanningsnorm som budsjetttiltak, spesielt på sengeposter. Vernetjenesten påpeker at bemanningsnormen er veiledende og at lokale forhold som pleietyngde/pasientgruppe, kompetanse, teknologi og lokalenes beskaffenhet også er viktige elementer i bemanningsspørsmål. Gode risikovurderinger må alltid legges til grunn før en kan ta stilling til grunnbemanning. Bemanning vil alltid spille en viktig rolle i arbeidsmiljøspørsmål ved drift av sykehus. Disse to tema kan derfor ikke behandles uavhengig av hverandre. Dette må også fremkomme i styresaken.

Mvh

Per Oddvar Synnes
Foretaksverneombud
OUS

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	10.desember 2012
Dato møte:	17.desember 2012
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg	Områdeplan IKT Oslo universitetssykehus HF Perioden 2013-2016

SAK 88/2012 OMRÅDEPLAN IKT 2013-2016

Forslag til vedtak:

- 1. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus HF fortsatt har store utfordringer knyttet til mangler i eksisterende IKT-struktur.*
- 2. Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF fortsetter arbeidet med å etablere og videreutvikle IKT-løsninger som sikrer gjennomgående systemer, oppfyller myndighetskrav og som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket.*
- 3. Styret vedtar foretakets områdeplan for IKT 2013-2016 og ber administrerende direktør oversende denne til Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Oslo Universitetssykehus HF er i Oppdrag og bestilling for 2012 bedt om å utarbeide en områdeplan for IKT. Områdeplanen skal styrebehandles i de enkelte helseforetak.

Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i møtet 25. oktober 2012 informert om status i arbeidet med IKT områdeplan 2013-2016 for Oslo universitetssykehus HF. I samme møte ble det også orientert om hovedelementene i ”Regional IKT strategi og langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF” som ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF 25. oktober 2012.

Styret inviteres nå til å beslutte vedlagte områdeplan IKT for 2013 – 2016 for Oslo universitetssykehus HF

2. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger

Administrerende direktør vil også i årets behandling av revidert områdeplan for IKT understreke de store utfordringene Oslo universitetssykehus HF står overfor på IKT-siden. Oslo universitetssykehus HF har en systemportefølje som preges av to eller flere ulike IKT-systemer innenfor det samme funksjonelle området. Mange av omstillingsaktivitetene i sykehuset er avhengige av at IKT-løsninger er konsolidert og på plass. Spesielt er det nødvendig å sikre en felles basis infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger. Mangel på konsoliderte løsninger innenfor disse områdene gir økt kompleksitet for omstillingsprosessene i klinikkene, krever ekstra ressurser i drift av midlertidige løsninger og fordyrer hele omstillingen.

Oslo universitetssykehus HF har et særskilt ansvar for medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell. Mangelen på tiltak på IKT siden for dette området begynner nå å vise seg i redusert aktivitet og stor frustrasjon.

På noen av disse områdene, spesielt innenfor etablering av felles klinisk informasjonsgrunnlag, har det vært utført aktivitet gjennom 2012 som legger grunnlaget for å bringe sykehuset over i en situasjon med felles PAS/EPJ innen utgangen av 2014. Det er som det fremkommer i områdeplanen og dens vedlegg også utført betydelig arbeid også på andre områder. Likevel ligger det ikke i planverket å etablere felles laboratoriesystemer eller bildesystemer i sykehuset før tidligst i 2015.

Administrerende direktør erkjenner at risikoanalysen viser at den samlede risiko for gjennomføring av områdeplanen er kritisk før tiltak er gjennomført og høy etter at tiltakene er gjennomført. Administrerende direktør har likevel valgt å opprettholde det høye ambisjonsnivået som områdeplanen er et uttrykk for da gjennomføringen av planen er viktig for stabil og forsvarlig drift, samt for å løse myndighetspålegg. I tillegg er IKT-prosjektene knyttet til omstilling viktige for å opprettholde og styrke pasient-sikkerheten og tilrettelegge for hensiktsmessig kliniske og administrative arbeidsprosesser.

Administrerende direktør foreslår at områdeplanen vedtas av styret slik den nå foreligger.

3. Faktabeskrivelse

Den regionale IKT Strategien bygger på de føringer og premisser som legges i plan for strategisk utvikling. Tiltakene i handlingsplanen er bygget på rammene i økonomisk langtidsplan, som ble besluttet i styret for Helse Sør-Øst i juni 2012.

Helse Sør-Øst RHF vedtok "Regional IKT strategi og handlingsplan" slik den ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst i styremøte 25. oktober 2012 med følgende vedtakstekst:

1. Styret slutter seg til at IKT-strategi og handlingsplan legges til grunn for det videre arbeidet med utvikling av IKT i Helse Sør-Øst.
2. Styret ber om at en kvalitetssikret og ressursatt gjennomføringsplan utarbeides og forelegges styret så snart som mulig.
3. Det orienteres om status i arbeidet i styremøtet i november 2012.

Med utgangspunkt i "Regional IKT strategi og handlingsplan", behovene fra omstillingsprosessen i sykehuset og kliniske behov er det utarbeidet et forslag til områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2013 – 2016. Områdeplanen konkretiserer hvilke resultatmål innenfor IKT-området som sykehuset vil oppnå i perioden. Planen fokuserer spesielt på aktivitet som gjennomføres og startes i 2013.

Prioriteringer som gjøres i planen skal understøtte følgende formål:

- Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Understøttelse av omstillingsprosessen
- Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av OUS spesialoppgaver

Der behovene kan, eller skal dekkes av regionale programmer blir dette lagt til grunn i planen. Områdeplanen skal bidra som grunnlag for budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus HF. Planen vil også legge grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner vedrørende Oslo universitetssykehus HF sine planer og behov i perioden.

Tiltakene er behandlet og prioritert i den etablerte styringsstrukturen i Oslo universitetssykehus HF. Det er lagt spesielt vekt på å prioritere ut fra en vurdering av hvilket omfang av prosjekter som realistisk vil la seg gjennomføre med tanke på tilgjengelige investeringsmidler i Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF. I tillegg er det gjort en vurdering av gjennomføringskapasiteten i Sykehuspartner.

De samlede økonomiske konsekvensene ved å gjennomføre Områdeplan IKT 2013-16 er vurdert og fremkommer i tabellen under.

	Budsjett	Prognose		
	2013	2014	2015	2016
Ous investeringsmidler til prosjektene	32	40	40	40
Regionale investeringsmidler til prosjektene	407	540	470	360
Totale investeringer	439	580	510	400
Lokale driftsmidler til prosjektgjennomføringen (over IKT-avdelingens driftsbudsjett)	80	200	150	120
Driftskostnader lokal IKT funksjon (hele Ous)	49	45	45	45
Tjenestepriis Sykehuspartner (eksisterende tjenester)	508	535	660	690
Avskrivning	193	250	320	375
Totale driftskostnader	830	1030	1175	1230

	Dato:	Side: 1 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

**Områdeplan IKT for
Oslo universitetssykehus HF**

Perioden 2013 - 2016

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	

	Dato:	Side: 2 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	FORMÅL	4
2	BAKGRUNN.....	4
3	UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SETT I LYS AV REGIONAL IKT STRATEGI OG HANDLINGSPLAN	5
4	PROSJEKTER SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2013	7
5	SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR 2013	10
6	TILTAK FOR Å SIKRE GEVINSTUTTAK.....	10
7	RISIKOER SOM KAN HINDRE IKT I Å STØTTE OPP UNDER OMSTILLINGSPROSESSEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	12

VEDLEGG

VEDLEGG 1: SAMLET OVERSIKT OVER BEHOV I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF FREM MOT 2016

VEDLEGG 2: SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FREM MOT 2016

VEDLEGG 3: PROSJEKTLIVERANSER 2012

	Dato:	Side: 3 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

ENDRINGSLOGG

Versjo n	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	08.03.2012	Alle	Dokumentet opprettet	Arne Husebø	
0.2	28.09.2012	Alle	Første reviderte versjon	Arne Husebø	
0.3	09.10.2012	Alle	Gjennomgang	Sissel Jor og Kenneth Solstrand	
0.4	12.10.2012	4 - 8	Oppdatering av tabeller ++	Arne Husebø	
0.6	2.11.2012	Alle	Gjennomgang	Kenneth Solstrand	
0.8	26.11.2012	Alle	Gjennomgang spissing av tiltak	Kenneth Solstrand	
0.85	27.11.2012		Bearbeidet vedlegg og økonomikapitel	Arne Husebø Kenneth Solstrand	
0.95	30.11.2012	Alle	Mindre endringer	Kaia Spilhaug Torkildsen Arne Husebø Kenneth Solstrand	
0.99	5.12.2012	Alle, spesielt risiko-analysen	Oppdatert etter Oslo universitetssykehus HF-ledermøte 4. des 2012	Kenneth Solstrand	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dato
	Prosjektrapport - Prosjekt for Felles klinisk informasjonsgrunnlag (Oslo universitetssykehus HF)	12. juni 2009
	Langtidsplan med strategiske føringer for IKT området (Helse Sør-Øst RHF)	Ultimo 2010
	Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2011-2015	14. okt. 2011
	Temasak i styret i Helse Sør-Øst: IKT Strategi og handlingsplan	21. sept. 2012
	IKT strategi og handlingsplan (Helse Sør-Øst RHF)	25. okt. 2012

	Dato:	Side: 4 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

1 FORMÅL

Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2013 – 2016 viser hvilke konkrete resultater sykehuset skal oppnå i perioden innenfor IKT-området. Planen fokuserer spesielt på aktiviteter som gjennomføres og startes i 2013.

Prioriteringer som blir gjort i forhold til IKT-området skal støtte opp under følgende formål:

- Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Støtte opp under omstillingsprosessen
- Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt støtte opp under Oslo universitetssykehus HF spesialoppgaver

Der behovene kan eller skal dekkes av regionale programmer er dette lagt til grunn i planen. Planen skal bidra som grunnlag for budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus HF. Planen vil også legge grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HF sine planer og behov i perioden.

2 BAKGRUNN

Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at de lokale områdeplanene for IKT skal bygge på den vedtatte regionale "IKT strategi og handlingsplan", slik at planverkene henger sammen. Under nevnes de mest sentrale punktene i regional "IKT strategi og handlingsplan"

Regional "IKT strategi og handlingsplan"

Den reviderte versjonen av regional "IKT strategi og handlingsplan" ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 25.10.2012. Planen bygger på de føringene og premisene som legges i plan for strategisk utvikling. Tiltakene i handlingsplanen er bygget på rammene i økonomisk langtidsplan, som ble besluttet i styret for Helse Sør-Øst RHF i juni 2012. Formålet i revidert IKT strategi for Helse Sør-Øst RHF er oppsummert å:

- Ivareta pasientsikkerheten
- Øke kvaliteten i helsetjenestene
- Effektivisere helsetjenestene
- Støtte opp under samhandling mellom alle parter som inngår i leveranser av helsetjenestene
- Møte samfunnets forventninger til bruk av IKT og tilbud av selvbetjeningsløsninger

I strategien legges det vekt på å oppnå følgende resultater:

- Målet er felles nasjonale løsninger for å sikre pasientsikkerhet, økt kvalitet og effektivitet og bedre samhandling
- Helse Sør-Øst RHF er og skal være en aktiv bidragsyter inn mot nasjonale utredninger og felles løsninger
- Inntil nasjonale løsninger er på plass, skal det trinn for trinn etableres felles regionale løsninger
- Målet er at det skal finnes kun én regional database og én versjon av det enkelte system
- Til å begynne med skal Helse Sør-Øst RHF etablere en database for hvert helseforetak med identisk oppsett på tvers av regionen

	Dato:	Side: 5 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

- Helse Sør-Øst RHF skal bidra til utvikling av lover og regler, og på sikt slå sammen systemene slik at de bruker kun en felles regional database for hvert system, for deretter å gå over på nasjonale løsninger

Viktige mål er altså å standardisere på regionale og over tid, nasjonale standarder og løsninger.

Følgende funksjonelle områder er prioritert for etablering av regionale standarder og IKT-systemer:

- virksomhetsstyring og økonomi
- klinisk dokumentasjon
- laboratoriesystemer
- radiologiløsning
- digital samhandling

I tillegg til disse satsingsområdene legges det i regional "IKT strategi og handlingsplan" opp til at Helse Sør-Øst RHF skal forenkle, standardisere og integrere regionens IKT infrastruktur.

3 UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SETT I LYS AV REGIONAL IKT STRATEGI OG HANDLINGSPLAN

Den mangeartete systemporteføljen til Oslo universitetssykehus HF gjør arbeidet med å tilfredstille forventningene til IKT-støtte både fra myndigheter, samarbeidspartnere og ikke minst egne medarbeidere vanskelig. Fremdeles har Oslo universitetssykehus HF en systemportefølje som preges av at to eller flere forskjellige IKT-systemer er i bruk innenfor det samme funksjonelle området. Mange av omstillingsaktivitetene i sykehuset er avhengige av at IKT-løsninger er konsolidert og på plass. Spesielt er det nødvendig å sikre en felles basis infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger. Mangel på konsoliderte løsninger innenfor disse områdene gir økt kompleksitet for omstillingsprosessene i klinikkene, krever ekstra ressurser til drift av midlertidige løsninger og bidrar til at hele omstillingen blir dyrere.

Helse Sør-Øst RHF legger stor vekt på standardisering og etablering av fellestjenester innenfor IKT-området. Oslo universitetssykehus HF støtter regional standardisering og etablering av fellestjenester der det er hensiktsmessig. Den regionale "IKT strategi og handlingsplan" blir sett på som et viktig skritt for å stake opp kursen videre. Det er positivt at sykehusene er blitt involvert i det regionale planarbeidet, og Oslo universitetssykehus HF ønsker også å bidra til videreutvikling av denne planen. Beslutningen om å anskaffe DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF's styre 10.august 2012 sak 56/2012, er et viktig skritt i retning av å innføre den regionale løsningen for PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF vil fortsette å innføre regionale IKT-tjenester i tråd med både de regionale planene som finnes, og egne behov. I tillegg vil Oslo universitetssykehus HF først og fremst forsøke å håndtere andre lokale behov basert på de regionale avtalene som finnes.

Oslo universitetssykehus HF har i områdeplanen innarbeidet både de regionale føringene og de lokale behovene. De erfaringene vi har gjort oss fra tidligere prosjekter med etablering av regionale fellesløsninger tilsier en viss forsiktighet da:

- Lav grad av harmonisering av tekniske plattformer til nå har gjort det vanskelig å gjøre fellesløsninger tilgjengelig for brukerne lokalt ved Oslo universitetssykehus HF på en hensiktsmessig måte. Denne problemstillingen forsterkes hvis løsningene også inneholder

	Dato:	Side: 6 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

sensitive personopplysninger, med de kravene som eksisterer for å ivareta sikkerhet personvern for pasientene.

- Etablering, drift og forvaltning av integrasjoner mellom regionale og lokale løsninger har vist seg å være problematisk over tid.
- Endringer i regionale løsninger for å støtte opp under nødvendig omstilling eller endring av arbeidsprosesser, kan være svært kostbart hvis ikke den regionale tjenesten i større grad er bygget for å støtte opp under løpende omstilling i sykehusene på en god måte.
- Etablering av økonomisk bærekraftige regionale fellesløsninger har vist seg å være krevende å få til.

Oslo universitetssykehus HF vil ha utfordringer knyttet til å innføre og ta i bruk alle de tjenestene som Helse Sør-Øst RHF forventer i perioden 2013-2016 iht til "Regional strategi og langtidsplan", fordi vi samtidig skal støtte opp under de store kravene omstillingen i Oslo universitetssykehus HF setter til konsoliderte løsninger. Behov som er generert av omstillingsprosessen stemmer ikke alltid overens med de regionale løsningenes utforming, innhold og utrullingsplan. I de situasjonene der det er forhold som kompliserer eller forhindrer innføring av en regional tjeneste, eller der det er nødvendig å ha en løsning på plass raskere enn den regionale tjenesten kan leveres, vil det være nødvendig for Oslo universitetssykehus HF å vurdere andre kortsiktige eller lokalt tilpassede tiltak. Alle slike behov vil bli håndtert i tett dialog med Helse Sør-Øst RHF.

En spesiell utfordring for Oslo universitetssykehus HF er knyttet til hvilken rekkefølge vi skal konsolidere og bytte de hovedsystemene som har integrasjoner mot hverandre. Oslo universitetssykehus HF vil ikke være over på en felles regional teknisk plattform før mot slutten av 2015. Hvis man tar hensyn til prinsippet om at felles regionale tjenester kun skal tilbys på felles regional plattform, vil Oslo universitetssykehus HF ikke kunne starte innføringsprosjekter knyttet til felles regionale tjenester de neste 3 årene. Det er ikke mulig for Oslo universitetssykehus HF å vente med å konsolidere sine egne løsninger så lenge. I praksis vil derfor DIPS innføres på den eksisterende plattformen. Innføring av nytt laboratoriesystem er planlagt å starte opp i løpet av 2013, og det er behov for felles løsninger for innkjøps- og logistikkområdet nå. I tillegg må lokal konsolidering av løsninger for radiologi starte umiddelbart. Konsekvensen av dette er at Oslo universitetssykehus HF så langt det er mulig forholder seg til de regionale kjøps- og rammeavtalene, men implementerer dem på eksisterende plattform. Dette støtte ikke på kort sikt opp under det regionale målet om én installasjon – én database.

På grunn av den pågående fusjonen, samt fokus på å etablere felles interne systemer, har Oslo universitetssykehus HF blitt liggende etter andre sykehus når det gjelder samhandling. Prosjektet Meldingsløftet har innledet et samarbeid med prosjektet Felles PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF for å få ønsket funksjonalitet på plass ved produksjonssetting av nytt system, ultimo 2014. Samtidig vil prosjektet Meldingsløftet forsøke å få til enkelte samhandlingstiltak knyttet til dagens EPJ/PAS system i 2013. Prosjektet vil også samarbeide med Sykehuspartner om å vurdere om en ny fellesregional tjeneste for applikasjonskvittering kan tas i bruk slik at Oslo universitetssykehus HF kan gå helt over til elektronisk epikrise i 2013.

Oslo universitetssykehus HF har spesielle oppgaver i forbindelse med regionale og nasjonale funksjoner. Slike behov vil ofte ikke passe inn i en regional standard ettersom denne da vil bli mer komplisert og dyrere for de sykehusene som ikke har behov for denne funksjonaliteten. Det vil med andre ord være behov for løsninger i Oslo universitetssykehus HF som ikke er felles med andre

	Dato:	Side: 7 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

foretak, men som vil være essensielle for at Oslo universitetssykehus HF skal kunne gjøre de oppgavene som er lovpålagt. I diskusjoner rundt etablering av slike løsninger vil Helse Sør-Øst RHF fortsatt bli involvert. Eksempler på slike løsninger finner vi innenfor forskningsområdet. Gjennom sin størrelse, sine ressurser og sin sterke forskningstradisjon, har Oslo universitetssykehus HF et spesielt ansvar for forskning og innovasjon i helsesektoren både regionalt og nasjonalt, og har derfor en tydelig og selvstendig forskningsstrategi. Hvis sykehuset skal opprettholde sin forskningsproduksjon og bli det ledende forskningssykehuset i Norden, er en integrert IKT infrastruktur for forskning nødvendig. Oslo universitetssykehus HF sitt behov for IKT-støtte til forskning er i liten grad nevnt i regional "IKT-strategi og handlingsplan", samtidig som forskningen lider av at Sykehuspartner nedprioriterer vedlikeholdet av den infrastrukturen som de overtok fra Oslo universitetssykehus HF som støttet forskerne. Det regionale programmet for etablering av ny IKT-plattform eller Sykehuspartner har heller ikke, så langt Oslo universitetssykehus HF kjenner til, strategier eller planer for hvordan forskernes behov skal møtes på den nye regionale plattformen.

4 PROSJEKTER SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2013

I dette kapitlet beskrives alle prosjekter som er prioritert i 2013. Behov som ikke har en slik prioritet, fremkommer i vedlegg 1. Dette er behov som ikke vil bli løst i form av prosjekter i 2013, men vurderes og prioriteres i neste revisjon av områdeplanen for IKT i Oslo universitetssykehus HF. Gjennom en senere foranalyse skal "ikke prioriterte" behov vurderes og anbefalt løsning utredes mer i detalj.

Oppstart og videreføring av prosjekter innefor området "Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg"

Alle IKT-leveranser skal ha en kvalitet som sikrer stabil og forsvarlig drift i pasientbehandlingen, og dermed bidra til god pasientsikkerhet. Prosjektene under bidrar til å øke eller vedlikeholde nivået på kritiske tjenester på et akseptabelt nivå. I tillegg til prosjektene vil det legges vekt på arbeidet med å øke kvaliteten på tjenesteavtaler med Sykehuspartner slik at helseforetaket får en forutsigbar kvalitet og økonomi knyttet til de tjenestene som leveres derfra.

Prosjekt	Aktivitet i 2013
RIS/PACS ved Radiumhospitalet	Foranalyse og starte implementering av en løsning som kan sikre forsvarlig drift ved Radiumhospitalet.
Kritiske endringer/feil som ikke er dekket av driftsavtalene i eksisterende PAS/EPJ (primært PasDoc og DocuLive)	Ta i bruk ny versjon som har håndtert prioriterte kritiske endringer/feil.
Konsolidering og integrasjon av system for øye	Forprosjekt, kravspesifisering, anbud og implementering av løsning for å sikre stabil og forsvarlig drift
Konsolidering og integrasjon av system for hjerteultral lyd	Foranalyse, kravspesifisering og anbud samt plan om oppstart av implementering for å sikre ivaretagelse av funksjonalitet etter innføring av DIPS
Konsolidering og integrasjon av system for skopier	Foranalyse, kravspesifisering og anbud samt plan om oppstart av implementering for å sikre ivaretagelse av funksjonalitet etter innføring av DIPS
Elektronisk fødejournal	Innføre regional elektronisk fødejournal og elektronisk journalsystem for fostermedisin ved Oslo

	Dato:	Side: 8 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

	universitetssykehus HF.
Nytt felles IKT system for HLA lab, Benmargsgiverregister, Labsystem for celleterapi, ex vivo og evt. andre atypiske laboratorier	Foranalyse, kravspesifisering og anbud.
Produksjonsplanleggingsprogram mikrobiologisk lab	Foranalyse, kravspesifisering, anbud og starte implementering.
Ny, endret lagringsløsning Oslo universitetssykehus HF LIS	Foranalyse, gjøre avrop på regional avtale og implementere løsningen.
Tilpasning av avvikssystemet ifht internt forbedringsarbeid	Implementere nye endringer i kravspesifikasjon for meldeplikten etter Spesialisthelsetjenestens § 3-3
Felles innkjøp/ logistikk-løsning i Oslo universitetssykehus HF	Gjøre avrop på regional avtale når den er underskrevet medio 2013 og implementere en konsolidert løsning i Oslo universitetssykehus HF

Oppstart og videreføring av prosjekter innefor området ”Understøttelse av omstillingsprosessen”

For Oslo universitetssykehus HF er omstillingen i forbindelse med fusjonen den største og viktigste pådriveren for prosjektene. Så langt det er hensiktsmessig, søkes det å finne løsninger gjennom regionale initiativ og prosjekter, men det vil også være tiltak som må håndteres og finansieres av Oslo universitetssykehus HF i lokale prosjekter. Tiltakene knyttet til omstillingsprosessen vil også i denne planperioden legge beslag på mye ressurser og kan deles i tre hovedområder.

Etablering av ett felles klinisk informasjonsgrunnlag er viktig for å understøtte organisasjonsendringer i klinikkene. Dette gjelder både for at den elektroniske informasjonen skal være tilgjengelig når pasienter starter behandlingen et sted og fortsetter behandlingen på et annet sted, og for at all tidligere elektronisk informasjon skal være tilgjengelig når behandlingstilbud som tidligere var spredd nå er samlet i samme foretak. Konsolidering av løsninger innenfor medisinsk service er viktig både for at disse enhetene internt skal kunne gjennomføre egen omstilling, og for at svar skal være tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg.

Etablering av konsoliderte administrative løsninger er en forutsetning for gode og effektive arbeidsprosesser innen Oslo universitetssykehus HF. For eksempel vil effektiv planlegging og bruk av personalressurser vanskeliggjøres av at lederne har ansatte i forskjellige personalstyringssystemer og dermed ikke har tilgang til samlede oversikter over alle sine ansatte.

Etablering av en felles IKT basisplattform er organisert som en del av det regionale IKT plattformprogrammet. Plattformprogrammet er gitt høy prioritet både i regionen og ved Oslo universitetssykehus HF slik at ikke infrastruktur skal være den største bremseklossen i forhold til omorganisering og faglig standardisering.

Prosjekt	Aktivitet i 2013
Felles IKT-plattform	Videreføre fase 1 og starte fase2 av implementering av fellesregional plattform.
Innføring av Felles PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF	Starte på hovedprosjektet
Felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS) i Oslo universitetssykehus HF	Foranalyse og starte implementering av valgt regional løsning
Felles fakturaløsning i Oslo universitetssykehus HF	Ferdigstille en felles fakturaløsning i Oslo

	Dato:	Side: 9 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

	universitetssykehus HF
Innføring av regional løsning for personalressursstyring	Ferdigstille innføring av GAT på Rikshospitalet og Radiumhospitalet og ta det i bruk til personalressursstyring på hele sykehuset. Min GAT på internett er ikke prioritert i 2013.
Konsolidering av Cytodose	Slå sammen løsningene på Ullevål og Radium-/Rikshospitalet.
Felles In vitro fertilisering system (IVF system)	Innføre systemet også på Ullevål som er en forutsetning i omstillingsprosjektet til enheten
Konsolidere andre, mindre administrative løsninger	Foranalyser og evt. gjennomføring
Konvertering av medisinsk genetikkdata til felles labsystem, integrasjoner	Ferdigstille konverteringen av historiske genetikkdata til felles system.

Oppstart og videreføring av prosjekter innefor området ”Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser samt støtte opp under Oslo universitetssykehus HF spesialoppgaver”

For å støtte opp under videre effektivisering og/eller kvalitetsforbedring av arbeidsprosessene i sykehuset, må all dokumentasjon gjøres elektronisk og papiret fjernes som bærer av originalinformasjon. Oslo universitetssykehus HF vil, basert på kost/nyttevurderinger, planlegge det videre arbeidet innenfor dette området.

	Dato:	Side: 10 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

Prosjekt	Aktivitet i 2013
Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv / operasjon	Innføre regional kurve ved alle intensivenheter og operasjonsstuer i Oslo universitetssykehus HF som ikke har tatt dette i bruk.
Min Journal/samhandling	Ny funksjonalitet etableres og tas i bruk
eBiobank	Ferdigstilling av sporingsløsningen
Albert	Lage nødvendige rapporter
Meldingsløftet	Videreføre arbeidet med meldinger som ikke er avhengig av å vente på innføring av DIPS
IKT analyseplattform for DNA sekvenseringsdata i genetisk diagnostikk	Foranalyse, kravspesifisering og anbud.
Utvikling av KPP-modell som er tilpasset hovedformålet med å kunne beregne kostnadsnivå for høyspesialisert medisin	Foranalyse, kravspesifisering, anbud og evt starte implementering.
Oslo universitetssykehus HF - Søkerverktøy og forbedring av virksomhetsportal	Gjennomføring

5 SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR 2013

De samlede økonomiske konsekvensene ved å gjennomføre Områdeplan IKT for 2013 er vurdert og estimatene kommer frem i tabellen under.

a) Budsjett 2013

	Budsjett 2012	Prognose 2012	Budsjett 2013
Lokale investeringsmidler til prosjektene	41	20	32
Regionale investeringsmidler til prosjektene	250	240	407
Totale investeringer	291	260	439
Lokale driftsmidler til prosjektgjennomføringen (over IKT-avdelingens driftsbudsjett)	65	55	80
Driftskostnader lokal IKT-avdeling	49	42	49
Tjenestepriis Sykehuspartner (eksisterende tjenester)	487	483	508
Avskrivning	140	124	193
Totale driftskostnader	741	704	830

Alle tall i hele mill.

6 TILTAK FOR Å SIKRE GEVINSTUTTAK

Selve innføringen av et nytt IKT-system som erstatning for et annet, vil ikke automatisk generere gevinster. Det krever et systematisk tverrfaglig arbeid med god lederstøtte. Oslo universitetssykehus HF vil i forbindelse med nytt PAS/EPJ og i prosjektet "Aktivitet og ressursstyring", jobbe sammen med kliniske og administrative enheter for å bidra til bedre måloppnåelse og bruk av ressurser på sykehuset. Dette blir gjort ved at man definerer hensiktsmessige indikatorer som gir relevant informasjon om hvordan ressursene brukes og aktiviteter utføres ved førstelinjeenheter i klinikken.

	Dato:	Side: 11 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

Når man setter disse sammen på rett måte, kan det etableres et informasjonsverktøy som gjør det mulig for ledere å både fatte gode operative beslutninger i det daglige, og få opplysninger om hvor det er problemer som krever økt oppmerksomhet, analyse og kanskje forbedringstiltak.

Oslo universitetssykehus HF vil ha et overordnet fokus på å følge opp innsparingskravene knyttet til fusjonen, samt de utfordringer som nåværende økonomiske situasjon setter sykehuset i. Høyt ledelsesmessige fokus vil være basisen for å kunne ta ut gevinster, i tillegg til et kontinuerlig arbeid. Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2012 hatt stort fokus på opplæring og gjennomføring av felles rutiner knyttet til henvisninger/ ventelistehåndtering. Dette arbeidet er en viktig grunnstein for videre arbeid med felles arbeidsprosesser i det pågående forprosjektet for felles PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF. Det er også viktig å sikre at Oslo universitetssykehus HF har de riktige styringsverktøy og rapporter slik at ledere på alle nivåer har en reell mulighet for å følge opp resultater av tiltakene.

Generelt sett er det viktig at ledere og lederfunksjonen i klinikkene har tilgang til hensiktsmessige informasjons- og styringsverktøy som gjør det mulig å følge opp den løpende driften. Verktøyene må gjøre det mulig å følge opp hvordan produktivets- og effektivitetsnivået utvikler seg slik at man kan identifisere eventuelle behov for tiltak etter implementering. Det vil også være behov for lederopplæring i både verktøy og lederrollen generelt knyttet til dette.

Kvantifisering av gevinster fremkommer i det enkelte prosjektmandat og direktiv. Tabellen under viser noen viktige parametre for prosjekter som kjøres i 2013.

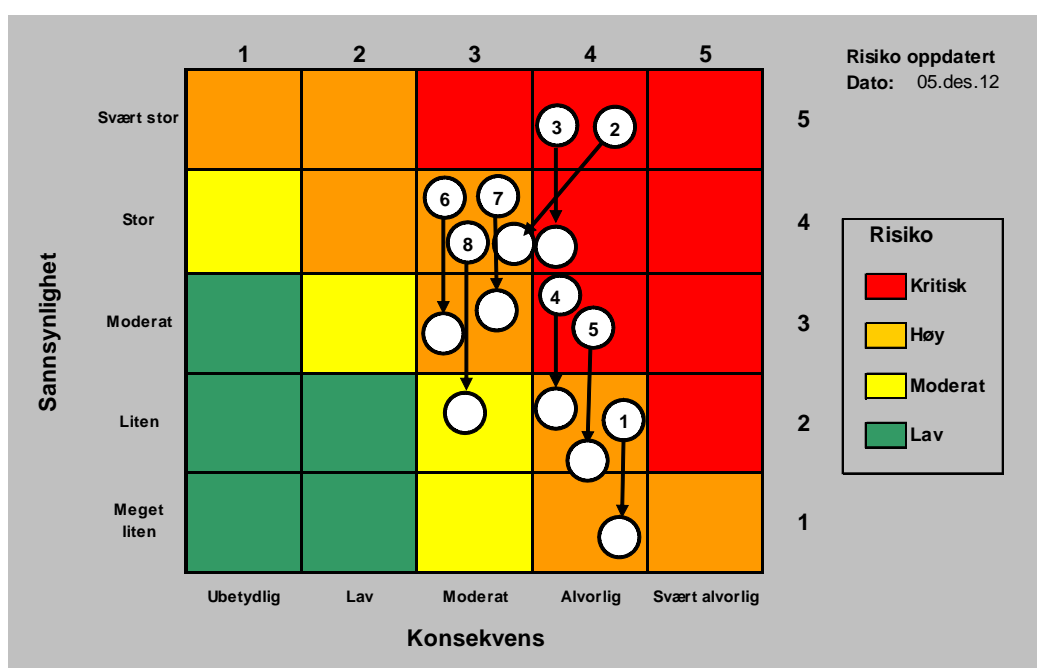
Aktivitet	Gevinst/formål
Konsolidert felles klinisk informasjonsgrunnlag	Samlokalisering, flytting av pasientaktivitet og oppretting av pasientbehandlinglinjer på tvers av lokasjoner med mer kan startes i full skala.
Konsoliderte medisinske systemer (lab + radiologi)	
Felles IKT-plattform i Oslo universitetssykehus HF	
Konsolidering av systemer på tvers av sykehuset	Færre systemer bør gi stordriftsfordeler hos Sykehuspartner.
Innføring av regional standard for EPJ (Dips)	Videreføring av pågående og gjennomførte prosjekter med fokus på optimalisering av arbeidsprosesser vil gi bedre kvalitet og spare tid for klinikere.
Innføring av fødejournal	<p>Bedret pasientsikkerhet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raskt tilgjengelig og komplett pasientjournal, uavhengig av lokasjon • Tilgangsstyrt journal iht lovverket • Forbedret kvalitetssikringsarbeid • Tilrettelegging for raskere tildeling av endelig personnummer for nyfødte, slik at problemer relatert til nødnummer unngås <p>Enhetlig elektronisk kommunikasjons- og arbeidsflyt, effektivisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innfrir myndighetspålagte krav om elektronisk innrapporteringer til helseregistre og Skattedirektoratet. • Riktigere koding • Redusert bruk av støttesystemer • Effektivisering av arbeidsprosessene, ved mindre grad av <ul style="list-style-type: none"> ○ dobbeltregistreringer ○ skanning av papirdokumenter og brenning av CD'er

	Dato: Side: 12 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ manuelle tellinger og manuell vasking av data/sammenstilling av data ○ etterregistrering og utkjøring av meldinger
--	---

RISIKOER SOM KAN HINDRE IKT I Å STØTTE OPP UNDER OMSTILLINGSPROSESSEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Matrisen under viser de viktigste risikoelementene knyttet til gjennomføringen av områdeplanen slik Oslo universitetssykehus HF ser det. Risikoelementenes plassering i den grafiske matrisen viser bevegelse fra der risikoen vurderes å være nå og til der de vurderes å være etter at risikoreduserende tiltak er gjennomført.



	Dato:	Side: 13 / 13
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF		

RISIKOANALYSE						
Id	Ønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	Konsekvens	Strategi / Tiltak	Risiko
1	For knappe regionale rammer til prioritering av prosjekter i Oslo universitetssykehus	Liten	IKT vil i begrenset grad kunne understøtte omstillingsprosesser i OUS	Alvorlig	Sammen med RHF bruke etablerte styringsstrukturer for å fremme OUS sine behov	Høy
2	Manglende kapasitet hos leverandører, spesielt Sykehuspartner	Svært Stor	Manglende gjennomføringsevne, forsinkelser, økte kostnader	Alvorlig	Bruke alternative leverandører i markedet enten via Sykehuspartner eller gjennom egne kontrakter	Kritisk
3	Manglende frigjøring av ressurser i Oslo universitetssykehus til deltagelse i IKT prosjekter	Svært Stor	Dårlig funksjonell kvalitet i løsningene, manglende arbeidskapasitet i prosjektene, forsinkelser, økt kost, OUS er ikke klar til å ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte	Alvorlig	Konsekvent og vedvarende priorering av deltakelse i endring/IKT-prosjekter fra sykehusets ledelse	Kritisk
4	Ikke kontroll med kompleksiteten i samspillet mellom pågående prosjekter og eksisterende systemportefølje i OUS	Moderat	Økte kostnader, forsinkelser, manglende kvalitet og stabilitet på løsningene	Alvorlig	Avsette mer tid til utredninger i forprosjekter før hovedprosjekter iverksettes. I større grad finne balanse mellom tid, kost og kvalitet i planlegging og gjennomføring av prosjektene.	Kritisk
5	Kostnader knyttet til prosjektene er høyere enn OUS klarer å håndtere i fremtidige driftsbudsjetter	Moderat	Redusere andre driftskostnader, redusert aktivitet på andre områder	Alvorlig	Prioritere prosjekter som øker inntekter eller reduserer kostnader	Kritisk
6	Manglende realisering av økonomiske gevinster i forbindelse med innføring av nye løsninger	Stor	Må redusere andre driftskostnader, redusert aktivitet på andre områder	Moderat	Ansvarliggjøre leder på det nivå som skal realisere gevinsten, konkurranseutsette tjenesteleverandør	Høy
7	Manglende prioritering av OUS's oppdrag knyttet til lands-/regionsfunksjoner.	Stor	Løsninger som velges er lite fleksible for tilpasninger til spesialbehov slik at behovene må dekkes av andre systemer. Økte kostnader for OUS.	Moderat	OUS må delta og være tydelig på sine behov i kravspesifiseringsprosesser og bidra til at disse behovene håndteres.	Høy
8	Manglende prioritering av OUS's oppdrag knyttet til utdanning og forskning	Stor	Støtte til forskning dekkes ikke tilfredsstillende i ny regional plattform.	Moderat	Forskningsmiljøene må delta og være tydelig på sine behov i kravspesifiseringsprosesser og bidra til at disse behovene håndteres.	Høy

Risikoanalysen viser at den samlede risiko for gjennomføring av områdeplanen er kritisk før tiltak er gjennomført og høy etter at tiltakene er gjennomført. Oslo universitetssykehus HF har valgt å opprettholde det høye ambisjonsnivået som områdeplanen er et uttrykk for da IKT-prosjektene er viktig for stabil og forsvarlig drift, samt for å løse myndighetspålegg. I tillegg er IKT-prosjektene knyttet til omstilling viktige for å opprettholde/styrke pasientsikkerheten og legge grunnlaget for hensiktsmessig IKT støtte for kliniske og administrative arbeidsprosesser.

Risikoer knyttet til gjennomføring av regional "IKT strategi og handlingsplan" ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF sammen med den regionale planen. Her ble det spesielt lagt vekt på at følgende tiltak var påkrevet for å redusere risikoen knyttet til det å realisere og hente effekter av planen:

- Spissing og kvantifisering av effektmål, slik at det er helt klart hva hvert program sikter mot og hva som representerer suksess
- Validering og raffinering av innsats- og kostnadsestimater for å bidra til å sikre at programmene lar seg gjennomføre innenfor de rammene som er gitt
- Styrking av kompetanse gjennom rekruttering, videreutvikling av egne ledere og andre ansatte samt partnerskap med leverandører som kan levere parat kompetanse på kritiske områder.
- Etablering av klar rapportering og oppfølging for å sikre at effektmålene nås og gevinstene realiseres.
- God implementering av den nye IKT styringsmodellen – dette må omfatte opplæring og tett oppfølging i starten for å sikre at den daglige lederadferden er i tråd med det den nye IKT styringsmodellen beskriver

Vedlegg 1 – 3

til

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF

Perioden 2013 - 2016

INNHALDSFORTEGNELSE

VEDLEGG 1:	SAMLET OVERSIKT OVER BEHOV I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF FREM MOT 2016.....	2
VEDLEGG 2:	SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FREM MOT 2016.....	20
VEDLEGG 3:	PROSJEKTLEVERANSER 2012	21

ENDRINGSLOGG

Versjo n	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	08.03.2012	Alle	Dokumentet opprettet	Arne Husebø	
0.2	28.09.2012	Alle	Første reviderte versjon	Arne Husebø	
0.3	09.10.2012	Alle	Gjennomgang	Sissel Jor og Kenneth Solstrand	
0.4	12.10.2012	4 - 8	Oppdatering av tabeller ++	Arne Husebø	
0.6	2.11.2012	Alle	Gjennomgang	Kenneth Solstrand	
0.85	27.11.2012		Bearbeidet vedlegg og økonomikapitel	Arne Husebø Kenneth Solstrand	
0.94	30.11.2012	Alle	Mindre endringer	Kaia Spilhaug Torkildsen Arne Husebø Kenneth Solstrand	

	Dato:	Side: 2 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

VEDLEGG 1: SAMLET OVERSIKT OVER BEHOV I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF FREM MOT 2016

Behov prioritert av klinikker og stabsenheter i Oslo universitetssykehus (OUS)

Dette kapitlet inneholder alle kjente behov for IKT støtte i Oslo universitetssykehus HF. Dette er behov som delvis er adressert i form av prosjekter i 2013, men også behov som må vurderes og prioriteres i neste revisjon av områdeplanen for IKT i Oslo universitetssykehus HF.

Gjennom en foranalyse skal alternative løsninger for å dekke behovene vurderes. Anbefalt løsning skal i foranalysen utredes mer i detalj, både prosjektets omfang, kostnader og tid, men også gevinster og totale kostnader til drift og forvaltning av løsningen skal dokumenteres i en Foranalyserapport. Iht. Helse Sør-Øst's prosjektmodell prioriteres og startes prosjektene på bakgrunn av en gjennomført foranalyse. Prosjektene avsluttes når målene er nådd og sluttrapport levert.

Gvinstrealisering følges opp til gevinstmålene er nådd og/eller beslutning om å stoppe videre gevinstoppfølging foreligger.

	Dato:	Side: 3 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg

I tillegg til prosjektene i tabellene under, vil noen oppgraderinger organiseres som egne prosjekter. Dette avhenger bl.a. av oppgraderingens størrelse, kompleksitet og konsekvenser for brukermiljøet. Det vil da også kunne påløpe investeringskostnader ifbm oppgraderingsprosjekter. Dette kan skje dersom Sykehuspartner definerer oppgraderingen til å ligge utenfor det som kommer inn under ordinær oppgradering og dermed utenfor det som dekkes av reinvesteringer som er tildelt Sykehuspartner.

Det vil også bli lagt vekt på arbeidet mot Sykehuspartner blant annet for å få på plass rutiner for

- måling og rapportering av leveranser med utgangspunkt i fastsatte mål- og resultatkrav
- risikovurderinger knyttet til fremtidig levering av tjenestene inkludert informasjonssikkerhet
- oversikt over systemer som må eller bør skiftes i neste planperiode

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
1	RIS/PACS ved Radiumhospitalet	<u>Effekt mål:</u> Sikker og effektiv elektronisk støtte for arbeidet knyttet til rekvisisjoner og undersøkelser og elektronisk tilgang til timebestillinger, bilder og beskrivelser ved Radiumhospitalet. <u>Resultat mål:</u> Reetablert en driftssikker løsning ved Radiumhospitalet	2012	2013	Lokal	Dagens Agfa-løsning tilfredsstillende ikke krav til tilgjengelighet. Lengre ikke planlagt nedetid flere ganger i 2012. To alternativer vurderes nå: Enten oppgradere dagens løsning eller konsolidere med dagens Sectraløsning på Rikshospitalet.
2	Elektronisk fødejournal	<u>Effekt mål:</u> Bedret pasientsikkerhet. Tilfredsstillende offentlige myndigheters krav om elektronisk innmelding av data til Medisinsk Fødselsregister for alle fødeinstitusjoner. <u>Resultat mål:</u> Innført en felles elektronisk	2013	2013	Regional	Tilfredsstillende myndighetskrav. Iht regional LTP. OUS tilslutter seg regional plan med utrulling ved OUS i 2013.

	Dato:	Side: 4 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		fødejournal og elektronisk journalsystem for fostermedisin for sykehuset. Rapporterer iht pålagte krav.				
3	Overgang fra BUP-data til BUP-modul i DIPS	<u>Effekt mål:</u> Nødvendig for å sikre inntekter og stabil drift. End of support. <u>Resultat mål:</u> Implementert og tatt i bruk funksjonalitet som erstatter BUP-data og tilfredsstillende nye krav til rapportering.		2014	Regional	Tilfredsstillende myndighetskrav. Grunnet prosjekt for å etablere Felles PAS/EPJ i OUS, vil BUP-data erstattes som en del av å ta i bruk DIPS på hele OUS.
4	Meldingsløftet Program <ul style="list-style-type: none"> laboratoriesvar radiologisvar epikrise henvisning rekvisisjon PLO-melding 	<u>Effekt mål:</u> Bedre samhandling <u>Resultat mål:</u> Gamle tjenester flyttet til nytt format og nye meldinger tatt i bruk.		2009 – 2015	Regional	Iht regional LTP. Tilfredsstillende myndighetskrav. OUS er aktivt med i Meldingsløftet. OUS har behov for å konsolidere PAS, EPJ, LAB og RIS/PACS før vi vil være i stand til å håndtere meldinger inn til sykehuset. OUS vil ha begrenset innsats på dette tiltaket i planperioden.
5	Nytt felles IKT-system for <ul style="list-style-type: none"> HLA-lab Benmarggiving Celleterapiprodukter 	<u>Effekt mål:</u> Sikker og effektiv elektronisk støtte for disse laboratorievirksomhetene <u>Resultat mål:</u> Nytt system er tatt i bruk og gamle system er faset ut.	2013	2014	Lokal	Laboratoriene har nå ingen eller meget gamle system som i realiteten er avhengig av et par enkeltpersoner, uakseptabel risiko. Må ha regional aksept for å kunne gå på anbud.
6	Produksjonsplanleggingsprogram mikrobiologisk lab	<u>Effekt mål:</u> Sikker og effektiv elektronisk støtte for å ha kontroll med hva som finnes på lager til enhver tid av det som skal brukes i produksjon av medier og reagenser. Dessuten kontroll med hva vi har på vårt eget lager som vi har	2013	2013	Lokal	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale eller må ha regional aksept for å kunne gå på anbud. Det eksisterende program er svært gammelt og vil kunne gå ned når som

	Dato:	Side: 5 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		<p>produsert.</p> <p><u>Resultatmål:</u> Erstattet dagens løsning (gammel DOS-basert løsning, teknologisk og funksjonelt utrangert) med en funksjonell og teknologisk god løsning og tatt denne i bruk.</p>				helst og backupmuligheter er begrenset.
7	Ny, endret lagringsløsning OUS LIS	<p><u>Effekt mål:</u> Alle data i LIS er oppdatert daglig til klokken 07 og det er kapasitet til å legge inn nye rapporter når det er behov for det.</p> <p><u>Resultatmål:</u> Ny, rask og effektiv lagringsløsning som tilfredsstillende krav til daglige oppdateringer og generell kapasitet er tatt i bruk. Det tas daglig backup. Løsning med tilstrekkelig lagringskapasitet som skalerer er etablert.</p>		2013	Lokal	Ytelse på dagens clusterløsning er for dårlig. Denne oppgraderingen burde være en del av Sykehuspartners reinvesteringsansvar for å opprettholde en tjeneste.

	Dato:	Side: 6 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Støtte opp under omstillingsprosessen

Innføring av felles PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus (Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus er prosjekteier og leder av styringsgruppen) vil være det kanskje største IKT-prosjektet som er gjennomført innenfor helsesektoren i Norge. Innføring av DIPS vil berøre svært mange ansatte og kreve at mange arbeidsprosesser må endres. Prosjektet skal etablere et felles PAS/EPJ system i hele Oslo universitetssykehus og samtidig bidra til et standardisert oppsett for EPJ i regionen, noe som vil kunne gi en mer effektiv drift og bedre støtte fra Sykehuspartner.

Prosjektet skal gjennomføres samtidig med fortsatt omstillings-/flytteaktiviteter, økonomiske utfordringer, konsolidering på en felles IKT-plattform og konsolidering av flere andre store systemer som laboratoriesystemer og RIS/PACS. Sykehuspartner er en svært viktig aktør i dette prosjektet, samtidig som tilgang til ressurser fra Sykehuspartner de siste årene har vært den største risikoen ift fremdrift i de lokale og regionale prosjektene. Prosjektet som skal innføre nytt PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus vil være stort, krevende, komplisert og risikofyllt. For å lykkes med dette vil Oslo universitetssykehus komme til å prioritere ned en del oppgaver som kommer i konflikt med prosjektets behov.

I forbindelse med omstillingsprosessen vil det også foregå mye byggeaktivitet. Infrastruktur for IKT er en viktig del av et nybygg. Ved et av alternativene vil også at begge datarommene på Ullevål bli berørt.

I tillegg til prosjektene i tabellen vil det kunne bli behov for tiltak for å støtte opp under løpende forbedringsprosjekter generert av omstillingen. De løpende forbedringsprosjektene er i dag ikke kjent, men antas særlig å komme innenfor områdene økonomi, innkjøp og logistikk samt HR/Personalressursstyring.

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
1	Felles IKT-plattform <ul style="list-style-type: none"> Klientplattform Tekn infrastruktur Trådløst nett PKI med mer 	<p><u>Effekt mål:</u> Standardisert IKT plattform som enklere muliggjør fellestjenester og kommunikasjon på tvers. Kan dra nytte av kvalitets- og effektivitetsgevinster knyttet til standardisering.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Regional standard klientplattform implementert ved OUS. Senere mange andre resultatmål.</p>		2012 - 2015	Regional	Iht regional LTP. IKT-plattform er nå et regionalt ansvar, Sykehuspartner har gjennomføringsansvar. Standard klientplattform er kritisk for mange av omstillingsaktivitetene ved OUS. Dette er svært høyt prioritert av OUS. Sykehuspartner etablerer tjenestene som tilbys som del av

	Dato:	Side: 7 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
						klientplattformen. OUS bidrar med spesifisering av krav til tjenestene. Prosjektet er delt i to faser, fase 1 pågår nå.
2	Felles PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus – Forprosjekt (og senere hovedprosjekt)	<u>Effekt mål:</u> Samme PAS/EPJ system håndterer alle pasientene ved Ous, info om en pasient finnes ett sted og registreres ett sted. <u>Resultat mål:</u> Regional DIPS-løsning er tatt i bruk.		2012 - 2014	Regional	Gitt et positivt vedtak i Ous styre i februar, vil et hovedprosjekt gjennomføres i 2013 – 2014.
3	Felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS) i OUS	<u>Effekt mål:</u> Ett felles LIMS vil være helt nødvendig for fullverdig konsolidering og integrasjon innen det enkelte fagområde i laboratoriemedisinen i OUS <u>Resultat mål:</u> Tatt i bruk et felles IKT fagsystem som støtter opp under laboratorievirksomheten i OUS på tvers av organisasjon, geografi og fagområder.	2010	2013 – 2016	Regional	Regional kjøpsavtale. Ous deltar i regionalt program som pågår. For OUS er det viktig at dette prosjektet koordineres med innføring av DIPS. Rekkefølgeproblematikk må avklares. Støtter omstillingen i OUS.
4	Felles RIS og PACS i OUS	<u>Effekt mål:</u> Etablere felles arbeidsverktøy på tvers av alle lokaliteter og muliggjøre fusjonsprosessen ved OUS mht radiologi og nukleærmedisin gjennom å legge til rette for sikrere, raskere og mer kostnadseffektiv samhandling og informasjonsflyt internt i Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (ARN) og mellom ARN og klinikkene i sykehuset og	2011	2014 – 2016	Regional	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale Del av regionalt prosjekt som pågår. Siden regional avtale ennå ikke er på plass og Ous's vedtak om å innføre DIPS, vil prosjektet sannsynligvis måtte skyves til etter at DIPS er innført bl.a. av kapasitets- og kompleksitetshensyn.

	Dato:	Side: 8 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		eksterne i tråd med intensjoner og mål for etableringen av OUS. <u>Resultatmål:</u> Fellesregionalt RIS og PACS ved OUS, inkl. konvertering og integrasjoner med mer er tatt i bruk.				
5	Felles innkjøp/ logistikk-løsning i OUS	<u>Effekt-mål:</u> Enklere å bestille varer og tjenester. Reduserte utgifter som følge av økt avtaledekning. Bedre kontroll med varekostnadene. <u>Resultat-mål:</u> Lisenser til felles løsning er anskaffet. Felles løsning, prosesser og rutiner på innkjøps- og logistikkområdet er etablert og tatt i bruk. Felles varekataloger i OUS er tatt i bruk.	2010	2011 – 2014	Lokal (evt. også regional)	Viktig for å støtte omstillingen i OUS. Prosjektet har måttet avvende regionale avklaringer og regional anbudsprosess, forventes ferdigstilt medio 2014.
6	Felles fakturaløsning i OUS	<u>Effekt-mål:</u> Enklere å anvisa og attestere fakturaer. Redusert omfang av morarenter. Økt omfang av mottak og utstedelse av elektroniske fakturaer. <u>Resultat-mål:</u> Felles løsning, prosesser og rutiner for fakturahåndtering er tatt i bruk.	2010	2011 – 2013	Lokal	Viktig for å støtte omstillingen i OUS. Anskaffelse gjort på NPSS. Prosjektet er forsinket grunnet kapasitetsproblemer hos Sykehuspartner.
7	Innføring av regional løsning for personalressursstyring	<u>Effekt-mål:</u> Lederne har et felles verktøy for styring av personalressursene, noe som muliggjør bedre ressursstyring i forhold til aktivitet, lover og regler. <u>Resultat-mål:</u> Regional løsning for arbeidsplan er tatt i bruk på hele OUS.		2011 – 2013	Lokal	Del av regionalt prosjekt som pågår. OUS har tildelt et relativt større beløp i 2011 for å integrere den regionale løsningen mot Ous's øvrige systemer og infrastruktur. Behov for tildeling av investeringsmidler fra OUS også i 2012

	Dato:	Side: 9 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
						og 2013. Prosjektet er utvidet til å arbeide mer med personalressursstyring enn det som opprinnelig var planlagt. Det er ikke prioritert midler til å ta i bruk Min GAT på internett.
8	Terminering av utfasede administrative løsninger	<u>Effekt mål:</u> Reduserte kostnader til vedlikehold, drift og forvaltning av løsninger som ikke lenger er i produksjon, men kun brukes til oppslag i historiske data. <u>Resultat mål:</u> Løsninger som ikke lenger er i produksjon, men kun brukes til oppslag, blir fjernet etter at historiske data er ivaretatt i henhold til lover og regler samt forretningsmessige behov.		2011 – 2014	Lokal	Tilfredsstillers myndighetskrav mht eldre data ved overgang til nye løsninger
9	Konsolidere andre administrative løsninger	<u>Effekt mål:</u> OSS kan etablere felles prosesser og felles løsninger i hele OUS innenfor berørte områder. Enklere hverdag for brukere av OSS tjenester. <u>Resultat mål:</u> Administrative løsninger som i dag ikke er ensartede internt i OUS, men forskjellig avhengig av lokalitet, er konsolidert til felles løsninger og tatt i bruk.	2011 – 2012	2012 – 2015	Lokal	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale?
10	Konsolidering og integrasjon av system for hjerteultral lyd	<u>Effekt mål:</u> Opprettholder funksjonalitet som finnes i PasDoc. Konsolidert dagens	2013	2014	Regional	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale

	Dato:	Side: 10 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		løsninger i et felles system for hjerteultral lyd. <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk felles system for hjerteultral lyd				
11	Konsolidering og integrasjon av system for skopier	<u>Effekt mål:</u> Opprettholder funksjonalitet som finnes i PasDoc. Konsolidert dagens løsninger i et felles system for alle skopier <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk felles system for skopier	2013	2013 - 2014	Regional	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale
12	Konsolidering av Cytodose	<u>Effekt mål:</u> Alt arbeid med cytostatika kan gjøres i ett system uavhengig av lokalitet og om pasienten flyttes <u>Resultatmål:</u> Dagens to løsninger er slått sammen til en og tatt i bruk	2012	2013	Lokal (Regional?)	
13	Konsolidering og integrasjon av system for EEG	<u>Effekt mål:</u> Konsolidert dagens løsninger i et felles EEG-system. <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk felles EEG-system	2015		Lokal (Regional?)	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Dette prosjektet nedprioriteres.
14	Elektronisk svarformidling internt i OUS	<u>Effekt mål:</u> Brukerne har elektronisk tilgang til flere laboratoriesystemer på tvers av lokaliteter. <u>Resultatmål:</u> <ul style="list-style-type: none"> Prøvesvar fra Hormonlaboratoriet (AK) => til DIPS (AK) og PasDoc (UL,RH,RA) 	2012	2013	Lokal	Kan ses i relasjon til saken: "Konsolidering av LIMS Ullevål - Aker". Må også vurderes ift arbeidet med regional LIMS og mulig kapasitet. Det er pt ikke prioritert investeringsmidler til dette.

	Dato:	Side: 11 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		<ul style="list-style-type: none"> • Prøvesvar fra Swisslab (UL) => til DIPS (AK) og Hippokrates (Olafiaklinikken) • Prøvesvar fra Unilab (RH/RA) => til DIPS (AK) og Hippokrates (Olafiaklinikken) 				
15	Konvertering av medisinsk genetikdata til felles labsystem, integrasjoner	<p><u>Effekt mål:</u> Tilgang til historiske data i konsolidert løsning. Reduserte kostnader når gamle systemer er terminert.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Data fra følgende systemer er konvertert til Swisslab og terminert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shire(påbegynt) • MedInsight • Filemaker Pro 		2012 - 2013	Lokal	All produksjon av nye data skjer nå i et system. Dersom data ikke konverteres, må det gjøres oppslag for historiske data i disse systemene (avhenger av hvor pasienten er behandlet tidligere). Konvertering er en forutsetning for å kunne avslutte de eksisterende systemene.
16	IKT analyseplattform for DNA sekvenseringsdata i genetisk diagnostikk	<p><u>Effekt mål:</u> Kostnadseffektiv diagnostikk og bedre pasientbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere pasienter vil få tilbud om slik diagnostikk (kvantitativt) • Bedre diagnostikk (enn dagens arbeidskrevende metode) gir en bedre behandling (kvalitativt) <p><u>Resultat mål:</u> Etablere og ta i bruk en analyseplattform for DNA sekvensdata generert med high throughput DNA sekvenseringsteknologi i</p>	2013		Lokal (Regional?)	Ny teknologi for undersøkelse av genetisk variasjon som er millioner ganger mer effektivt enn dagens løsninger. Veldig kostnadseffektivt.

	Dato:	Side: 12 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	For-analyse	Gjen-nom-føring	Finansiering	Annet
		laboratoriediagnostikk				
17	Felles IVF-system	<u>Effekt</u> mål: Kunne flytte pasientene mellom Rikshospitalet og Ullevål og utnytte kapasiteten bedre i Reproduksjonsmedisinsk seksjon. <u>Resultat</u> mål: InVitro er tatt i bruk på Ullevål.		2013	Lokal	Prosjektet er en forutsetning for omstillingsprosjektet til KVB i Reproduksjonsmedisinsk seksjon.

	Dato:	Side: 13 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt Støtte opp under OUS spesialoppgaver

Siden både Sykehuspartner, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus bruker mye ressurser på å få etablert gode løsninger for plattform, konsolidering og standardisering på de kliniske grunnsystemene, er det lite fokus på de mer spesialiserte fagsystemene. Men også innenfor dette området vil Oslo universitetssykehus ha behov for å gjøre noe for å sikre stabil drift og noe for å Støtte opp under omstilling ved Oslo universitetssykehus. Siden dette ikke er prioritert i den regionale langtidsplanen, må Oslo universitetssykehus sammen med Helse Sør-Øst RHF, finne måter Oslo universitetssykehus kan løse dette på.

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
1	Albert	<u>Effektmål:</u> Forbedret verktøy for styring av operasjonsaktiviteten <u>Resultatmål:</u> Tatt i bruk Albert ved alle operasjonsstuer i OUS. Ferdigstilt et sett med gode rapporter.		2012 - 2013	Lokal	Nødvendig oppgradering og tilpasset funksjonalitet/rapporter.
2	Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv / operasjon	<u>Effektmål:</u> Redusert feilmedisinering, Økt pasientsikkerhet, Automatisk høsting av informasjon fra MTU, mer tid til pasienten <u>Resultatmål:</u> Elektronisk kurveløsning for intensiv/operasjon er tatt i bruk på alle operasjons- og intensiveneheter.		2007 – 2014	Regional / lokal	Ta i bruk kurve ved intensiv og operasjonsenheter som ikke har tatt dette i bruk. Iht regional LTP.
3	Konsolidering og integrasjon av system for øye	<u>Effektmål:</u> Bedret pasientsikkerhet. Lettere tilgjengelige bilder. Bedre kvalitet på lagrede bilder. <u>Resultatmål:</u> System for behandling og lagring av bilder for øye tatt i bruk.	2012	2013	Lokal	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale Tilfredsstill myndighetskrav Avdelingen har vurdert Picsara og Eye-suite. Foranalyse ikke ferdigstilt.
4	Min Journal/ samhandling	<u>Effektmål:</u> Pasienter kan kommunisere med spesialisthelsetjenesten elektronisk på nye		2011 - 2016	Lokal	Tilfredsstill myndighetskrav Søker også ekstern finansiering av

	Dato:	Side: 14 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
		<p>områder. Pasienten skal ved elektronisk kommunikasjon med helsevesenet kunne benytte seg av en inngangsport for all slik kommunikasjon.</p> <p><u>Resultatmål:</u> Prosjektet vil etablere løsning for sikker elektronisk kommunikasjon mellom pasient og behandlere fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilgang til elektronisk epikrise fra HSØ sykehusene med DocuLive og DIPS. MinJournal er integrert med HelseNorge.no. Plattform for å tilby tjenester sammen med HelseNorge.no. Enhetlig pålogging til tjenester pasient – helsepersonell og helsepersonell – helsepersonell.</p>				delaktiviteter. Prosjektet søker midler fra år til år på konkrete aktiviteter/leveranser.
5	eBiobank	<p><u>Effekt mål:</u> Forskere gis forenklet tilgang til oversikt over tilgjengelig biologisk materiale.</p> <p><u>Resultatmål:</u> Klinisk datavarehusløsninger og logistikk-løsninger er iverksatt som gir tilgang til og kontroll med alt biobankmateriale og tilhørende pasientopplysninger.</p>	2010	2011 - 2016	Regional / lokal	Iht regional LTP. Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Tilfredsstiller myndighetskrav. Søker også ekstern finansiering av delaktiviteter Erfaringer og gevinster høstes underveis
6	Innføring av regional sakarkivløsning	<p><u>Effekt mål:</u> Iht. regional langtidsplan skal OUS få reduserte kostnader til drift og forvaltning av løsningen</p> <p><u>Resultatmål:</u> Ny felles regional sak-</p>			Regional	Del av regionalt prosjekt som pågår. Utsatt pga utfordringer knyttet til heterogene plattformer. Startes ca 2015-2016, etter at regional

	Dato:	Side: 15 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
		/arkivløsning er innført i hele regionen				plattform er innført på OUS.
7	Elektronisk EKG	<p><u>Effekt mål:</u> Økt tilgjengelighet og bedret kvalitet på EKG. Tidsbruk til skanning av EKG bortfaller</p> <p><u>Resultat mål:</u> Velge og anskaffe system. Integre systemet med EKG apparater og kliniske systemer på OUS. Ta systemet i bruk ved alle klinikker og realisere gevinster</p>	2014			Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Iht regional LTP (regner med at dette er en del av MTU/multimedial lagring) Forprosjekt gjennomført tidligere både på Rikshospitalet og Ullevål som kan brukes i foranalysen. Omfang må avklares, kan OUS starte med for eksempel KVB?
8	Prehospital pasientjournal	<p><u>Effekt mål:</u> Økt sikkerhet, forutsigbarhet og kvalitet i behandling, bedre presisjon i opplæringen og planleggingen av beredskapen, hevet kompetanse og målrettet valg av utstyr.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Utredningsprosjekt som leverer løsningsbeskrivelse. Anskaffe og ta i bruk løsning ved OUS.</p>	2012			Regional foranalyse er gjennomført og Ous har vært sentral i denne. Avventer regionale prioriteringer.
9	Konsolidering og integrasjon av billedlagringssystem, multimedial lagringsløsning	<p><u>Effekt mål:</u> Viktig pasientinformasjon på multimediaformat tilgjengeliggjøres for klinikere sammen med den elektroniske pasientjournalen.</p> <p><u>Resultat mål:</u> Etablering av multimedial lagringsløsning med visning av bilde/lyd, video integrert med de kliniske systemene.</p>	2015-2016		Regional	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale. Tilfredsstiller myndighetskrav. Dette er et mye etterspurt område, men vi kan ikke se at det finnes modne fellesløsninger pt som dekker alle behov. Vår vurdering er at dette bør implementeres innenfor avgrensede fagområder, prioritert etter gode BC under

	Dato:	Side: 16 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
						forutsetning av at de kan gjennomføres med lite ressurser og altså gi høy verdi. Den ultimate regionale løsningen bør utsettes.
10	Elektronisk kurve (Metavision) – Sengeområde	<u>Effekt mål:</u> Redusert feilmedisinering, Økt pasientsikkerhet, Automatisk høsting av informasjon fra MTU, mer tid til pasienten <u>Resultat mål:</u> Elektronisk kurveløsning for sengepost er tatt i bruk.		2014 – 2016	Regional	OUS har behov for å ferdigstille konsolidering av PAS, EPJ før videre utrulling av elektronisk kurve. Iht regional LTP
11	Medisinsk genanalyser, genomikk, løsning for forskning	<u>Effekt mål:</u> Støtte opp under forskning som forventes å føre til utvikling av en lang rekke nye diagnostiske og terapeutiske muligheter i løpet av få år og bane veien for en mer individualisert medisinsk behandling. Formålet med prosjektet er å sikre at man har et godt utviklet system for High Throughput Sequencing (HTS) og andre stor-skala genomikk eksperimenter behov for datalagring og dataanalyse <u>Resultat mål:</u> Anskaffe og etablere en skalerbar IKT-infrastruktur for HTS-analyser innen forskning for sykehusene i Oslo-området som kan utvides til et regionalt og nasjonalt system uten store endringer bortsett fra den faktiske fysiske utvidelsen.	2013		Forskningsmidler?	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale
12	Innføre regional diabetesjournal	<u>Effekt mål:</u> Redusere komplikasjon knyttet til diabetes ved bedre registrering og	2016		Regional	Behov for regional ramme-/kjøpsavtale, mulig det allerede

	Dato:	Side: 17 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
		oppfølging av risikofaktorer. Bidra til oppbygging av kunnskap om diabetesbehandlingen hos voksne i Norge for å kunne forbedre kvaliteten av <u>Resultatmål:</u> Integre systemet med de kliniske systemene på OUS og ta systemet i bruk ved alle endokrinologiske klinikker.				finnes avtale Tilfredsstillers myndighetskrav Ikke del av regional LTP. Nedprioritert inntil DIPS er innført og HSØ prioriterer det. Del av oppdragsdokumentet til HSØ ca 2010.
13	Tilpasning av avvikssystemet ifht internt forbedringsarbeid med vekt på å forenkle meldeplikt, følge opp klagesaker, forbedringsarbeidet og samhandling.	<u>Effekt mål:</u> Bedre pasientsikkerhet. Bedre samhandling og eksterne parter er involvert i forbedringsarbeidet. Mindre ledertid til meldeplikter (effektivisere byråkrati). <u>Resultatmål:</u> Samle og automatisere rapporter/meldeplikt til myndigheter. Integrasjon mellom sakarkiv og avvikssystem.		2012 – 2015	Lokal	Støtte for å dekke myndighetskrav til rapportering.
14	Søkeverktøy og forbedring av virksomhetsportal	<u>Effekt mål:</u> Det er enklere for brukerne å finne frem til administrativ elektronisk informasjon som er lagret ved OUS. <u>Resultatmål:</u> Informasjonen er strukturert og tematisert i Virksomhetsportalen på en bedre måte enn i dag. Bedre verktøy for å søke frem informasjon er etablert.	2012	2013	Lokal	Mye av funksjonaliteten finnes i nye versjoner av verktøyet som Ous må oppgradere til som del av ordinær drift og vedlikehold av løsningen.
15	Innføre elektronisk støtte for kommunikasjon mellom pasientene, primærhelsetjenesten og	<u>Effekt mål:</u> Effektivisere pasientbehandling og forbedre pasientrettede tjenester. Redusere kostnadene med 3% for de avdelinger i MED som tar systemet i bruk.			Lokal	Foreslått bruk av et verktøy, WebChoice, som er godkjent for forskning, ikke for pasientbehandling.

	Dato:	Side: 18 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Nr	Prosjekt	Prosjektbeskrivelse	Foranalyse	Gjennomføring	Finansiering	Annet
	spesialisthelsetjenesten	<u>Resultatmål:</u> Innført elektronisk støtte for 4 poliklinikker/diagnosegrupper (Diabetes, Hjertesvikt, KOLS og Nyresviktpasienter) med kommunikasjon med pasientene og deres primærleger				
16	Utvikling av KPP-modell som er tilpasset Ous/HSØ	<u>Effekt mål:</u> Gi ledelsen på alle nivå oversikt over kostnader per pasientforløp (KPP) som hjelp til å kunne styre virksomheten <u>Resultatmål:</u> Modellen er akseptert av OUS ledelse og av HSØ. Rapporter er av en slik kvalitet at de tas i bruk.	2013	2014	Lokal	Må kunne beregne kostnadsnivå for høyspesialisert medisin

	Dato:	Side: 19 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

Andre meldte behov

Nr	Behov meldt av	Prosjekt	Annet
1	AKU	Oppkobling mot VTS (Veitransportsentralen) kameraer i tunneler	
2	AKU	Forprosjekt – Resursstyringsverktøy for å tildele nærmeste ressurs oppdraget hurtigst mulig	
3	AKU	Scenario replay	Kunne gjenspille hele hendelsesforløp
4	AKU	Se hverandres ressurser på tvers av AMK sentraler	At vi som den siste av alle AMK er i Norge får mulighet til å se andres ressurser og at andre får se våres.
5	KDI	Køsystem prøvetaking medisinsk biokjemi	
6	KDI	Sporing av feilsendt rørrpost - prøver fra pasienter	
7	KDI	Talegjenkjenning patologi	
8	KDI	Talegjenkjenning radiologi	
9	KDI	Integrere laboratoriesystem ved hormonlaboratoriet	
10	KDI	Utvidelse av OAK til hele klinikken	
11	KKN	Nasjonal epilepsikirurgidatabase	
12	KVB og MED	Elektronisk tilknytning for lungefunksjonsundersøkelser	Lungefunksjonsmålinger - integrering i pasientjournal
13	MED	Hjemmerespirator - lagring av bruksdata	
14	MED	Transcutan CO2 måling - lagring av testresultater	
15	MED	Nephrobase - integrasjon	
16	MED	FeNO testresultater - integrering/lagring i pasientjournal	
17	MED	Oksymetriresultater - integrering i pasientjournalen	
18	STAB	Administrativ rapporteringsløsning	Redusere belastning av produksjonssystemer
19	STAB	Klinisk datavarehus	
20	OSS	BPMN prosesstøtte for endring av organisasjon	

	Dato:	Side: 20 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

VEDLEGG 2: SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FREM MOT 2016

Prognose 2014 - 2016

	<i>Budsjett</i>	<i>Prognose</i>		
	2013	2014	2015	2016
Ous investeringsmidler til prosjektene	32	40	40	40
Regionale investeringsmidler til prosjektene	407	540	470	360
Totale investeringer	439	580	510	400
Lokale driftsmidler til prosjektgjennomføringen (over IKT-avdelingens driftsbudsjett)	80	200	150	120
Driftskostnader lokal IKT-avdeling	49	45	45	45
Tjenestepriis Sykehuspartner (eksisterende tjenester)	508	535	660	690
Avskrivning	193	250	320	375
Totale driftskostnader	830	1030	1175	1230

Alle tall i hele mill.

Kvaliteten på estimatene i denne tabellen varierer fra estimater som er gjort på bakgrunn av en gjennomført foranalyse i prosjektene på den ene siden til tall som kun er grove anslag uten en grundigere gjennomgang av prosjektforslaget på den andre siden. Kvaliteten på estimatene er generelt dårligst mot slutten av perioden.

	Dato:	Side: 21 / 21
Oslo universitetssykehus HF Vedlegg Områdeplan IKT for Ous		

VEDLEGG 3: PROSJEKTLEVERANSER 2012

Følgene leveranser er gjort på IKT området i løpet av 2012:

Klinisk område

- FKI (Felles klinisk informasjonsgrunnlag) har produksjonssatt M3, M4 og M5
- Forprosjekt DIPS
- Stråleterapisystem på Radiumhospitalet
- Elektronisk kurve – konsolidert Metavision-løsningene på Ullevål og Rikshospitalet.
- Nytt nødnett ferdigstilt
- Ferdigstilt konsolidering av RIS/PACS på Ullevål og Aker
- Digital diktering – Oppgradere gammel DICOM til Speechmax
- Utvidelse av Nyfødtscreening
- MinJournal er oppgradert til ny versjon. (1. versjon av Diamant - forberedelse for timeavtale. Levering av labresultater for PKU pasienter.)
- Innføring og integrasjon av vekstjournal (fullføres ila 2012)

Foranalyser

- Foranalyse konsolidering og integrasjon av system for øye
- Foranalyse konsolidert Cytodose
- Foranalyse Felles PAS/EPJ i Ous
- Foranalyse Prehospital pasientjournal

Administrativt område

- Terminering av utfasede administrative løsninger (NLP (lønnshistorikk Aker og Ullevål) og Rikshospitalet's tidligere løsning for elektronisk brukerundersøkelse termineres i 2012
- Konsolidering av andre administrative løsninger (Felles Servicedesk i Ous)
- Etablering av felles løsning for håndtering av kvalitetsprosedyrer og styrende dokumentasjon
- Innføring av regionalt system for PPM (inkl. Clarity)
- Overgang fra POLK til BKM ferdigstilt.
- Regionalt kompetansesenter for nasjonale kvalitetsregistre etablert.
- Innføring av regional løsning for personalressursstyring (Aker og Ullevål er ferdige 2012, Rikshospitalet og Radiumhospitalet pågår også 2013)

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Vedlegg:

**SAK 89/2012 REGIONAL EPJ VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS,
STATUS OG REKRUTTERING HOVEDPROSJEKT**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om status forprosjekt regional elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus HF til orientering og gir sin tilslutning til plan for rekruttering fra foretaket inn i hovedprosjektet.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Denne saken må sees i sammenheng med sak 88/2012 Områdeplan IKT 2013-2016.

I styresak 152/2011 på styremøtet 15. desember 2011 ble styret orientert om oppstart av DIPS foranalyse. Foranalysens formål var å utrede konsekvensene ved å innføre DIPS i Oslo universitetssykehus HF. Foranalyserapporten forelå 15. mai 2012. På bakgrunn av denne, en i Helse Sør-Øst RHF regi fremforhandlet avtale med DIPS og IKT-strategiarbeidet som foregikk i Helse Sør-Øst RHF våren 2012, besluttet styret i sak 56/2012 på styremøtet 10. august 2012 å gjøre avrop på rammeavtalen med DIPS.

På styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 21. september 2012 ble det vedtatt innføring av PAS/EPJ på Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF måtte i løpet av første kvartal 2013, etter at forprosjektet er ferdig, presentere revidert budsjettforslag og risikovurdering, ekstern kvalitetssikring og plan for måloppfyllelse.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 066-2012 IKT-strategi og handlingsplan. Denne underbygges av nylig kommet Stortingsmelding nr. 9 (2012-13): *En innbygger – en journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

Det er laget et forprosjekt Felles PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF. Det ble redegjort for arbeidet i forprosjektet på styremøtet 25. oktober 2012, sak 77/2012. Prosjektet skal lage kvalitetssikret prosjektdirektiv og budsjett som underlag for styrebehandlingen 14. februar 2013 når styret skal ta stilling til hovedprosjektet.

Blant annet på grunn av avstanden i tid fra slutt foranalyse til start forprosjekt tok det lenger tid enn ønsket å få bemannet forprosjektet. Forprosjektet arbeider nå godt og er bra bemannet. Nærmere status om arbeidet nedenfor. Forprosjektet vil levere til tid, men det er mulig at den sene oppstart vil medføre litt økt usikkerhet på noen områder, og at noen arbeidsoppgaver som kunne vært utført i forprosjektet blir skjøvet til hovedprosjektet.

De fleste medarbeiderne fra Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidsgrupper som fullfører sitt arbeid til jul. Hvis disse skal være med i hovedprosjektet og vi avventer oppstart til etter styremøtet 14. februar 2013, får vi en uheldig og uønsket nedtrapping av prosjektet med utfordrende opptrapping etter vedtak. Hovedprosjektet har en stram tidslinje. Første halvår 2013 skal løsningen og arbeidsprosessene sykehuset går for bestemmes. Det er da de viktigste gevinstene skapes. Det er derfor svært viktig å ha god og riktig deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF i denne fasen. Derfor ønsker prosjektet alt nå å rekruttere fra Oslo universitetssykehus HF til hovedprosjektet. Prosjektet har hittil hatt møter med alle klinikker unntatt én for å rekruttere. Prosjektet håper å starte opp med disse personene i januar og da vil noen personer, når det er ønsket fra prosjektet og klinikkene, gå rett over fra forprosjektet til hovedprosjektet. Formålet med denne styresaken er å informere om og få tilslutning til den

omtalte rekrutteringen til hovedprosjektet som starter før saken har vært behandlet i styremøtet 14. februar 2013.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vurderer det som viktig at det rekrutteres personer fra helseforetaket til hovedprosjektet som beskrevet slik at prosjektet straks kan være i full aktivitet dersom styret gjør vedtak om å iverksette det den 14. februar 2013. Det er et stort arbeid som skal gjøres, og det er viktig å utnytte tiden til både å få til gode arbeidsprosesser og for å nå implementering 20. oktober 2014.

3. Status forprosjekt Felles PAS/EPJ for Oslo universitetssykehus HF (OUS), heretter kalt Regional EPJ ved OUS

Forprosjektet kom litt senere i gang enn planlagt. Prosjektet vil levere på tid. Etter hvert er prosjektet blitt bra bemannet fra de tre samarbeidsparter, DIPS/Deloitte, Sykehuspartner og Oslo universitetssykehus HF. Det har vært mindre deltagelse av leger i delprosjekt integrasjoner (spesielt opp mot laboratoriene) enn ønsket.

M 5 i FKI prosjektet (felles PAS/EPJ Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål 15.10.12) hadde prioritet. Det innebærer at ressursituasjonen for prosjektet er bedre nå som M 5 er vellykket gjennomført.

Prosjektet har velegnede lokaler og er samlokalisert med andre IT-prosjekter og IT-avdelingen i Forskningsveien. Prosjektkontoret er fullt bemannet.

Arbeidsgruppene har arbeidet godt og de fleste fullfører sitt arbeid før jul. Skrivningen av første utgave av kvalitetssikret prosjektdirektiv pågår.

Prosjektet har måttet arbeide mye med å få oversikt over alle applikasjoner i Oslo universitetssykehus HF som kan ha betydning for prosjektet. Det er nå laget en liste som skal kvalitetssikres.

Prosjektet har også arbeidet med å få oversikt over andre regionale prosjekter og deres betydning for prosjektet. Regionen har laget fem programmer: Klinisk dokumentasjon, laboratoriedata system, radiologiløsninger, digital samhandling og virksomhetsstyring og økonomi. I programmet regional klinisk dokumentasjon ligger i tillegg til vårt prosjekt, innføring av DIPS ved Sykehuset Telemark, regional standardisering DIPS, elektronisk kurve og regional fødejournal. Spesielt er samarbeidet med regional standardisering DIPS viktig da Oslo universitetssykehus HF skal være det første sykehuset med en regional versjon av DIPS. Derfor er navnet på prosjektet endret til Regional EPJ ved OUS. Det samarbeides med de andre prosjektene i programmet. Videre har innføring av regionalt laboratoriedatasystem stor betydning, men og regionalt radiologisystem, samhandling ved meldingsløftet og virksomhetsdata og økonomi.

Prosjektets styringsgruppe har hatt fem møter og styringsgruppens arbeidsutvalg ett. Hit bringes saker som må avklares. Oppstartstidspunktet for en implementering 20. oktober 2014 er fortsatt uendret. Det gjenstår en del avklaringer før budsjettet er klart. Det pågår en dialog mellom Oslo

universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om avklaring av hva som er investeringer og hva som er drift. Dette påvirker ikke totalsummen, men har stor betydning for når kostnadene må dekkes av Oslo universitetssykehus HF.

- Behovet for personell fra Oslo universitetssykehus HF ser ut til å være litt mindre enn anslått i foranalysen. Men prismodellen er usikker. I foranalysen er bare lønn (ikke sosiale utgifter etc.) lagt til grunn. Prismodellen kvalitetssikres av Oslo universitetssykehus HF ved HR.
- Behovet for personell fra Sykehuspartner er høyere enn i foranalysen.
- Behovet for personell fra DIPS/Deloitte er noe høyere enn i foranalysen.
- Opplæring av sluttbrukere øker da pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) ikke var medtatt i foranalysen.
- Infrastruktur sentralt fortsatt uendret, lokal infrastruktur økt noe.
- DIPS lisenskjøp er nedforhandlet noe.
- Utvikling/endringer i DIPS er ikke budsjettet i foranalysen. Det er nødvendig. Dialog om omfang og pris pågår.

Det er en stor usikkerhet knyttet til kjøp av tjenester fra CSAM AS i forbindelse med konvertering. Det pågår nå en dialog i Helse Sør-Øst RHF regi om Helse Sør-Øst RHF sitt totale kundeforhold til CSAM AS de nærmeste årene. Denne er planlagt fullført primo januar 2013.

Når PasDoc avvikles må sykehuset ha på plass et spesialsystem for data fra endoskopiundersøkelser og et spesialsystem for data fra ekkoundersøkelser (nå spesialsystemer tilkoblet PasDoc). Helse Sør-Øst RHF har signalisert at det bør være to regionale prosjekter ledet av Oslo universitetssykehus HF med regional finansiering. Dette må avklares, for ellers må kostnadene medtas i prosjektets budsjett.

Det gjenstår altså en del arbeid for å avklare budsjettet, men det ser ut til å øke noe.

Prosjektet har laget et rekrutteringsopplegg for rekruttering av personell fra Oslo universitetssykehus HF til hovedprosjektet. Det gis en innføring i prosjektet og det er laget behovslistene på personell som kan komme fra alle klinikker og behovslistene på personell fra den enkelte klinikk. Alle klinikkledelser unntatt en er hittil besøkt. Det er ønsket innmelding av personell medio desember med oppstart primo januar med mulighet for direkte kontinuasjon av personell fra forprosjektet som skal delta i hovedprosjektet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehuservice

Vedlegg: Utkast til leiekontrakt
Nåverdiberegning

**SAK 90/2012 LEIEAVTALE BYGG FOR SØNDRE OSLO DPS
OG BUP OSLO SYD PÅ MORTENSRUD**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til leieavtalen for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd.*
- 2. Styret ber administrerende direktør om å oversende leieavtalen for nytt felles bygg for søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd, for godkjenning i Helse Sør Øst RHF.*
- 3. Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus HF når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den. 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1.0 Sammendrag

Søndre Oslo DPS har et ønske om å samlokalisere virksomheten sin som i dag er spredt på flere bygg og adresser. Dagens lokaler er ikke hensiktsmessige for pasientbehandlingen, forventet vekst i tjenestene, eller effektiv drift.

I 2008 ble det startet et arbeid for å skaffe et felles bygg for hele Søndre Oslo DPS. Styret ble i 2010 forelagt en løsning hvor Obos Forretningsbygg (OBOS) realiserer et nybygg på Mortensrud (sak 165/2010). Etter styrets vedtak ble det i desember 2010 inngått en intensjonsavtale med Obos Forretningsbygg om planlegging av et nytt bygg som Søndre Oslo DPS eventuelt kunne leie.

Arealutviklingsplan 2025, vedtatt i sak 18/2012 den 29. mars i år, legger opp til å samlokalisere psykisk helsevern voksne og barn og ungdom (BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS). Dette understøtter sykehusets strategi om å bedre behandlingstilbudet til pasientene og å gi samhandlingseffekter. I tillegg vil det kunne gi mer effektiv utnyttelse av areal og ressurser, et mer robust og bærekraftig fagmiljø og gi reduserte driftskostnader. BUP Oslo Syd er etter dette inkludert i prosjektet på Mortensrud. Oslo universitetssykehus har vært involvert i prosjektering av bygget, og det er nå planlagt at OBOS skal føre opp et nybygg som både omfatter Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd.

Vedlagte utkast til leieavtale fremmes for styret.

2.0 Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd er i dag lokalisert på seks ulike steder, hvorav flere i uhensiktsmessige lokaler, både for pasientbehandlingen og en effektiv drift. Samlokalisering i felles bygg på Mortensrud vil gi en betydelig arealeffektivisering ved at prosjektet også innbefatter flytting av en døgnenhet på Dikemark. Det er forventet at en samlokalisering av disse enhetene vil gi flere fag- og driftsgevinster både på kort og lang sikt.

Bruk av leide lokaler, også når virksomheten samles, er en godt regulert praksis som følges også for andre deler av virksomheten. Det legges opp til langsiktige avtaler som skal gi forutsigbarhet for driften.

Leiekostnadene vil øke i nytt utleiebygg. Årsakene til dette er flere, blant andre at dagens virksomhet i BUP primært er lokalisert i bygg Oslo universitetssykehus eier. Leiearealet omfatter også plass til døgnkapasitet som flyttes fra Dikemark samt en felles parkeringskjeller. Innsparinger som følge av nybygget er imidlertid beregnet å gjøre prosjektet økonomisk lønnsomt for Oslo universitetssykehus. Bygg helseforetaket eier vil kunne selges etter at virksomheten flytter til Mortensrud.

På denne bakgrunn foreslås det at styret slutter seg til utkastet til leieavtale og at administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive den etter at den er godkjent i Helse Sør Øst.

3.0 Faktabeskrivelse

Distrikts psykiatrisk senter (DPS) skal ha ansvaret for allmennpsykiatriske oppgaver på spesialistnivå innenfor et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjonen). Det

desentraliserte tilbudet skal bestå av dag- og døgntilbud, poliklinikk og ambulante tjenester.

Søndre Oslo DPS skal ivareta spesialisthelsetjenestefunksjoner innen psykisk helsevern for befolkningen i bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø.

Søndre Oslo DPS har i dag 144 årsverk, og drives i leide lokaler på tre ulike steder; Ryenstubben 3, Holmlia Senter vei 1B og 10. Leiekontraktene går ut om henholdsvis tre og fem år. DPS har vokst ut av sine lokaler og det er krevende å utnytte ressursene på tvers. Det er særlig døgndriften som er rammet da de har sitt virke i arealer med få tilpasningsmuligheter.

I tillegg er det også planlagt å flytte en sengepost fra Dikemark til Søndre Oslo DPS. Flytting av døgncapasitet fra Dikemark er i tråd med tidligere styrevedtak og målsettingen om endret ressursfordelingen mellom DPS-funksjoner og sykehusfunksjoner, hvor målet er halvparten hver innen utgangen av 2015 (HSØ styrevedtak 061/2010). Tiltaket understøtter også tidligere føringer om avvikling av Dikemark.

Psykisk helse for barn og ungdom (BUP) er en del av spesialisthelsetjenesten som skal ha ansvaret for allmennpsykiatriske oppgaver for barn og ungdom fra 0-17 år. BUP Oslo Syd, har i dag 77 årsverk og har utelukkende poliklinisk og ambulante tjenester. De er lokalisert i et bygg helseforetaket eier i Bogerudveien 15 og i leide lokaler i Holmlia Sentervei 10.

BUP Oslo Syd skal yte spesialiserte helsetjenester til befolkningen i opptaksområdet. Det er forventet en betydelig økning av barn og unge i området fram til 2025, og BUP vil i nær fremtid også ha behov for mer plass for sin virksomhet.

Strategisk arealutviklingsplan 2025 (OUS styresak 18/2012) anbefaler en samlokalisering av psykisk helsevern voksne og barn og ungdom (BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS) som et tiltak som kan gi positive samhandlingseffekter.

Når det gjelder et bedre behandlingstilbud til pasientene og faglige gevinster ved en samlokalisering er dette som følgende;

Fagutvikling: det vil etter hvert komme sterkere krav om nasjonale føringer vedrørende evidensbaserte behandlingstiltak. Dette krever at kompetanseutvikling, evalueringer og forskning styrkes. Ved en samlokalisering både internt for BUP og med psykisk helsevern for voksne, vil dette kunne gjennomføres mer systematisk. Det stilles stadig økende krav til mer spesialiserte tjenester for psykisk helsevern, dette vil kreve tettere samarbeid mellom de ulike tjenestene og vil være lettere å gjennomføre ved samlokalisering..

Samhandling: samhandlingsreformen krever et tettere samarbeid med bydelene både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Ved å ha tettere kontakt mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten vil vi lettere fremstå som en felles representant overfor kommunen /bydelene. Samhandlingsreformen legger opp til at spesialisthelsetjenestens tilbud skal "spisses" og at bydelenes tilbud til befolkningen må ta mer hånd om forbygging og oppfølging etter at den spesialiserte behandlingen er avsluttet.

Behandlingstilbud: standardiserte pasientforløp gjennom samarbeid, tverrfaglighet, utveksling av kompetanse og god ressursutnyttelse sikres og oppnås også lettere ved en samlokalisering. Gjennom systematisk planlegging og oppfølging fra både ledelsen og

behandlere kan det bygges opp strukturer og klare retningslinjer for å få til synergi og samhandlingseffekter både innad i BUP Oslo Syd og med DPS. Felles lokalisering kan gjøre et slikt planarbeid lettere å gjennomføre.

3.1 Prosessen

I 2008 ble det satt i gang en prosess for å skaffe et felles bygg for hele Søndre Oslo DPS. Styret ble i 2010 forelagt en løsning hvor Obos Forretningsbygg (OBOS) realiserer et nybygg på Mortensrud (sak 165/2010). I styresaken godkjente styret i OUS arbeidet med å fremforhandle en leieavtale med OBOS:

”Styret godkjenner at det gjennomføres videre planlegging med sikte på å realisere en avtale med OBOS om et leiebygg for Søndre Oslo DPS i tråd med den beskrivelse som er forelagt i saken.

”Forut for inngåelse av en leieavtale legges det frem en sak for styret for godkjenning, som oversendes til Helse Sør-Øst RHF for behandling og endelig godkjenning”

Det ble inngått en intensjonsavtale med OBOS med formål å planlegge et nytt leiebygg for Søndre Oslo DPS. På bakgrunn av Arealutviklingsplanens anbefaling, nevnte samhandlingsgevinster, og sett fra i et arealutviklingsperspektiv, var det naturlig å vurdere hvorvidt det var mulig å inkludere BUP Oslo Syd innenfor Mortensrud prosjektets rammer. Det ble gjennomført interne og eksterne juridiske vurderinger som konkluderte med at forholdet er i tråd med lov om offentlige anskaffelser, og at vedlagte leieavtale er en ordinær leieavtale.

Ledelsen i senter for psykisk helse barn og ungdom har vært positive til å inkludere BUP Syd i prosjektet, noe fagmiljøet og ledelsen ved Søndre Oslo DPS støttet. En samlet ambisjon er å utvikle samhandlingen mellom de to fagmiljøene og for å sikre overgangen etter fylte 18 år. Dette vil i fremtiden bidra til å skape mer robuste fagmiljøer og bygge ned skillene mellom fagmiljøene, - noe også brukerne og enhetens samarbeidspartnere er opptatt av.

BUP Oslo Syd ble inkludert i prosjektet januar 2012, og det er lagt planer for at OBOS skal føre opp et nybygg som både omfatter begge enhetene.

Søndre Oslo DPS har i sitt ”Nytt hus-prosjekt” siden oppstarten i 2006, hatt bred involvering av brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Det har vært nedsatt medvirkningsgrupper som fortløpende har vurdert og kommet med innspill til utformingen av bygget. Flere nybygde DPS, blant annet Follo DPS og DPS Stavanger har vært besøkt for å dele erfaringer. Rådgivere i prosessen har vært Hospitalitet, som har lang erfaring med sykehusplanlegging og utvikling av DPS og BUP.

I arbeidet med prosjekter har det vært etablert egne arbeidsgrupper og medvirkningsgrupper som har bidratt i arbeidet med å utforme bygget slik det i dag fremstår. Det lokale brukerrådet på Søndre Oslo DPS og brukerrådet ved Senter for psykisk helse barn og ungdom er forelagt prosjektet og har kommet med sine innspill.

Prosjektet er også drøftet med klinikken tillitsvalgte og verneombud. De tillitsvalgte anerkjenner virksomhetens mål om arealeffektivisering, og at et nybygg til DPS er et viktig bidrag til dette. DPS prosjektet virker å være gjennomarbeidet og lokalt forankret siden

oppstart i 2008. Tillitsvalgte ser at dette vil løse de store bygningsmessige utfordringene DPS'et har.

De faglige gevinstene ved en samlokalisering har i liten grad vært gjenstand for diskusjon i fagmiljøet på BUP Syd, og det er etterlyst en grundigere risikovurdering og konsekvensanalyse knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling ved en samlokalisering på Mortensrud

Fagmiljøet har også et delt syn på effektene av samhandling mellom BUP og DPS. Selv om økt samhandling mellom BUP og voksenpsykiatrien bør styrkes, vil uansett hoveddelen av virksomheten for BUP være rettet mot samarbeidsparter i bydel. Faglig vurderes miljøene i BUP Syd såpass store at de allerede drar vekslers på hverandre. Det påpekes at økt faglig samarbeid fremmes av ledelse og organisering, ikke av lokalisering i seg selv.

I tillegg har klinikktillitsvalgte kommet med følgende betraktninger:

BUP Syd driver i dag i tilfredsstillende lokaler, med en gunstig leievatiale, og en inkludering i prosjektet synes å gi en begrenset arealgevinst til en relativ høy kostnad. Det settes også spørsmål til om det er fornuftig å flytte fra en eid bygning til en leide lokaler. Tillitsvalgte er bekymret for at økte leiekostnader vil gå på bekostning av behandlingstilbudet i BUP Syd, og mener at de økonomiske beregningene for BUP, isolert sett, kunne vært bedre belyst.

Nybygget på Mortensrud er drøftet som egen sak i klinikkens brukerråd. Brukerrådet er enige i at dette kan bli et faglig bra tilbud for pasientene, og at det er positivt at Søndre Oslo DPS og poliklinikken på Dikemark samles i et hus. Det gjenstår å se om det er positivt for BUP Oslo Syd å flytte til huset.

3.2 Konsekvenser

Det er utarbeidet en konsekvensvurdering som viser gevinster og konsekvenser av å samle Søndre Oslo DPS (inkludert en døgnenhet på Dikemark) og BUP Oslo Syd fra 6 til 1 adresse i et felles nybygg:

- Årsverk reduksjon som følge av samlokalisering.
- Reduksjon transportkostnader
- Arealeffektivisering.
- Bortfall av faste drifts og vedlikeholdskostnader i Bogerudveien 15.
- Bedre arbeidsmiljø - HMS

En samling i et bygg vil medføre bedre utnyttelse av ressurser på tvers av enheter/lokalisasjoner. Dette vil i særlig grad gjelde døgnvirksomheten. Døgnvirksomheten blir i leiebygget samlet på et plan. Arealene vil være oversiktlige og tilpasset moderne psykiatrisk behandling herunder de sikkerhetsbehovene som kreves i en psykiatrisk døgnavdeling. Til sammen vil dette redusere behovet for antall personer på vakt gjennom døgnnet og redusere antall ledere.

Den spredte geografiske lokaliseringen medfører reisevirksomhet mellom de ulike adressene, til møter, kurs, veiledning etc. noe som tar ressurser fra klinisk virksomhet. Samling i et bygg vil redusere denne tidsbruken som igjen kan føre til at antall årsverk kan reduseres.

Større enheter gir færre ledere og muligheter for å etablere mer robuste enheter. Dette medfører bedre ressursutnyttelsen på tvers. I tillegg vil en redusere antall ekspedisjoner, resepsjon/mottak og dagens dupliserte støttefunksjon.

Lokalfunksjoner samling av gjenværende virksomhet på Dikemark i et bygg er beregnet til å utgjøre ca 18 årsverk. Bemanningsplaner/turnus er utarbeidet.

	2012	Etter samlokalisering	Effekt
BUP Oslo Syd	77 årsverk	73 årsverk	-4 årsverk
ASD, Dikemark	123 årsverk	91 Årsverk	- 32 årsverk
SO DPS	94 årsverk	87 årsverk	-7 årsverk
SO DPS, Døgn ¹	50 årsverk	64 Årsverk	+ 14 årsverk
Nettoeffekt	344 Årsverk	315 Årsverk	- 29 årsverk

I den økonomiske beregningen er det lagt inn et behov for tilleggsarealer for DPS hvis ikke utleiebygget realiseres. Tilleggsarealene er økning i antall døgnplasser fra 22 til 30 plasser, og en økning i arealer til poliklinikk og ambulans aktivitet. Til sammen utgjør dette ca 2500 kvm. BUP vil ha behov for ca 250 kvm til utvidelse av poliklinikk og ambulans virksomhet. Synergien ved å samle virksomheten bortfaller ved en slik løsning, primært fordi det ikke lar seg gjøre å utvide arealene i nåværende leide lokaler.

Muligheten for å tilpasse virksomheten og bygge et nytt bygg med tanke på fremtidens behov og drift, medfører en bedre arealutnyttelse. Samling til en adresse reduserer behovet for fellesarealer, og sambruk av eksisterende fellesarealer. I tillegg vil en samlokalisering av lokalfunksjoners virksomhet på Dikemark frigjøre 1. etasje + kontorfløyen i Verkenveien 19 - ca 2500 kvm.

Arealbehovet i fremtiden er arealer til økning i DPS døgnplasser, samt fremtidig utvidelse av DPS og BUP, for å møte befolkningsutviklingen i opptaksområdet.

	Dagens	Nybygg	Areal effektivisering
Søndre Oslo DPS/Døgn Dikemark	8 180 kvm	6170 kvm	-2010 kvm
BUP Oslo Syd	3 926 kvm	2949 kvm	- 977 kvm
Fellesarealer i nybygg		1223kvm	1223 kvm
Arealbehov fremtiden uten nybygg (BUP/DPS)	2 750 kvm		-2 750 kvm
Til sammen	14 856 kvm	10 342kvm	-4 514 kvm

Når det gjelder arbeidsmiljø, har det som nevnt vært stor grad av brukerinvolvering i prosjektet, og nybygget designet og tegnet med utgangspunkt i ansatte og brukers behov. Bygget vil ha nye lyse og tidsriktige lokaler, og moderne ventilasjonsanlegg som tilfredsstillende dagens HMS-krav. Likeledes er sikkerheten for både ansatte og brukere er i høy grad ivarettatt gjennom utformingen av bygget. Samling av døgnvirksomheten på et plan, samt egen mottaksenhet for øyeblikkelig hjelp er eksempler på dette. Mulighetene for å utnytte personalressurser på tvers av enhetene, bidrar til å øke sikkerheten. Døgnenheten har egne sikkerhetssoner med muligheter for å skjerme pasienter fra det øvrige behandlingsmiljøet.

Arealene på Bogerud er relativt nyoppusset og kan utbygges med en etasje. Dette samt en utvidelse av eksisterende leiearealer på Holmlia senter er ikke vurdert i denne prosessen. En samlokalisering og flyttingen vil nødvendigvis ikke anses som en forbedring, men som

en ekstra belastning på arbeidsmiljøet. BUP Oslo Syd driver utelukkende poliklinisk og ambulant virksomhet, og ekstra reisevei til samarbeidspartnere og flytteprosessen til Mortensrud, er i prosessen pekt på som negativt for arbeidsmiljøet.

Ulike leiealternativer:

Leiebygget er dimensjonert for å møte behovet for psykisk helsevern i opptaksområdet. I detaljprosjekteringen og lønnsomhetsanalysen, er disse funksjonenes arealbehov vurdert ut i fra følgende tre alternativ:

Alternativ 1: DPS og BUP, uten råbygg.

Alternativ 2: DPS og BUP, med en opsjon på lokaler i et råbygg

Alternativ 3: Bare DPS

	Bygg inkl. BUP arealbehov uten råbygg	Bygg inkl. BUP arealbehov + Opsjon 1096 kvm Råbygg	Bygg eks. BUP (Plan 03)
Alternative leie	Alt. 1	Alt. 2.	Alt. 3
PLAN 01 + 02 - DPS OG BUP	5955	5955	5955
PLAN 03 - DPS OG BUP	1279	1279	
DØGNPOSTER - PLAN 01	2596	2596	2596
RÅBYGG - PLAN 03		1100	
RÅBYGG OVER DØGN - PLAN 03			
PARKERINGSKJELLER - PLAN U1-A	2382	2382	2382
TEKNISK ROM – PLAN 01 +U1-A	512	512	512

Det er planlagt at DPS skal disponere ca. 6 000 kvm og BUP ca. 3 000 kvm, 850 kvm er planlagt fellesarealer. I tillegg kommer felles parkeringskjeller og tekniske rom.

Med utgangspunkt i de tre alternativene ønsker man å fremme leiealternativ 2 for styret i OUS. Leieforholdet vil da gjelde for 10 342 kvm brutto i tillegg kommer parkeringsareal og råbygg. Råbygget representerer en fremtidig elasticitet og en oppføring av dette vil redusere ulempene og kostnadene ved en fremtidig utvidelse.

Investeringer og leiekostnader

Dersom aktiviteten ikke samles som beskrevet, vil det raskt bli behov for å leie ytterligere lokaler for totalt 6,5 millioner kroner. Det vil si at dagens kostnadsnivå ikke er et reelt alternativ. Dette er lagt til grunn i vurdering av prosjektets økonomi.

En realisering av nytt felles bygg for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd i tråd med den beskrivelse som er forelagt i denne saken innebærer inngåelse av en leiekontrakt med leiepris på 33,4 millioner kroner per år. I tillegg kommer årlige felleskostnader på 3,5 millioner kroner og kostnader til energi, renhold og drift av egne installasjoner i bygget (overfallsalarmanlegg) etc. på 300,- per kvm. Inklusive felleskostnader og kostnader til energi etc. vil kostnader knyttet til arealene på Mortensrud utgjøre 40,7 millioner kroner per år.

En slik samlokalisering betyr samtidig at aktivitet flyttes ut av dagens leide arealer som gir bortfall av 16,6 i årlige leiekostnader. I tillegg reduseres dagens driftskostnader 23,3 millioner

kroner årlig gjennom arealeffektivisering, årsverk reduksjon, redusert transport og reduserte drifts og vedlikeholdskostnader. Totalt en reduksjon i netto kostnader på 46,5 millioner kroner. Netto gevinst er beregnet til 5,8 millioner kroner per år (dette inkluderer bortfall av fremtidig behov for leie av lokaler for 6,5 millioner kroner).

Investeringsbehov i utleiebygg er inventar og brukerstyr. Det forutsettes 50 % medflytting av inventar/brukerstyr. Investeringer til brukerstyr er beregnet til totalt 25 millioner kroner.

Lønnsomhetsanalysen viser til at prosjektet er beregnet å ha en positiv nåverdi på 27 millioner kroner. Det vil si at netto gevinst på 52 millioner kroner er 27 millioner kroner høyere enn investeringskostnaden på 25 millioner kroner.

Likviditetsmessig kan finansiering av investeringen skje gjennom realisering av fast eiendom eller eventuelt gjennom omstillings midler knyttet til samlokalisering av virksomhet.

Leieavtalen

Utkast til leieavtale er vedlagt. Dette er en standard leiekontrakt og gjelder leie av nyoppført bygg. Den vil gjelde i en periode på 10 år fra januar 2015, med opsjon på 5 + 5 år.

Kontrakts nr.

Leietid **10 år + 5 år + 5 år**

UTKAST TIL LEIEKONTRAKT FOR LOKALER

Utleier : **OBOS Forretningsbygg AS**
Organisasjonsnr.: 930869147
Adresse : Hammersborg torg 1, 0129 Oslo
PB 6666 – St.Olavs Pl., 0129 Oslo

Og
Leietaker: Oslo universitetssykehus HF
Org.nr. /Pers.nr:
Adresse: Kirkeveien 166, Oslo

har inngått avtale om leie av lokaler i eiendommen: del av gnr. 179 bnr. 001 i Oslo kommune

Adresse : Helga Vareks vei 4 Mortensrud, Oslo

DEL A

1 LOKALET

Leieforholdet gjelder følgende lokaler i eiendommen :

Arealer	Type		M² BTA
Plan 1-3	DPS og BUP		7.234
Plan 1	Døgnposter		2.596
	Teknisk		512
	Sum		10.342
	Parkering/Boder		2.382
	Sum BTA		12.724
	Råbygg 3. etg.		1.100
	Sum BTA		13.824

Vedlagt følger plantegning som viser det leide areal. Oppmåling av leiearealene er foretatt i henhold til Norsk Standard 3940, dog slik at i tilleggssdel (NS 3940 pkt. 3.2) inngår ikke garasje eller portrom, arkader og andre åpne deler. Fellesarealet kan endres av utleier. De oppgitte arealer er godkjent av partene. Eventuelle feil i arealangivelsene gir ikke rett til å kreve leien nedjustert, og medfører heller ikke noen endring av denne leieavtales øvrige bestemmelser.

2 BRUK AV LOKALET

Lokalet skal benyttes til : Distriktpsikiatrisk sykehus. BUP.

Skifte av bransje eller forandring av virksomheten i lokalene, herunder drift av annen beslektet virksomhet, er ikke tillatt uten utleiers forutgående, skriftlige samtykke. Det samme gjelder salg, eksponering, lagring o.l. i fellesarealer. Dersom leietakers virksomhet fører til en endret avgiftsmessig belastning for utleier, regnes dette som forandring av virksomhet.

Utleier legger til grunn at utleien ikke er mva. pliktig virksomhet. Leietaker må senest ved kontraktsinngåelse orientere utleier skriftlig dersom deler av virksomheten ikke er mva. pliktig.

3 OVERTAKELSE

Lokalene leveres i samsvar med vedlagte dokumenter som er en del av denne kontrakt.

4 LEIETID

Leieforholdet løper fra 01.01.15 til 31.12.24, hvoretter det opphører uten oppsigelse.

Leieforholdet kan ikke sies opp i leieperioden.

Dersom utleier beslutter videre utleie av lokalene etter utløp av første leieperiode, har leietaker rett til å forlenge leieforholdet på eksisterende vilkår frem til 31.12.29 og senere 31.12.34., hvoretter leieforholdet utløper uten oppsigelse.

Dersom det i leieperioden har skjedd endringer i de offentlige rammevilkårene for utleie siden den opprinnelige kontrakt ble inngått, og disse endringene har betydning for dette leieforholdet, er leietaker innforstått med at utleier kan endre vilkårene i den opprinnelige kontrakt til ugunst for leietaker, jf. for eksempel denne kontrakt pkt. 5 bokstav F) siste ledd.

Ønske om ny avtale må fremmes skriftlig senest 6 måneder før leieforholdet opphører, og avtale må være inngått senest 4 måneder før samme dato. I motsatt fall er fortrinnsretten bortfalt.

Leietaker skal flytte ut uoppfordret ved leieforholdets opphør. Leieavtalen går ikke over til å være tidsbestemt som følge av at utleier ikke oppfordrer leietaker til å flytte.

Blir lokalet ødelagt ved brann eller annen hendelig begivenhet kan utleier erklære seg fri fra alle rettigheter og forpliktelser under leieavtalen.

5 LEIESUM/FELLESUTGIFTER

A) LEIESUM

Leiesummen eks. mva. fordeler seg således:

Etasje	Type	M ² BTA	Pris pr m ²	Pris pr år	Pris pr kvt
Alle	sykehus	12724	Kr 2554,-	Kr 32.495.000,-	kr 8.123.750,-
Alle	sykehus	13824*	Kr 2416,-	Kr 33.401.000,-*	Kr 8.350.250,-*

*) Inkludert råbygg

Leietaker belastes ikke med mva på leie.

Leien reguleres hvert år 01.01. med økningen i Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks eller annen indeks som erstatter denne. Regulering skjer første gang med basis i indeks pr. 15.09.13 (basisindeksen). Basisindeksen og indeks pr 15.09 året før hver regulering legges til grunn for etterfølgende reguleringer.

Leien skal ikke kunne reguleres under den leie som ble avtalt på kontraktstidspunktet.

Ved offentlig inngrep (prisstopp o.l.) som begrenser den leie utleier ellers kunne tatt etter denne kontrakt, skal kontraktens regulerte leie løpe fra det tidspunkt og i den utstrekning det måtte være lovlig adgang til det.

B) FELLESUTGIFTER

I tillegg til leien betaler leietakeren sin forholdsmessige andel av eiendommens fellesutgifter i henhold til regnskap. Andel av fellesutgifter betales med et å kontobeløp sammen med og i tillegg til leien. Det foretas avregning og oppgjør innen første halvår det påfølgende år.

Fellesutgiftene fordeles etter lokalenes andel av eiendommen. Neste års å konto-innbetaling baseres på budsjett/regnskap. Utleier har rett til å regulere a konto beløpet i løpet av året, dersom kostnadene stiger med mer enn 10 % av budsjett.

Hva fellesutgiftene omfatter, fremgår av vedlagte oversikt. (Vedlegg 1)

Dersom det etter kontraktens inngåelse oppstår nye kostnader/avgifter for eiendommen, eller utleie av denne, har utleier rett til å kreve leietaker for den andel som faller på de lokaler som denne kontrakt omfatter.

Drift/vedlikehold av bygningen utføres av eget driftsselskap.

A konto fellesutgifter eks. mva. utgjør:

Type	M ² BTA	Pris pr m ²	Pris pr år	Pris pr kv
sykehus	12.724	Kr 250,-	Kr 3.181.000,-	kr 795.250,-
Sykehus	13.824*	Kr 250,-	Kr 3.456.000,-*	Kr 864.000,-*

*) Inkl. råbygg i 3. etg.

C) LEIETAKER SKAL DESSUTEN FOR EGEN REGNING BETALE :

- Energi til egne lokaler, etter egen måler eller fellesmåler.
- Rengjøring av egne lokaler. Vask av vinduer inn- og utvendig, samt rengjøring av solavskjerming.

- Vaktmestertjenester som leietaker rekvirerer, og som ikke inngår i felleskostnadene.
- Utleier kan kreve at leietaker selv holder egen vannmåler og dekker utgiftene til dette samt betaler vannforbruket.
- Leietaker har selv ansvar for og bærer alle kostnader forbundet med drift og vedlikehold av alle tekniske anlegg/installasjoner som han selv har anbrakt i lokalene.
- Egne forsikringer, jf. pkt. 10.

Dersom leietaker blir registrert i merverdiavgiftsmanntallet gjelder pkt. D.

D) MERVERDIAVGIFT / SÆRLIGE FORHOLD

1. Dersom utleier er registrert i merverdiavgiftsmanntallet for de arealer, eller deler av arealer, leieforholdet omfatter, eller velger å søke om slik registrering, eller slik registrering blir pålagt ved lov, skal leie, fellesutgifter og eventuelle andre utgifter knyttet til den registrerte del av leieforholdet tillegges merverdiavgift med den til enhver tid gjeldende sats.
2. Leietaker er klar over at den faktiske disponering av leieobjektet er avgjørende for utleiers fradragsrett for inngående merverdiavgift. Endret bruk av leieobjektet, i form enten av endret faktisk bruk eller fremleie, må ikke finne sted uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag, uten at leietaker kan si opp avtalen.
3. På bakgrunn av avgiftsmyndighetenes dokumentasjonskrav plikter leietaker å gi en skriftlig, årlig redegjørelse innen 31. desember over sin bruk av leieobjektet, samt, ved eventuell fremleie, også bekreftelse på at han er frivillig registrert for fremleien, samt en skriftlig redegjørelse fra fremleietaker over dennes bruk av leieobjektet.
4. Dersom utleier plikter å tilbakeføre merverdiavgift etter merverdiavgiftslovens regler som følge av leietakers bruksendring som nevnt over, skal leietaker erstatte fullt ut tilbakeføringsbeløpet samt eventuelt rentekrav og øvrige kostnader forbundet med tilbakeføringen. Det samme gjelder dersom tilbakeføringskravet skyldes manglende oversikt over leietakers/fremleietakers bruk eller manglende bekreftelse på at leietaker i fremleietilfellet er frivillig registrert.
5. Eventuelle erstatningskrav som følge av mislighold av bestemmelsene i punkt "D om merverdiavgift/særlige forhold", forfaller til betaling ved påkrav. Leietakers betalingsbestemmelser samt misligholdsbestemmelsen i punkt 13 gjelder tilsvarende.

6. Leietaker skal alltid, uavhengig av om leieobjektet benyttes i avgiftspliktig aktivitet eller ikke, gi utleier en redegjørelse / spesifikasjon mht. totale aktiveringspliktige påkostninger foretatt på leieobjektet i løpet av regnskapsåret, herunder totalt påløpt merverdiavgift. Leietaker skal også innhente tilsvarende dokumentasjon fra (alle) eventuelle fremleietakere. Dokumentasjonen skal tilfredstille de krav som til enhver tid måtte følge av merverdiavgiftslovgivningen. Utleier kan gi nærmere instruks om utforming av dokumentasjonen og til hvilket tidspunkt den senest skal være inngitt.

7. Ved opphør av leieforholdet, uansett grunnlag, skal leietaker beholde sin egen justeringsforpliktelse på de bygningsmessige tiltak som han måtte ha foretatt på leieobjektet. Dette innebærer at det er leietaker som skal justere inngående avgift dersom fremtidig begivenheter utløser rett eller plikt til justering av inngående avgift knyttet til det / de aktuelle bygningsmessige tiltak. Utleier kan dog velge å overta leietakers justeringsforpliktelse /r, hvilket forutsetter at utleier skriftlig meddeler dette til leietaker. I så fall plikter leietaker å medvirke til at den dokumentasjon lovgivningen til enhver tid krever i forbindelse med overføringen, eller som ellers er nødvendig for at utleier skal kunne foreta korrekt avgiftsbehandling, utarbeides og/eller fremlegges.

E) FORSINKET BETALING :

Ved forsinket betaling av leie m.v. etter denne kontrakt, svares forsinkelsesrente i henhold til lov om forsinket betaling av 1976 nr. 100 eller lov som trer i stedet for denne. Utleier har rett til å kreve gebyr ved puring.

F) BETALING AV LEIE OG FELLESUTGIFTER

De totale leiekostnader utgjør således ca. kr **35.675.000,- / kr 36.857.000,- (inkl. råbygg i 3. etg.)**pr år. Beløpet skal innbetales til kontor nr: 1632.10.00014, merket med leietakers kontraktsnummer.

Leien forfaller til betaling ved overtakelsesdato den for gjenstående del av måned , deretter forfaller leien til betaling forskuddsvis den 1. i hvert måned.

Dersom utleie av eiendom blir belagt med særlige skatter og/eller avgifter, skal leietaker betale sin forholdsmessige del basert på leien fastsatt i denne paragraf første ledd.

6 SÆRLIGE BESTEMMELSER

Det ble den 7. Februar 2012 inngått en intensjonsavtale mellom OBOS Forretningsbygg AS og Oslo Universitetssykehus HF. Avtalen vedlegges som informasjon til denne leiekontrakt.

Leiekontrakten gjelder leie av nyoppført bygg. Byggets størrelse, standard og utforming beskrives i vedlagte tegninger, kravspesifikasjon (overordnet teknisk program) utarbeidet av leietaker samt øvrige dokumenter som

vedlegges og er en del av denne kontrakt. Leietaker har selv deltatt i prosjekteringen og har i stor grad bidratt til å påvirke sluttproduktet.

Leiesummen er beregnet på bakgrunn av byggekostnadene spesifisert i beregninger utført av AS Bygghanalyse. Bygningsmessige endringer som ikke er beskrevet i kravspesifikasjonen må ikke utføres uten samråd med utleier. Etterbestillinger eller endringer som medfører endringer i byggekostnader vil gi utslag i leiepris, og beregnes ut i fra samme kriterier som er lagt til grunn for nåværende leiepris. Økte arealer vil også kunne medføre økte felleskostnader. Felleskostnader beregnes forøvrig ut i fra faktiske kostnader. Regnskap presenteres leietaker en gang pr. år.

Leiekontrakten omfatter også bruk av utvendig areal regulert som vist i vedlagte tegning.

Tilbygg:

- 1) Bygget er konstruert til å tåle et tilbygg over døgnpostene. 1.518 kvm er kostnadsberegnet og vil med dagens verdi kost ca kr 3.380.000,- pr. år i leie.
- 2) Det kan etter avtale med leietaker oppføres et råbygg på 1.045 kvm i 3. etg. i hovedbygget. Kostnadene belastes leiesummen. Innredning vil være mulig å foreta i ettertid.

De oppgitte priser er basert på Bygghanalyses AS beregninger juni 2012. Det tas forbehold om prisregulering i h.h.t. KPI fra juni 2012 til overtakelsesdato.

DEL B

8 MANGLER

Leietaker må gi melding om mulige skader og mangler m.v. innen rimelig tid etter at han oppdaget eller burde ha oppdaget dem. Leietaker plikter straks og uten opphold å melde til utleier enhver skade på leide lokaler som må utbedres. Feil og mangler som leietakeren kjente eller burde kjenne til ved avtaleinngåelsen, kan ikke gjøres gjeldende. Feil og mangler som leietaker ved overtakelsen kjente eller burde kjenne til må meldes umiddelbart.

9 FREMLEIE/OVERDRAGELSE/SELSKAPSMESSIGE ENDRINGER

Fremleie og overdragelse av kontrakten, helt eller delvis, er ikke tillatt uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag, uten at leietaker kan si opp avtalen. Manglende svar på søknad om samtykke til framleie og overdragelse av kontrakten anses ikke som samtykke.

Overdragelse av minst 50 % av aksjene, selskapsandelene eller eierinteressene hos leietaker ansees som overdragelse av kontrakten. Det samme gjelder leietakers skifte av selskapsform.

Det regnes også som overdragelse av leiekontrakten når aksjer/andeler i selskapet overdras i slikt omfang at leietaker ikke lenger har bestemmende

innflytelse over selskapet. Leietaker skal på forespørsel gi opplysninger bekreftet av leietakers revisor om slik overdragelse.

Enhver selskapsmessig endring som vesentlig forringer leietakers økonomiske stilling overfor utleier, gir utleier anledning til å si opp leiekontrakten.

10 LEIETAKERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- a) Leietaker skal behandle lokalene og eiendommen for øvrig med tilbørlig aktsomhet. Han plikter å erstatte all skade og mangler som skyldes ham selv eller folk i hans tjeneste, fast eller tilfeldig, samt fremleietakere, kunder, leverandører og/eller andre personer som han har gitt adgang til lokalene eller eiendommen for øvrig. Erstatningsplikten omfatter også utgifter som måtte følge av utrydding av utøy.
- b) Lokalene må ikke brukes på en måte som forringer eiendommens om-dømme eller utseende eller ved støv, støy, lukt, rystelse eller på annen måte sjenerer andre leietakere eller naboer.
- c) Leietaker plikter å følge gjeldende ordensregler, brann/rømningsinstruks samt instruks for heiser og øvrige tekniske anlegg, som til enhver tid gjelder i eiendommen. Knuste ruter i ethvert rom som omfattes av leieforholdet, må straks erstattes med nye. Temperatur i rom med vann- og/eller avløpsrør må være så høy at frostskafer unngås.
- d) Leietaker kan ikke uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke benytte eiendommens fellesarealer til egen eksponering (for eksempel salg, oppslag og lignende).
- e) Medfører virksomheten forhøyelse av eiendommens forsikringspremier eller faste avgifter, plikter leietakeren selv å betale forhøyelsen. Leietaker plikter å melde til utleier ethvert forhold og/eller endring i virksomheten som kan få følger for eiendommens forsikringspremie.
- f) Leietakeren plikter å innhente alle nødvendige tillatelser for sin bruk av lokalene. Krav eller pålegg fra arbeidstilsyn, brannvernsbestemmelser, sivilforsvar eller annen offentlig myndighet, foranlediget av den virksomhet som drives i lokalene, er leietakers ansvar.
- g) Leietaker plikter å delta i eiendommens fellesordning for bortkjøring av avfall. Utgifter hermed inngår i eiendommens fellesutgifter. Avfall av ekstraordinært omfang eller karakter, herunder også fettutskiller og oljeutskiller m.v. til eget bruk, må leietaker selv besørge fjernet for egen regning. I motsatt fall vil utleier la avfallet fjerne for leietakers regning.
- h) Leietaker plikter å gi utleier adgang til lokalene i kontor-/forretningstid alle dager, for ettersyn, reparasjon, vedlikehold, taksering o.l. Ønsker utleier å utføre de nevnte gjøremål, skal han påse at disse blir til minst mulig ulempe for leietaker, og skal om mulig varsle leietaker på forhånd. Dersom det anses nødvendig for å forebygge eller begrense akutt skade på eiendommen, har utleier rett til å skaffe seg adgang til lokalene.

- i) Leietaker plikter å delta i eventuell skiltordning, og skal selv bekoste eget firmanavn påført.
- j) Leietakeren har ansvaret for og bærer kostnader ved vedlikehold av de leide lokaler, herunder fornyelse av tapet og gulvbelegg og annen oppussing og istandsetting innvendig, overflatebehandling av gulv, vegger og tak. Videre omfatter vedlikeholdsplikten ledninger og innretninger som hører til forsyning med og avløp for vann, gass, varme og elektrisk strøm fra egen sikringstavle til lampepunkter og stikkontakter samt tele- og datakabler, ventilasjons- og kjøleanlegg, brann- og varslingsanlegg, inngangskontroll o.l. dersom dette ikke er ivaretatt av utleier via fellesutgifter. Offentlige pålegg i relasjon til ovenstående inngår i krav til tekniske løsninger og utførelse.
- k) Leietakeren har ansvaret for umiddelbart å utbedre skader etter innbrudd/tyveri i de leide lokaler inkludert inngangsdører, vinduer, låser o.l. Leietaker må selv tegne forsikring som dekker disse elementer
- l) Alt arbeid leietakeren plikter å utføre, skal foretas uten ugrunnet opphold og på en håndverksmessig forsvarlig måte.
- m) Oppfyller ikke leietakeren disse forpliktelsene, kan utleier, etter skriftlig varsel med 14 dagers frist, utføre vedlikeholdsarbeidene for leietakerens regning.

11 ENDRING AV LOKALE/SKILTING

Leietaker kan ikke uten utleiers skriftlige samtykke foreta forandringer i lokalet eller på eiendommen for øvrig. Slikt samtykke kan gis på betingelse av at forandringene tilfaller utleier uten godtgjørelse ved leieforholdets slutt, eller at leietaker setter lokalene tilbake til opprinnelig stand.

Det kreves ikke utleiers samtykke til utføring av tiltak som faller inn under vedlikeholdsplikten etter denne kontrakt.

Skilter o.l. må ikke settes opp uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Dette gjelder så vel skilter på fasade, tak, arkader, utvendige ganger, parkeringsplasser o.l. Utleier kan kreve at utforming og plassering av skilt skal skje i henhold til en felles skiltplan for eiendommen. Dersom slik godkjenning gis, er leietaker ansvarlig for å innhente de nødvendige offentlige tillatelser.

Leietakeren bærer alle omkostninger i forbindelse med de forandrings- og installasjonsarbeider han ønsker utført, inkludert drifts- og vedlikeholdskostnader samt ajourføring av teknisk dokumentasjon.

12 UTLEIERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- a) Utleieren skal sørge for at lokalet stilles til leietakers disposisjon i samsvar med de krav som følger av leiekontrakten.
- b) Det påhviler utleier å bekoste utvendig bygningsmessig vedlikehold. Likeledes utskifting av tekniske innretninger, slik som heiser, ventilasjonsanlegg og fyringsanlegg.
- c) Utleier er berettiget til å foreta alle arbeider som måtte være nødvendige til eiendommens forsvarlige vedlikehold eller fornyelse, og til i samme utstrekning å foreta ethvert forandringsarbeid såvel i som utenfor de leide lokaler. Utleier har rett til å sette opp felles anvisningsskilt. Leietakeren plikter å medvirke til at ledninger, kanaler, rør, o.l. til andre deler av eiendommen, kan føres gjennom det leide lokalet.
- d) Leietakeren plikter å avfinne seg med slike arbeider uten erstatning eller avslag i leien, med mindre ulempene for ham er vesentlige.

13 LEIETAKERS AVTALEBRUDD - UTKASTELSE

Blir den avtalte husleie samt fellesutgifter/tilleggsytelser i henhold til punkt 5, ikke betalt innen 14 dager etter at skriftlig påkrav har funnet sted på eller etter forfallsdag, vedtar leietaker at han kan kastes ut uten søksmål etter tvangsfullbyrdelseslovens § 13-2, tredje ledd, litra a). Flytter ikke leietaker når leietiden er ute, vedtar han likeledes at han kan kastes ut uten søksmål etter tvangsfullbyrdelseslovens § 13-2, tredje ledd, litra b).

En leietaker som blir kastet ut eller flytter etter krav fra utleier på grunn av mislighold eller fraviker lokalene som følge av konkurs, plikter å betale leie for den tid som måtte være igjen av leietiden, med fradrag av det utleier måtte få inn ved ny utleie. Leietaker må også betale de omkostninger som utkastelse, søksmål og rydding/rengjøring av lokalene fører med seg, samt utgifter til ny utleie. I tilfelle av fraflytting på grunn av mislighold får punkt 14 tilsvarende anvendelse.

14 FRAFLYTTING

- a) Før leieforholdets opphør skal det avholdes en felles befaring mellom leietakeren og utleier for å fastlegge eventuelle nødvendige arbeider for å bringe lokalene i den stand de skal være ved tilbakelevering.
- b) Leietakeren skal ved fraflytting tilbakelevere de leide lokaler ryddiggjort, rengjort, med hele vindusruter og for øvrig i kontrakts- og håndverksmessig forsvarlig vedlikeholdt stand. Samtlige nøkler skal tilbakeleveres.
- c) Endringer i lokalet som leietaker har foretatt, og fast inventar, ledninger, o.l. som leietakeren har anbrakt eller latt anbringe i lokalene, må ikke fjernes med mindre annet er avtalt. Slikt inventar tilfaller utleier uten godtgjørelse.

- d) Forhold som leietaker ikke har utbedret, kan utleier la utbedre for leietakerens regning.
- e) I de siste 6 måneder før fraflytting har utleieren rett til å sette opp skilt på fasaden med informasjon om at lokalene blir ledige. I samme periode plikter leietakeren, etter forhåndsavtale med utleier, å gi leiesøkende adgang til lokalene 2 dager pr.uke i kontor/forretningstiden.
- f) Senest siste dag av leieforholdet skal leietakeren på egen bekostning fjerne sine eiendeler. Eiendeler som ikke fjernes, skal anses etterlatt, og tilfaller utleier etter 14 dager. Slike eiendeler og søppel kan utleier fjerne for leietakers regning.

16 FORSIKRING

Hver av partene holder sine interesser i forbindelse med leieforholdet forsikret.

Utleier har ikke ansvar for skader eller tap som måtte oppstå ved brann, vannledningsskade mv., ut over det som dekkes av de forsikringer utleier har som huseier.

Leietaker forsikrer egen bygningsmessig innredning, fast og løst inventar, løsøre, maskiner, varer, driftstap og ansvar. I tillegg til egne interesser, skal leietakere tegne og dekke forsikring av dører og vinduer m.v. i leieobjektet, Leietakers forsikring skal være slik utformet at utleier holdes skadesløs i forbindelse med skader som oppstår i de leide lokaler eller på annen måte som følge av leieforholdet. Skade påført leietakers medkontrahenter eller øvrige tredjemenn som følge av avbrudd, forsinkelser eller oppgjør i henhold til dette punkt, er leietakers ansvar.

Utleier kan kreve at leietaker legger frem forsikringsbevis med vilkår.

17 UTLEIERS AVTALEBRUDD – ERSTATNINGSANSVAR OG HEVING

Leietaker kan kreve erstatning for direkte tap som følge av forsinkelse eller mangler som skyldes feil eller forsømmelse fra utleiers side. Tilfeldige avbrudd/uregelmessigheter i forsyninger av vann, strøm, luft, oppvarming etc. plikter leietaker å tåle uten erstatning eller leiereduksjon. Direkte tap pga forsinkelse eller mangler som ikke skyldes feil eller forsømmelse fra utleiers side kan ikke kreves erstattet. Indirekte tap dekkes ikke i noen tilfelle. Erstatning utover størrelsen på et kvartals leie kan bare kreves når forsinkelsen eller mangelen skyldes grov uaktsomhet fra utleiers side. Denne bestemmelsen gjelder både forsinkelser/mangler på overtakelsestidspunktet og mangler i leieperioden.

Dersom leietaker ønsker å påberope vedvarende eller gjentatt mislighold fra utleiers side som grunnlag for heving, krever dette skriftlig forhåndsvarsling om at avtalen kan bli hevet om misligholdet ikke opphører.

18 BRANNMESSIGE FORHOLD

Utleier er ansvarlig for at bygningen tilfredsstillende oppfyller offentlige forskrifter og pålegg.

Leietaker er ansvarlig overfor alle offentlige myndigheter for at hans drift tilfredsstillende oppfyller de til enhver tid gjeldende lover, instruksjoner og pålegg. Dette inkluderer:

- a) Alle rømningsveier skal til enhver tid holdes ryddige
- b) Ansatte skal utføre brannøvelser og opplæring.
- c) Egenkontroll av brannsikkerhet skal utføres.
- d) Alle ombygninger skal utføres i henhold til offentlige forskrifter og krav.
- e) Utleier skal umiddelbart varsles dersom det oppdages uregelmessigheter i forbindelse med anlegg eller rutiner.

19 TINGLYSING / PANTSETTELSE

- a) Leiekontrakten kan ikke tinglyses uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag. Samtykker utleier, skal leietaker dekke omkostninger forbundet med tinglysingen. Videre skal leiekontrakten, dersom samtykke til tinglysing gis, ikke ha opptrinnsrett, og den skal vike prioritet for nye pengeheftelser som måtte bli tinglyst på eiendommen. Leietaker gir utleier ugjenkallelig fullmakt til å besørge den tinglyste leiekontrakten slettet på det tidspunkt leieforholdet opphører. Kostnader forbundet med slettingen dekkes av leietaker.
- b) Leiekontrakten kan ikke pantsettes uten utleiers skriftlige samtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag. Samtykker utleier, kan utleier stille vilkår for pantsettelsen. Leietaker gir utleier ugjenkallelig fullmakt til å besørge pantsettelsen slettet på det tidspunkt leieforholdet opphører.

20. FORHOLDET TIL HUSLEIELOVEN

Følgende bestemmelser i husleieloven gjelder ikke: §§ 2-15, 3-5, 3-6, 3-8, 4-3, 5-4 første ledd, 7-5, 8-4, 8-5, 8-6 annet ledd, 9-2 og 10-5. For øvrig er det avtalen som gjelder i de tilfeller der den har andre bestemmelser enn hva som følger av husleielovens fravikelige regler.

Husleieloven gjelder i den utstrekning denne kontrakt ikke regulerer forholdet. Følgende bestemmelser i kontrakten gir leietaker færre rettigheter eller flere plikter enn husleielovens bestemmelser: punkt 4-9-10-12-14.

Ved eventuell motstrid mellom leiekontrakt og vedleggene, gjelder leiekontrakten.

21. VEDLEGG

Intensjonsavtale

Romprogram

Teknisk program

Felleskostnadsoversikt

Plantegninger, antall (stk.)

Tegning utomhus

Dokumentasjon av underskrift/firmaattest (kopi av førerkort el.lignende)

22. VERNETING

Partene vedtar eiendommens verneting i alle tvister som gjelder leieforholdet.

Denne kontrakt er undertegnet i 2 eksemplarer, hvorav leietaker og utleier beholder hvert sitt.

STED/DATO

SIGNATUR

Senest ved underskrift av leieavtalen skal leietaker fremlegge legitimasjon og firmaattest som bekrefter at representant for leietaker er signaturberettiget.

Oslo, den _____

Oslo, den _____

Utleier
OBOS Forretningsbygg AS

Leietaker
Oslo universitetsykehus HF

Felleskostnader

Følgende definisjoner i NS 3422 legges til grunn for å være dekket av felleskostnadsbegrepet:

Pkt. 3.14 VEDLIKEHOLD: "Tiltak som er nødvendig for å opprettholde en bygning eller et anlegg på et fastsatt kvalitetsnivå".

Pkt. 3.14.1. TILSTANDSBASERT VEDLIKEHOLD: "Tiltak for å fange opp behov for å gjennomføre vedlikehold før det oppstår skader".

Pkt. 3.14.2 LØPENDE VEDLIKEHOLD: "Tiltak for å rette på tilfeldige skader. Ikke planlagte utskiftninger av deler eller komponenter".

Pkt 3.14.3 PERIODISK VEDLIKEHOLD: "Vedlikehold med regelmessige intervaller. Planlagte utskiftninger av deler eller komponenter".

<u>Avgifter/Faste avtaler</u> Feieavgift Heiskontrollavgift Kloakkavgift Renovasjonsavgift Vannavgift Strøm i felles/utearealer Abonnement alarmoverføringer Abonnement, alarm og dataoverføring Telefonabonnement, alarmer og dataoverføring Kantine	<u>Service/Vedlikehold</u> Adgangskontroll/alarmanlegg Anlegg for sentral driftskontroll Brannalarmanlegg, markerings- og ledelys Brannokumentasjoner/brannøvelser Driftsmateriell, forbruksmaterieell Elektroanlegg, elektrokjel Fellesanlegg strøm Fyringsanlegg, kjøleanlegg Gårdstelefon, ringeklokker Grøntanlegg, parkeringsplasser Grunnvannspumper Heis Låsesystemer, porter, dører, skallsikring Nøkkelbokser Sanitæranlegg/røranlegg Slokkeapparater, sprinkleranlegg Solavskjerming (utvendig) Styring og kontrollsystemer Telefon til brannvarsling og alarmer Vannbehandling, varmekabler Ventilasjons- og klimaanlegg
<u>Energi</u> Elektrisitet, fjernvarme olje, eller annen form for oppvarming i fellesareal El. Til drift av eiendommens tekn. Anlegg, belysning i fellesarealer, samt utebelysning	<u>Vaktmester/Vakthold</u> Tilsyn av bygget, inkl. tekn. anl. Vaktmestertjenester Vaktttelefon 24 t. (utrykninger) Vakthold, vektertjenester Adm. adgangskontroll Alarmutrykninger, brann, innbrudd, heis m.m.
<u>Renhold/renovasjon</u> Avfallscontainere/komprimatorer, leie, -kjøring og tømning Feiing/renhold utearealer og grønntanlegg Renhold i fellesarealer Hovedrengjøring, boning etc. Matter i fellesareal Snømåking/Strøing/Bortkjøring Skadesdyrkontroll/tiltak Fjerning av tagging/grafitti	

Det beregnes et administrasjonspåslag på 4 % av leierens andel av kostnadene. iht. ovennevnte punkter.

Vedlegg: Lønnsomhetsberegninger Alternativ 2 – BUP/DPS inkl. råbygg

Forutsetninger for beregninger:

Et årsverk = 600 000,-

Fremtidig tilleggsarealer er priset til 2 000,- pr kvm.

1500 kvm døgn

1000 kvm DPS

250 kvm BUP

Driftsutgifter eide arealer 600,- pr kvm.

100,- pr kvm renhold

250,- pr kvm drift av teknisk anlegg

250,- pr kvm energi: strøm/fyring

Driftsutgifter leide arealer (OSS) – 350,-

100,- renhold

250,- strøm/fyring

Transport:

750 000,- 1 årsverk transport/kjøretøy

I tabellen under er det foretatt en lønnsomhetsberegning av prosjektet – Alt. 2. Forutsetningene i tallmaterialet er det redegjort for ovenfor.

Kvalitet på investeringsbeløp	3
Kvalitet på økte driftskostnadsbeløp	3
Kvalitet på gevinstbeløp	2
Kvalitet på periodisering av beløp	3

Netto kontantstrøm (ikke diskontert)

kr 33 253 500

Nåverdi - (kontantstrøm diskontert med internrente)

kr 27 326 702

Rente benyttet til diskontering (eks risiko knyttet til kvalitet på beløpsstørrelser)

2 %

Kostnad - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Teknisk brukerstyr OUS (Forutsetter 50% gjenbruk)	10 000 000										
Brukerutstyr (Forutsetter 50% gjenbruk fra fraflyttede arealer)	15 000 000										
Sum	25 000 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kostnad - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Leiepris Mortensrud DPS alt 1 (kontrakt på 10år)		33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000
Fellesutgifter ca 313,- pr kvm inkl mva		4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000
Kostnader knyttet til energi. renhold, vaktmester etc - OSS		3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000
Dagens leiekontrakter - BUP/DPS (8743 kvm)		-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000
Bortfall av fremtidig behov for leie av tilleggsarealer fra og med 2017 - DPS (Døgn/pol: 2500kvm)		-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000
Bortfall av fremtidig behov for leie av tilleggsarealer fra og med 2015 - BUP (Døgn/pol: 250kvm)		-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000
Årsverkeffektivisering 4 årsverk BUP		-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000
Årsverkeffektivisering 7 årsverk DPS		-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000
Årsverkeffektivisering 18 årsverk Netto Dikemark/SO DPS		-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000
Driftskostnader fremtidig behov for tilleggsarealer - 2750 kvm		-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500
Dagens Driftskostnader - Dikemark 537 kvm (600,- pr kvm)		-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200
Dagens Driftskostnader BUP/DPS Leide arealer: 8743 kvm (350,- pr kvm)		-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050
innsparing reise transport (Dikemark, DPS)		-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000
FDV (600,- pr.kvm) eide bygg - Bogerudveien 15 - 2826 kvm		-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600
Redusert transportutgifter - færre adresser Kilometer/Tid/Årsverk transport/kjøretøy		-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000
Sum	-	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350	-5 585 350
Inntekt - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Økte parkeringsinntekter (50 plasser av 400 pr.mnd)		240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000
Sum	-	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000
Endring inntekt inkl. mva	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Endring inntekt inkl mva andre klinikker											
Sum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endring kontantstrøm	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10

Netto kontantstrøm (ikke diskontert med internrente)	-25 000 000	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350
Nåverdi av kontantstrøm (diskontert med internrente)	-25 000 000	5 711 127	5 599 145	5 489 357	5 381 723	5 276 199	5 172 744	5 071 318	4 971 880	4 874 392	4 778 816

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: VAD Samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg: Forslag til strategi for brukermedvirkning

SAK 91/2012 MÅL OG STRATEGIER FOR BRUKERMEDVIRKNING

Forslag til vedtak:

Styret vedtar framlagte forslag til strategi for brukermedvirkning.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Oslo universitetssykehus er i oppdragsdokumentet for 2012 pålagt å utvikle mål og strategier for brukermedvirkning ved sykehuset i løpet av 2012.

Viktigheten av å ta med brukere og brukerperspektivet i utviklingen av tjenester og i organisering av tjenestene, er også tillagt stor vekt i lov om pasient- og brukerrettigheter og i stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen. Brukerperspektivet er også tillagt stor vekt i strategi for Oslo universitetssykehus som behandles under sak 84/2012.

Det foreliggende forslag til strategi for brukermedvirkning er utformet i tett samarbeid med Brukerutvalget på Oslo universitetssykehus HF.

Utkast har vært behandlet i flere møter i Brukerutvalget. I tillegg har alle Brukerutvalgets medlemmer hatt anledning til å kommentere utkast mellom møtene. Sekretariatet for arbeidet har bestått av leder for Brukerutvalget og leder for seksjon Pasient- og pårørendeopplæring.

I utkast til strategi er det formulert tre mål:

1. at pasient- og pårørende opplæring skal være integrert i alle de fire lovpålagte oppgavene; pasientbehandling, utdanning, forskning og pasient- og pårørendeopplæring.
2. at pasienter skal kunne medvirke i behandlingen og ha innflytelse dersom de ønsker det.
3. at pasienter skal ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne medvirke i behandlingen, til å ta egne valg og til å mestre sykdom.

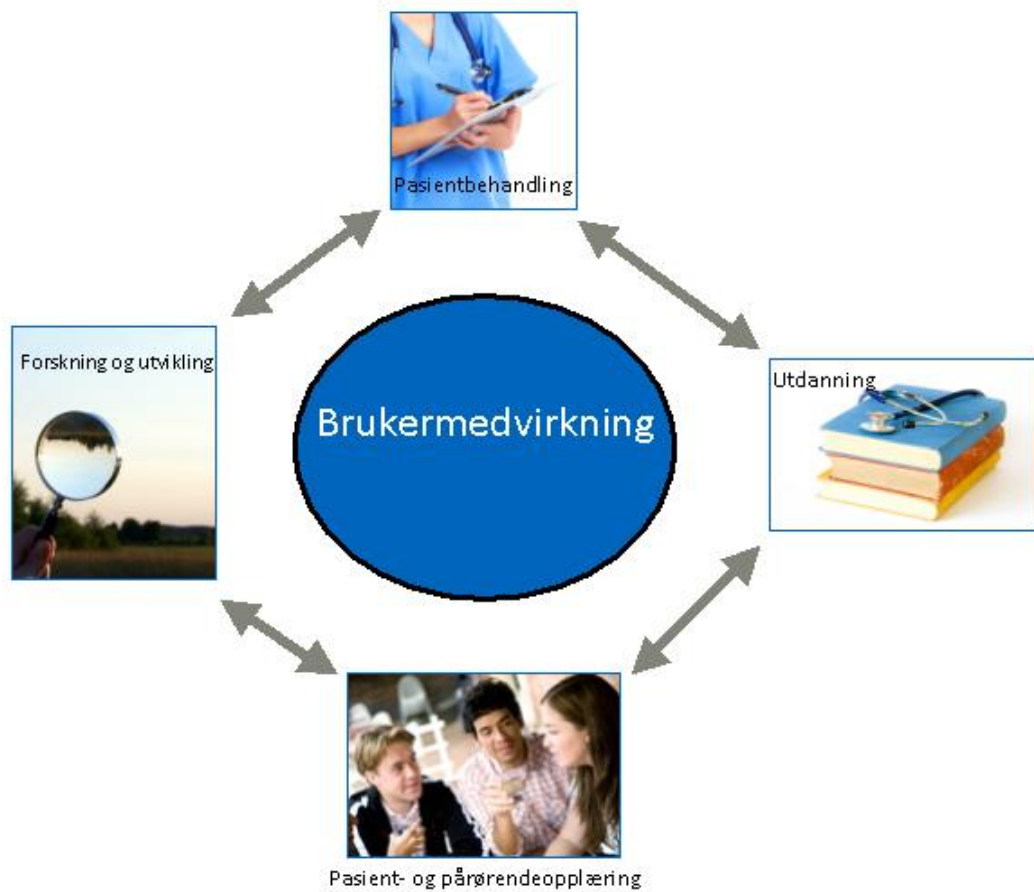
Et samlet Brukerutvalg stiller seg bak det fremlagte forslaget.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vurderer at det fremlagte forslag til strategi for brukermedvirkning i foretaket er i overensstemmelse med oppdrag fra eier.

For Oslo universitetssykehus er det viktig å ha et godt samarbeid med Brukerutvalget for å kunne løse helseforetakets oppgaver på en best mulig måte. Strategien er ambisiøs i forhold til aktiv deltakelse fra brukerrepresentanter innenfor de fire lovpålagte oppgavene. En oppfølging av målene vil kreve bevisstgjøring om brukermedvirkning i virksomheten og samtidig sette standard for rekruttering av brukere med nødvendig erfaring og perspektiv.

Strategien vil bli fulgt opp med handlingsplaner.



Strategi for brukermedvirkning 2013-2018

Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring og Brukerutvalget
Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Oslo universitetssykehus tar brukervedvirkning på alvor

Brukermedvirkning er både en strategi og et virkemiddel for å oppnå god kvalitet i helsetjenesten. Det ligger klare føringer i lovverk og styrende dokumenter for brukervedvirkning, både i individuell behandling og på organisatorisk nivå (1,2,3,4,).

Brukermedvirkning er ikke en innarbeidet rutine ved sykehuset verken på organisatorisk nivå eller i pasientbehandlingen, noe som bekreftes i pasientundersøkelser og klagesaker(5). Befolkningsvekst i sykehusets opptaksområder, endringer i alderssammensetning og livsstil, sammensatte helseutfordringer, komplisert diagnostikk og behandling, språklige og kulturelle forhold gir særlige utfordringer i forhold til medvirkning. Det skal legges til rette for brukervedvirkning også til pasienter med nedsatt mulighet for å medvirke. Sykehuset har et spesielt ansvar for å sikre ivaretagelse av medvirkning også når brukeren vil noe annet enn det helsepersonell mener er faglig forsvarlig. Økende bevissthet om rettigheter og muligheter hos brukere fører til en ny fordeling av roller, makt og ansvar mellom brukere og helsevesenet.

Målet om å oppnå gode og helhetlige pasientforløp med utgangspunkt i pasientenes behov gir utfordringer når det gjelder samhandling på tvers av tjeneste- og organisatorisk nivå. Det store volumet av pasienter som behandles på mange forskjellige steder skaper utfordringer i å få til gode samhandlingsarenaer mellom pasienter, pårørende og helsepersonell.

- **Brukermedvirkning hever kvaliteten**

Medvirkning fra pasienter, pårørende og deres organisasjoner er av stor betydning for at diagnostikk, behandling, forebygging, rehabilitering og pasient- og pårørendeopplæring skal lykkes. Pasienter og pårørendes gode og dårlige erfaringer skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og utvikling.

- **Brukermedvirkning er kunnskaps- og beslutningsdeling**

Brukermedvirkning er et samvirke mellom kunnskaps- og beslutningsdeling hvor tyngdepunktet i medvirkningen noen ganger ligger i kunnskapsdeling, og andre ganger i beslutningsdeling. Egenmestring, mestringstro og kontroll over eget liv er grunnleggende i alt helsefremmende arbeid. Helsepersonell og brukere er eksperter på hver sine felt og idealet er å oppnå likeverdighet og likestilling av kunnskap(6).

- **Brukermedvirkning – en arbeidsform**

Helse- og omsorgsdepartementet har fastslått at helseforetakene skal ha brukervedvirkning som arbeidsform – både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Dette samarbeidet organiseres blant annet gjennom brukerutvalg, brukerråd, og i møte mellom den enkelte pasient og helsepersonell. Brukermedvirkning skal gi helsepersonell, styret og administrasjoner, det nødvendige korrektiv for å orientere sykehusets virksomhet mot pasientens beste. Det forventes at helsepersonell setter seg inn i brukervedvirkningens grunnlag, anerkjenner brukerperspektivets viktighet og legger til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse.

"Det er vanskelig å sette pasienten i fokus når man har satt seg selv der"

(Per Fuggeli)

Visjon

Brukermedvirkning skal høyne kvaliteten i behandlingen, og gi pasienten økt trygghet og kontroll over egen situasjon og eget liv

Verdigrunnlag

De tre nasjonale verdiene for helsetjenesten *kvalitet*, *trygghet* og *respekt* utgjør kjernen i Oslo universitetssykehus verdigrunnlag. Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende. I denne strategien omsettes disse verdiene til:

- **Respekt:** all behandling tar utgangspunkt i den enkelte pasient og dennes behov. Den enkeltes integritet og egenverd skal respekteres, og pasientene har rett til å medvirke og til å avstå fra dette.
- **Trygghet:** alle relasjoner mellom pasienter, deres pårørende og helsepersonell skal preges av åpenhet og gjensidighet slik at det gis rom for medvirkning.
- **Kvalitet:** helsepersonell og brukere skal møtes som likeverdige parter. Det innebærer å bringe fagpersoners kunnskap og pasientenes erfaringskunnskap sammen for å høyne kvaliteten i behandlingen.



Mål

Modell kunnskapsbasert praksis (7)

- 1 Pasient- og brukermedvirkning er integrert i alle sykehusets hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning, forskning og utvikling, og pasient- og pårørendeopplæring
- 2 Pasienter medvirker i behandlingen og har innflytelse der de ønsker det
- 3 Pasienter har tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i behandlingen, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse

Definisjon av brukermedvirkning:

”Med brukermedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud”

(Stortingsmelding nr 34-1996-97)

Strategiske valg

Pasientenes behov skal være i fokus i all vår virksomhet, og brukermedvirkningen skal gjenspeiles i sykehusets fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning, forskning og utvikling, og pasient- og pårørendeopplæring:



Brukermedvirkning i pasientbehandling

- Pasienter skal få tilstrekkelig og forståelig informasjon og kunnskap om diagnostikk, behandling, behandlingsvalg, muligheter for rehabilitering og konsekvenser av dette, slik at de kan delta i beslutningsprosesser eller avstå fra dette.
- Pasienter skal gis tilstrekkelig tid til å gjøre sine valg og ha mulighet til å trekke pårørende inn i beslutningsprosessen. Pårørende skal gis plass i beslutningsprosessen, når det er relevant, og gjøres kjent med sine rettigheter.
- Sykehuset skal være i stand til å identifisere og imøtekomme enkeltpersoners og gruppers behov for hjelp uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Sykehuset skal bidra til at alle pasienter inkluderes i medvirkningsprosessen.
- Helsepersonell skal bidra til å gjøre pasientene kompetente til å medvirke. Pasienter og deres pårørende skal gjøres kjent med sin rett til medvirkning.
- Informasjonen skal gis gjennom hele pasientforløpet, og den skal gis i en helhetlig og koordinert sammenheng. Brukermedvirkning skal integreres i alle pasientforløp.
- Sykehuset skal systematisk legge til rette for tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende slik at tilbudet i sykehuset blir tilpasset deres behov.
- Det skal benyttes verktøy og metoder som fremmer brukermedvirkning.
- Sykehuset skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning som organiseres slik at brukerne gis innflytelse. Det er et mål å etablere flere brukerstyrte tiltak.
- Sykehusets tilbud og informasjon skal være tilgjengelig for alle uavhengig av språk, diagnose eller funksjonsnedsettelse.

”Den vet best hvor skoen trykker som har den på”

(Plutarchos 45 -120 e.Kr.)





Brukermedvirkning i utdanning av helsepersonell

- Sykehuset skal systematisk benytte seg av pasienters og pårørendes kunnskap og erfaringer i utdanning av helsepersonell.
- Det skal tilbys internopplæring i pasient- og pårørendeopplæring for helsepersonell og brukere ved sykehuset.
- Ansatte skal tilbys kompetanseheving innen kommunikasjon og brukermedvirkning i individuell behandling, og i organisatorisk sammenheng for å sikre lik praksis i hele sykehuset.
- Helsepersonell skal læres opp i metoder som styrker deltagelse og medvirkning innefor alle utdanningsløp ved sykehuset.
- Sykehuset skal være pådriver overfor høgskoler og universitet for at brukermedvirkningens filosofi og metodikk inkluderes i utdanningsprogrammet.



Brukermedvirkning i forskning og utvikling

- Brukere skal gis mulighet til å bidra med sin brukerkunnskap inn i forskningsprosesser der det er relevant.
- Sykehuset skal være pådrivere for at det utvikles, formidles og implementeres relevant forskning knyttet til effekten av medvirkning fra pasienter og brukere.
- Sykehuset skal stimulere til – og delta i studier om pasient- og brukermedvirkning.
- Pasienter og pårørendes gode og dårlige erfaringer skal brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Sykehuset skal være et foregangssykehus ved å utvikle og ta i bruk nye metoder for brukermedvirkning, samt informasjonskilder for pasientinformasjon og kommunikasjon og læring.
- Brukermedvirkning skal være et innovasjonsområde innen E-helse, og sosiale medier.
- Brukermedvirkning skal inkluderes i sykehusets arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer og rapportering i helsetjenesten.
- Brukermedvirkning skal standardiseres gjennom prosedyrer for å sikre lik praksis for hele sykehuset.



Brukermedvirkning i pasient – og pårørendeopplæring

- Pasient- og pårørendeopplæring skal prioriteres slik at pasienter og pårørende gis nødvendige kunnskaper og ferdigheter i å medvirke i egen behandling og til å mestre eget liv og helse.
- Brukernes kunnskaper og erfaringer skal benyttes i planlegging, gjennomføring og evaluering av informasjons- og opplæringstilbud.
- Det skal tilstrebes at opplæringen som gis er tilpasset brukernes kulturelle, funksjonelle, sosiale og økonomiske forutsetninger.
- Brukermedvirkere skal tilbys et kompetansehevingsprogram i hvordan være gode brukermedvirkere hvor noe av undervisningen er sammen med helsepersonell.
- Sykehuset skal sørge for møteplasser for erfaringsutveksling mellom helsepersonell og brukere av helsetjenester for å øke helsepersonells åpenhet for pasienters og brukeres særegne kompetanse.
- Sykehuset skal styrke samarbeidet med frivillige og øke bruken av likemannsarbeide. Sykehuset ønsker aktivt å bruke pasienter, brukere, likemenn og pårørende i utviklingen av tilbud innen pasient- og pårørendeopplæring.

**”Et likeverdige samarbeid forutsetter at brukerens
hverdagskunnskap aksepteres på samme linje som fagpersonells
profesjonskunnskap”**

www.mestring.no

Definisjoner

Pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle

Pårørende: den pasienten oppgir som pårørende eller nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten(...).

Bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.

Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (2).

Referanser

1. LOV 2001-06-15-93: Lov om helseforetak
2. LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter
3. St.meld. nr.47 – 2008-2009, Samhandlingsreformen
4. Prinsipp for brukermedvirkning, Helse Sør-Øst, 2012
5. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2011. Institusjonsvise resultater (PasOPP-rapport nr 5-2012)
6. Strøm A., og Fagermoen M.S.(2011). Brukermedvirkning som tjenesteytelse - brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. I: Lerdal, A. og Fagermoen, M.S (red), Læring og mestring – i et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. (s63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk
7. Modell kunnskapsbasert praksis, www.kunnskapsbasertpraksis.no

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Ingen

SAK 92/2012 Foreløpig vurdering av Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelse om Oslo universitetssykehus HF's forløpige synspunkter på Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven til orientering.*
- 2. Styret ber om at merknader som er kommet frem i møte innarbeides, og gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre arbeidet med høringsuttalelsen administrativt.*

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (heretter departementet) sendte den 16. oktober 2012 forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsloven på høring.

I denne saken redegjøres det for hovedinnholdet i departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og Oslo universitetssykehus' foreløpige synspunkter. Arbeidet med høringen pågår, og da høringsfristen er 16. januar 2012 vil dette være eneste styrebehandling av høringsuttalelsen. Styret inviteres til å komme med merknader på foreløpige synspunkter, og samtidig gi administrerende direktør fullmakt til å slutføre arbeidet med høringsuttalelsen administrativt. Oslo universitetssykehus samordner uttalelsen til forslag til endringer som følge av implementering av pasientrettighetsdirektivet med Helse Sør-Øst RHF, og omtaler ikke den delen av høringen nærmere her.

2. Administrerende direktørs foreløpige vurdering og anbefaling

Administrerende direktør støtter Helse- og omsorgsdepartementet i at det er behov for å forenkle og forbedre regelverket som gjelder for håndtering av henvisninger, og at regelverket på en bedre måte enn i dag må understøtte et godt pasientforløp.

Administrerende direktørs foreløpige vurdering er at departementets forslag i all hovedsak bør støttes. For at de foreslåtte endringene skal kunne gjennomføres og ha den virkningen departementet ønsker, understreker administrerende direktør at enkelte forutsetninger må innfris. Administrerende direktør ser at endringene kan være ressurskrevende å gjennomføre økonomisk og administrativt, og at de vil nødvendiggjøre et mer tilpasset pasientadministrativt system enn dagens system. Dette fordrer at endringsforslagene bør vurderes nøye med hensyn til om de vil få den ønskede effekt.

Administrerende direktørs foreløpige vurdering er at ytterligere tiltak enn de som her er foreslått bør vurderes av departementet for å bidra til å understøtte likeverdige tjenester og pasienters rettssikkerhet. Dette vil bli spilt inn til vurdering i forbindelse med høringsuttalelsen.

3. Faktabeskrivelse

3.1. Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Departementet foreslår endringer i sentrale bestemmelser når det gjelder håndtering av henvisninger og pasienters rettigheter ved fristbrudd.

Departementets hovedformål med forslagene til lovendringer er å forenkle og forbedre regelverket, at regelverket på en bedre måte skal understøtte et forsvarlig pasientforløp, samt sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for de pasientene som har behov for dette.

Høringsforslaget har følgende hovedpunkter:

- Dagens skille mellom pasienter med og uten en rett til juridisk bindende frist for start av nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten faller bort, og alle

skal få en juridisk bindende frist innen medisinsk forsvarlig tid for start av helsehjelpen.

- Vurderingsfristen endres fra 30 virkedager fra henvisningen er mottatt (ti virkedager for enkelte pasientgrupper) til 10 virkedager for alle.
- Pasientene skal innen vurderingsfristen gis informasjon om tidspunktet for når utredningen eller behandlingen skal starte (timeinnkalling evt. tidspunkt).
- Helseforetaket (spesialisthelsetjenesten) skal ta kontakt med HELFO dersom foretaket ved vurderingen av henvisningen ser at den juridiske fristen ikke kan overholdes.
- Retten til fritt sykehusvalg skal utvides til å omfatte private radiologiske institusjoner med avtale med et RHF.

3.2. Oslo universitetssykehus' interne arbeid med foreslåtte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet er sendt ut til alle klinikkene og sentrale stabsenheter i Oslo universitetssykehus. Sentral stab ved juridisk seksjon og stab for Medisin, helsefag og utvikling har koordinert arbeidet med høringsuttalelsen. Forslaget til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven har vært diskutert inngående i to omganger i administrerende direktørs ledermøte og oppsummeringer fra disse møtene sammen med innspill fra klinikkene har dannet grunnlaget for de foreløpige synspunkter som kommer frem i denne saken.

3.3 Oslo universitetssykehus' foreløpige synspunkter til foreslåtte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Oslo universitetssykehus' foreløpige synspunkter til forslaget om at alle pasienter skal gis en juridisk bindende frist for start helsehjelp er at dette bør støttes. Dette vil slik Oslo universitetssykehus foreløpig ser det styrke rettighetene til de pasientene som i dag ikke får en bindende frist. Oslo universitetssykehus ser imidlertid at det kan by på utfordringer å sette en frist for helsehjelpen ut fra faglig forsvarlighet til alle pasienter, grunnet at det for noen pasientgrupper ikke vil inntreffe et slikt tidspunkt og/eller at dette er så langt frem i tid at en vanskelig kan settes. For bedre å sikre likeverdige tjenester kan det stilles spørsmål ved om det bør vurderes å innføre en maksimal frist for hvor lenge pasienter skal vente på behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg mener Oslo universitetssykehus at det ville være en ytterligere styrking dersom myndighetene ble tydeligere på hva som skal behandles i spesialisthelsetjenesten og hva som ikke skal behandles her. Dersom de foreslåtte endringene blir vedtatt mener Oslo universitetssykehus at det er en forutsetning at prioriteringsveilederne er oppdatert før endringene trer i kraft, og at det ved beslutning om ikrafttredelsestidspunkt også må tas hensyn til den tid det tar å foreta endringer i de pasientadministrative systemene. Dessuten må det sikres overgangsordninger med tanke på de pasienter som i dag står på venteliste uten en juridisk bindende frist for start helsehjelp.

Når det gjelder departementets forslag om at alle pasienter skal vurderes innen ti virkedager fra henvisningen er mottatt, så er Oslo universitetssykehus' vurdering at dette bør støttes. Oslo universitetssykehus ser imidlertid at det kan være utfordrende å overholde dette i de tilfellene et sykehus mottar en

viderehenvisning fra et annet sykehus som ikke har vurdert henvisningen, og i de tilfellene der henvisningen fra primærhelsetjenesten ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger til at henvisningen kan vurderes. Innføring av elektroniske henvisninger kan avhjelpe dette noe. I tillegg bør det vurderes strengere krav til kvaliteten på henvisninger fra primærhelsetjenesten inklusive eventuell innføring av tidsfrister for primærhelsetjenesten der ytterligere opplysninger må innhentes.

Oslo universitetssykehus mener det er viktig at pasienten så raskt som mulig får melding om time til oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid verken mulig eller nødvendigvis mest hensiktsmessig for tjenesten og pasienten å gi dette til alle pasienter innen vurderingsfristen, slik departementet foreslår. Dette vil spesielt være utfordrende der pasienten skal ha en operasjon, og/eller vurdering og planlegging av behandlingsopplegget krever samordning fra flere spesialiteter. I tillegg vil det innebære økte logistikkmessige og administrative konsekvenser for helseforetakene. For pasienter som skal ha time til poliklinisk konsultasjon må hovedregelen være at pasienten får time til oppmøte innen vurderingsfristen. På denne bakgrunn er Oslo universitetssykehus' forløpige vurdering at dette forslaget ikke kan støttes, men at det kan være førende for alle pasienter som får rett til helsehjelp i form av utredning.

Oslo universitetssykehus' forløpige vurdering av forslaget om at helseforetakene (spesialisthelsetjenesten) skal ta kontakt med HELFO dersom foretaket ved vurdering av henvisningen ser at den juridiske fristen ikke kan overholdes, er at dette bør støttes. Endringen vil bedre rettsikkerheten for pasienter og bedre understøtte likeverdige tjenester. Dersom endringene blir vedtatt vil det stille økt krav til logistikk, og de pasientadministrative systemer og rutiner må da tilpasses dette. I tillegg vil dette føre til økte administrative utgifter for helseforetakene.

Oslo universitetssykehus' forløpige vurdering er at forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte private radiologiske institusjoner med avtale med et RHF ikke støttes. Dette fordi forslaget vil ha økonomiske og driftsmessige konsekvenser som ikke er godt nok vurdert, og ha konsekvenser for tverrfaglig samarbeid dersom pasienter velger å få radiologiske tjenester utført på et privat institutt.

3.4 Forslag til implementering av pasientrettighetsdirektivet

Oslo universitetssykehus samordner uttalelsen til forslag til endringer som følge av implementering av pasientrettighetsdirektivet med Helse Sør-Øst RHF, og vil omtale denne delen av høringen i styremøte.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Styresekretær

SAK 93/2012 STYREMØTE I APRIL FOR Å BEHANDLE ÅRSOPPGJØR 2012

Helse Sør-Øst RHF har lagt en plan for godkjenning av konsernregnskapet som gir Oslo universitetssykehus HF en frist til 11. april 2013 med å oversende styregodkjent årsregnskap for 2012.

På bakgrunn av denne foreslås det at styret vedtar et ekstra styremøte den 9. april 2013 for å behandle årsoppgjør 2012. Det tas sikte på at styrepapirene vil bli sendt ut 3. april (første arbeidsdag etter påske).

Forslag til vedtak:

Styret vedtar å avholde møte den 9. april 2013 for å behandle årsoppgjør 2012.

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

94/2012 VALG AV ANSATTEVALGTE STYREMEDLEMMER – OPPNEVNING AV VALGSTYRE

Inneværende periode for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte løper ut 15. mars 2013. Før utløpet skal det avholdes valg på styremedlemmer for neste toårsperiode.

Etter forskrift om valg av styremedlemmer av og blant de ansatte i styret ved helseforetak, skal styret ved Oslo universitetssykehus HF oppnevne et valgstyre for å forestå den praktiske gjennomføringen av valget. Valgstyret ved Oslo universitetssykehus skal ha seks medlemmer. Tre medlemmer til valgstyret foreslås fra arbeidstagerne organisasjoner og tre medlemmer foreslås fra administrasjonen i foretaket.

Forslag til navn er ikke klar når styrepapirene sendes ut og vil bli fremlagt i styremøte.

Forslag til vedtak:

Forslag til vedtak legges frem i styremøtet

Oslo, den 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	17. desember 2012
Saksbehandler:	Leder direktørens kontor
Vedlegg:	Referat fra Brukerutvalgsmøte 22.10.2012 Foreløpig protokoll fra styremøte HSØ 22.11.2012

SAK 95/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Forskning
3. Pasientsikkerhet og kvalitet
4. Samhandling
5. Pensjonskasse
6. Revisjoner og kontroll
7. Rettstvister – status per d.d.
8. Mediebildet - medieomtale 1.september – 5.desember 2012
9. Referater
 - Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 22. oktober (vedlegg)
 - Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 22. november (vedlegg)

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 10. desember 2012

Bjørn Erikstein

Innledning

Det har vært en krevende periode hvor mange driftsrelaterte saker har blitt løftet opp både til ledelsen og i media. Dette gjelder blant annet innen fagområdene thoraxkirurgi, intensivmedisin og rusbehandling. I tillegg har det vært omtale av forskningsstudie innen nevrokirurgi.

Dette skjer samtidig som sykehuset har markert levertransplantasjon nr 1000! Norge er blant de ledende i verden når det gjelder transplantasjon av organer og OUS Rikshospitalet er Europas største transplantasjonssenter målt i volum. Norge er også blant verdens største på transplantasjoner målt per innbygger og har cirka 90 transplantasjoner per million per år. Norge er dessuten størst på døde donorer med 25 per million per år, og det er viktig å understreke at dette er omfattet av en svært streng etisk praksis. Lever og bukspyttkjertel transplanteres kun fra døde donorer, ifølge norsk lov skal donoren da være hjernedød. I Norge har det så langt i år blitt gjennomført cirka 100 levertransplantasjoner, mot rundt 30 i hele 2000. Ventetiden for å få nye lever er cirka en måned, noe som er meget lavt på verdensbasis.

I foretaksmøte 29. november fikk Oslo universitetssykehus utnevnt to nye styremedlemmer.

Nina Bakke (Ap) erstatter Nina Tangnæs Grønvold fra 29.11.2012. I tillegg ble Johan Arnt Vatnan utnevnt fra 1. januar 2013 som erstatter for Tor Ingebrigtsen som skal ha et 6 mnd utenlandsopphold. Tor Ingebrigtsen fortjener en stor takk for innsats i styret for Oslo universitetssykehus.

1. Drift

• Hjertekirurgi

Styret er tidligere orientert om hjertekirurgisaken etter diverse mediaoppslag. Det er viktig å påpeke at ledelsen ved Oslo universitetssykehus følger kontinuerlig med på avviksmeldinger i avvikssystemet og da spesielt de mest alvorlige sakene. Gjennom dette systemet ble også ledelsen kjent med de pasienthendelser innen hjertekirurgi som har vært omtalt i media. I tillegg mottok ledelsen bekymringsmelding fra ansatte knyttet til de omtalte pasienthendelsene.

På bakgrunn at dette har sykehusledelsen valgt en meget tett oppfølging av det arbeidet som pågår for utarbeidelse av en detaljert plan med tilhørende risikovurdering og kapasitetsberegninger. Klinikkleder og avdelingsleder må nå rapportere til en styringsgruppe som ledes av administrerende direktør. Styringsgruppen har representanter fra hjertemedisinsk miljø på Ullevål og Rikshospitalet og fra hjertekirurgisk miljø på Ullevål og Rikshospitalet. Representantene har bred faglig og forskningsmessig bakgrunn. I tillegg er representant fra brukerutvalget, tillitsvalgte og verneombud representert i styringsgruppen. Avdelingsleder har ansvaret for utarbeidelse av en detaljert plan for funksjonsfordeling (hvilke pasientgrupper som skal behandles på hvilken lokalisasjon) i avdelingen og for hvordan overføring av behandlingen av komplekse pasienter fra Ullevål til Rikshospitalet skal skje. Planen skal utarbeides sammen med fagmiljøet i avdelingen slik at man sikrer involvering og planen skal være gjenstand for en bred faglig diskusjon. I tillegg skal det foreligge risikovurdering av foreslått plan, og det skal gjennomføres kapasitetsberegninger knyttet til operasjonsstuer og postoperativ/intensiv-plasser ved de to lokalisasjoner. Styringsgruppen skal vurdere og beslutte tiltak som må iverksettes slik at man får sikret nødvendige ressurser og kompetanse. Her vil man ha et spesielt fokus på behov for intensivkapasitet. Første møte i styringsgruppen ble avholdt den 29.11.12.

Det er administrerende direktørs klare intensjon at begge lokalisasjoner med tilhørende operasjons- og postoperativ/intensiv-kapasitet skal utnyttes til det beste for pasientene, og at det skal være en klar funksjonsfordeling mellom de to lokalisasjonene. Det skal i denne sammenheng etableres et felles inntakskontor for Ullevål og Rikshospitalet slik at sykehuset sikrer ”en dør inn” for denne pasientgruppen og slik at pasientene blir fordelt til de to lokalisasjonene etter diagnose og forventet behandling. Det er også behov for rotasjon av spesielt leger for opprettholdelse og videreutvikling av kompetanse. I tillegg vektlegger administrerende direktør at det skal utarbeides en kommunikasjonsplan slik at man sikrer tidlig og god informasjon til berørte interne og eksterne fagmiljøer og organisasjoner. Det er utarbeidet en prosedyre for dagens praksis som skal gjelde frem til ny oppgavefordeling er iverksatt. Det kan i denne sammenheng nevnes at administrerende direktør har hatt et positivt møte med Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke som ønsket informasjon i sakens anledning.

Det er kjent av thoraxkirurgisk avdeling har utfordringer med samarbeidsklima og administrerende direktør vil også ha fokus på at det arbeides for et godt faglig samarbeid i avdelingen med utarbeidelse av felles prosedyrer og gjennomføring av felles faglige møter og planleggingsmøter.

Det er alt avholdt to fellesmøter med alle overlegene ved avdelingen hvor sykehusledelsen var tilstede.

De sakene som har vært omtalt i media gjelder to pasienter hvor utfallet av behandlingen dessverre ble fatal. Det ene dødsfallet ble meldt til Oslo politidistrikt og Statens Helsetilsyn iht regelverk og interne prosedyrer. Dette ble begrunnet i omstendighetene omkring avbrytelsen av operasjon. Pasienten ble obdusert. Initialt fant Helsetilsynet ikke grunn til utrykning, og dette ble meddelt sykehuset. Det andre dødsfallet ble initialt ikke vurdert som meldepliktig til Statens Helsetilsyn, men ble meldt etter ordinære retningslinjer til Kunnskapssenteret. Grunnet det interne og eksterne fokus sakene fikk vurderte sykehusets ledelse på selvstendig grunnlag at det var hensiktsmessig å sende en samlet redegjørelse til Fylkemannen. Dette ble gjort den 14.11.12.

Fylkesmannen har opprettet tilsynssak etter oversendelse av sak fra Pasient- og brukerombudet omhandlende avbrytelse av operasjon. Saken er under arbeid.

• **Intensivkapasitet**

Det har den siste tiden vært mye fokus på intensivkapasiteten ved Oslo universitetssykehus. Det er viktig å understreke at demografi og medisinsk utvikling fører til stadig økt etterspørsel etter intensivkapasitet. Tidvis knapphet på intensivkapasitet eksisterte også ved de tidligere foretakene som nå utgjør Oslo universitetssykehus. Styret er tidligere orientert om saken og administrerende direktør vil her kort oppsummere det som har skjedd innen området etter fusjonen og fisjonen:

- Etter etableringen av Oslo universitetssykehus har man overtatt en stadig større del av det regionale og nasjonale ansvaret for tynge planlagt kirurgi og oppgaver i intensivmedisin knyttet til barn og pasienter med organsvikt. Oslo universitetssykehus må på denne bakgrunn hele tiden tilpasse sin kapasitet til et økende behov for å ivareta sin nasjonale ”bakvaktsfunksjon”

- Oslo universitetssykehus har samlet all sin intensivmedisin på to av de fire hovedsykehusene; Rikshospitalet og Ullevål. Dette fører til mer effektiv drift av intensivplassene
- Akershus universitetssykehus har hatt utfordringer med å ta alt som fisjonen skulle tilsi på grunn av mangel på kapasitet i tillegg til at de også etterspør intensivkompetanse fra Oslo universitetssykehus. Det er nå en bedring i kapasitet på intensiv ved Akershus universitetssykehus. Dette avlastet spesielt Ullevål.
- På Ullevål er Intensiv 3 pusset opp og utvidet med to intensivsenger. Nytt Akuttbygg vil fra 2014 gi en økning på ytterligere 7 intensivplasser. Her har man tidligere dessverre kommentert at det vil bli 14 nye intensivplasser, men det korrekte tallet er altså 7.
- På Rikshospitalet er det laget 6 nye oppvåkningsplasser og de tre intensivene har fått øket areal og ventilasjon for å sikre god drift av alle intensivsengene. Det er ytterligere planlagt en utvidelse av postoperativ/intensiv ved ombygning av en sengesentral
- Som oftest er det personell som er den begrensende faktor knyttet til intensivkapasitet. Bemanningen er økt tilsvarende 1 intensivseng ved PO/intensivenheten på Rikshospitalet og 1,5 intensivseng på Ullevål. Det er tilført et overlegeårsverk til PO/intensiv Ullevål. I tillegg økes det med 2 sykepleiere på Thoraxintensiv ved Rikshospitalet og så er Akuttklinikken i ferd med ytterligere å bemanne en intensivseng med 9 sykepleiestillinger på Rikshospitalet. Videre har Akuttklinikken åpnet 4 senger i oppvåkningsområdet 4 netter i uken for å øke postoperativ kapasitet på Rikshospitalet. Utover dette er det en kontinuering vurdering av overtid/innleie for å dekke perioder med økt behov for intensivplasser
- Det er videre startet et prosjekt som skal etablere flere intermediærsenger for å avlaste intensivsengene
- På Rikshospitalet var det i høst (medio september – medio oktober) en krevende periode med arealknapphet i forbindelse med ombygning av barneintensivenheten. Dette falt sammen med en opphopning av tunge intensivpasienter som lå lenge, og førte til en kapasitetsmangel som gikk ut over elektiv kirurgi. Ombyggingen ble fremskyndet og det ble etablert en møttestruktur for optimal bruk av PO/intensivplassene. Etter at ombyggingen var ferdig og tiltak knyttet til bemanning iverksatt, har man hatt kapasitet til å ta det elektive operasjonsprogrammet med den begrensning enhver sykehusdrift med øyeblikkelig hjelp har
- Det er også innført organisatoriske tiltak for bedre planlegging og koordinering av kirurgisk virksomhet på Rikshospitalet

Administrerende direktør følger intensivkapasiteten nøye for å kunne iverksette tiltak ved behov har også initiert en gjennomgang av alle PO/intensivenhetene ved Oslo universitetssykehus mtp en oversikt over belegg og bemanning (inkl overtid, innleie, ekstravakter etc). Dette for å sikre en god planlegging og ikke minst for å sikre en riktig bemanning av PO/intensivenhetene.

Når det gjelder oppslagene om stengning av en intensivhet (TKAI2) med 4 plasser ved Thoraxkirurgisk avdeling på Rikshospitalet i uke 48 så er det viktig å understreke at dette var en planlagt stengning. Intensivheten TKAI2 tar vanligvis i mot pasienter som har vært gjennom et planlagt inngrep og har derfor ikke vært rammet av utsettelse ved begrenset intensivkapasitet.

Det elektive operasjonsprogrammet ble i uke 48 planlagt tilsvarende den planlagte stengningen av TKAI2. Stengningen knyttet seg til at enheten ikke har hatt alt personalet de trenger for å få grunnturnusen til å gå rundt. Under den planlagte stengningen ble personalet samlet på den andre intensivheten Thoraxkirurgisk avdeling har på Rikshospitalet. I tillegg har avdelingen tilgang på plasser i generell intensivhet på Rikshospitalet. Det elektive operasjonsprogrammet på Thoraxkirurgisk avdeling på Ullevål gjennomføres med full kapasitet.

- **Rusbehandling i Oslo universitetssykehus**

Det har vært omtaler i media om at det er tilnærmet fri flyt av narkotiske stoffer, kjøp og salg av narkotika og hyppige overdoser i Avdeling avhengighetsbehandling Ung. Dette avviser senterleder.

Det er imidlertid velkjent at rusavhengighet er en kronisk sykdom med hyppige tilbakefall.

I 2012 har det vært tre overdosetilfeller i Avdeling Ung. De er alle meldt i sykehusets avvikssystem. Fordi pasientene var i avdelingen da dette hendte fikk de adekvat behandling og oppfølging. Personalet i avdelingene i Senter for rus- og avhengighet er tverrfaglig sammensatt med utdannelse for og kompetanse til å arbeide med rus- og avhengighetsproblematikk. De fleste har lang erfaring fra fagfeltet også med å takle pasienters tilbakefall. Ansatte oppfordres til å melde fra om feil og mangler for å forbedre behandlingstilbudet.

Administrerende direktør vil understreke at behandlingstilbudet i Senter for rus- og avhengighetsbehandling er et kvalitativt godt og differensiert behandlingstilbud som er faglig forsvarlig. Oslo kommunes fastleger og NAV kontor kan trygt henvise pasienter til vårt behandlingstilbud.

- **Nevrokirurgi**

Forskningsstudie innen nevrokirurgi som omfatter trykkmåling i hjernens ventrikkelssystem og vevsprøve fra hjerneceller har vært omtalt i media. Denne saken sammen med kapasitets- og driftsmessige utfordringer innen nevrokirurgi vil det bli redegjort for muntlig i styremøtet.

- **Kartlegging av geografisk dimensjon i organisasjons- og ledelsesstrukturen i Oslo universitetssykehus**

Forekomst av lokal, stedlig ledelse og i hvilke former den skjer og bør skje, har vært oppe til diskusjon i høst. Med grunnlag i denne diskusjonen har administrerende direktør gitt Stab medisin, helsefag og utvikling i oppdrag å kartlegge den geografiske dimensjonen i organisasjons- og ledelsesstrukturen ved Oslo universitetssykehus.

Spørsmål som er stilt i kartleggingen er: Hvor forekommer det virksomhet på flere lokalisasjoner, og hvordan er virksomheten og ledelsen organisert i de enkelte tilfellene, dvs. på hvilket organisatorisk nivå skjer den geografiske samordningen og i hvilken ledelsesmessig form skjer den?

Det er til nå gjort en kartlegging av organisasjons- og ledelsesstruktur i de somatiske klinikkene, og de organisasjonsenhetene ved Oslo universitetssykehus som har virksomhet på flere steder, er identifisert. Oslo sykehusservice og senere Klinikk psykisk helse og avhengighet vil bli inkludert.

Av totalt 68 *avdelinger* (organisasjonsnivå 3) er det 29 avdelinger som driver på kun én lokalisasjon og 39 avdelinger som har drift på to eller flere lokalisasjoner. Fordi oppmerksomheten er rettet mot grunnlaget for lokal ledelse, er fokuset i kartleggingen på *det laveste organisasjonsnivået* i en gitt avdeling som har virksomhet på to eller flere steder. Det vil si *seksjoner* (organisasjonsnivå 4) og *enheter* (organisasjonsnivå 5) der seksjons- eller enhetsleder har medarbeidere på ulike geografiske lokalisasjoner og *uten* at det forekommer formelle organisasjonsenheter og formelle linjeledere på de enkelte lokalisasjoner. I de 7 somatiske klinikkene som hittil er kartlagt, er det identifisert i alt 74 slike seksjoner og enheter. Forekomsten er størst i Klinikk for diagnostikk og intervensjon og i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken med henholdsvis 22 og 21 organisasjonsenheter. Klinikk for kirurgi og nevrofag og Kvinne- og barneklubben følger deretter med henholdsvis 13 og 12 organisasjonsenheter. I Hjerter-, lunge- og karklinikken og Akuttklubben er det tre organisasjonsenheter, mens det er ingen i Medisinsk klinikk.

Foreløpig har en ikke trukket inn forekomsten av de om lag 200 nestledere, teamkoordinatorer, stedlige koordinatorer etc., som ivaretar arbeids- og driftsledelse, men som ikke har resultat-, fag-, budsjett- og personalansvar slik en linjeleder har. Disse vil komplettere bildet av vilkårene for utøvelse av lokal ledelse.

Etter at kartleggingen er fullført, vil det bli vurdert hvorvidt man skal gjøre en nærmere analyse av de organisasjonsenhetene som er identifisert i kartleggingen, og hvilke organisatoriske og/eller ledelsesmessige tiltak som skal iverksettes

- **Ris/Pacs på Radiumhospitalet**

Det har i løpet av høsten blitt avdekket flere alvorlige svakheter i Agfa røntgensystem (RIS/PACS) ved Radiumhospitalet. Det er gjort en vurdering av hele systemet av Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Stab IKT med støtte fra Sykehuspartner. Situasjonen tilsier at det iverksettes flere tiltak. Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet en katastrofeplan som kan iverksettes hvis vi skulle oppleve sammenbrudd av systemet. Det er også iverksatt enkelte tekniske tiltak som vil minske risikoen for å miste data. Dette vil imidlertid ikke løse et problem med økende responstider på applikasjonen. Det er løpende dialog med Helse Sør-Øst RHF for å komme frem til en løsning som er bærekraftig frem til ny regional løsning tas i bruk ved Oslo universitetssykehus HF.

2. Forskning

- **Nye, nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Oslo universitetssykehus**

Helseregistre består av opplysninger samlet inn fra helsetjenesten med tanke på å skaffe kunnskap om sykdommers årsak, behandlingsresultater, pasientforløp osv. Register opprettet i forbindelse med spesifikke forskningsprosjekter faller utenfor denne definisjonen (forskningsregistre). En type helseregister som forvaltes av helseforetakene,

benevnes *medisinske kvalitetsregistre*. Disse er enten interne kvalitetsregistre eller medisinske kvalitetsregistre tilrettelagt for kvalitetssikring og forskning, som også kan få godkjenning som nasjonalt register. Til tross for registrenes store betydning, er etablering og drift i stor grad underfinansiert, og i for stor grad basert på ildsjeler og lokale egenutviklede løsninger. Det arbeides derfor aktivt på feltet innad OUS, i samarbeid med Helse Sør-Øst og gjennom bidrag i nasjonale grupper.

OUS hadde ved starten av 2012 tre nasjonale kvalitetsregistre: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, Nasjonalt traumeregister og Norsk nyfødtdiagnose kvalitetsregister (som er del av Fødselsregisteret). Kvalitetsregistre er et satsingsområde for OUS, jf også vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan, og det ble satt som mål for OUS å øke antall nasjonale registre fra tre til seks i løpet av 2012. I oktober 2012 fikk OUS godkjent ytterligere tre nasjonale kvalitetsregistre: Nasjonalt HIV-register, Nasjonalt kvalitetsregister for døvblindhet og Norsk nefrologiregister.

I tillegg har OUS registre som reelt sett er landsdekkende, uten at det pr i dag foreligger godkjenning som nasjonalt register. 5 kvalitetsregistre fra OUS har i 2012 søkt og blitt anbefalt nasjonal status av HSØ. Søknadene ligger til evt. godkjenning i Helse- og omsorgsdepartementet.

Kreftregisteret, som er en del av OUS, har også flere spesialregistre, to som allerede er godkjente nasjonale kvalitetsregistre og seks som ligger til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet.

- **Nytt senter for fremragende forskning tildelt Universitetet i Oslo, med Oslo universitetssykehus som hovedsamarbeidspartner**

Norwegian Centre for Mental Disorders Research blir det fjerde Senter for fremragende forskning (SFF) med UiO som vertsinstusjon og med tilhold på OUS. OUS er universitetets hovedsamarbeidspartner i senteret. Senteret skal ledes av professor og overlege Ole A. Andreassen ved Klinikk psykisk helse og avhengighet. Alvorlig psykiatrisk sykdom er temaet for virksomheten og forskerne skal undersøke hvordan genetik og miljø virker sammen i utviklingen av slike sykdommer. Bedre kunnskap om kliniske kjennetegn og sykdomsutvikling er blant forskningsmålene og forskerne kommer til å bruke genteknologi, hjerneforskning og registerdata i sine studier. Tildelingen er på ca. 17,5 millioner kroner årlig og er svært viktig for psykiatriforskningen.

- **Norsk senter for partikkelterapi (protonterapi) ved kreftsykdommer**

I statsbudsjettet for 2013 er det bevilget 15 mill. til planlegging av et nasjonalt senter for partikkelterapi. Arbeidet skal ledes av Helse Vest. Partikkelterapi (eller protonterapi) er en form for strålebehandling som er bedre og mer treffsikker enn strålebehandlingen som tilbys kreftpasienter i Norge i dag. Partikkelterapi gir også mindre risiko for senskader. Mange land har tatt i bruk denne teknologien og det er planlagt anlegg også i Sverige og Danmark. Barn med kreft har spesielt god nytte av partikkelterapi, fordi god treffsikkerhet kan hindre skader på organer som fortsatt er i utvikling. Et norsk senter for partikkelterapi vil omfatte både pasientbehandling og forskning og skal planlegges i samarbeid med de øvrige helseregionene og sentrale helsemyndigheter.

Oslo universitetssykehus har gitt uttrykk for at vi forventer at lokaliseringen av et slikt nasjonalt senter skjer gjennom en åpen prosess. Oslo universitetssykehus har sammen med Universitetet i Oslo og miljøene i hovedstadsregionen for øvrig (spes forskningsmiljøene på Kjeller), betydelig kompetanse på feltet og ser store potensielle

gevinster ved en eventuell lokalisering i Oslo, i tilknytning til Life Science-satsingen til Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus vil derfor, sammen med representanter fra andre sykehus i regionen og Universitetet i Oslo, bidra med innspill i det nasjonale arbeidet. Administrerende direktør er representert i styringsgruppen for det nasjonale prosjektet.

- **K. G. Jebsen-sentre 2012 – forhandlinger med tre søkermiljøer**

Stiftelsen K. G. Jebsen inviterte UiO og universitetssykehusene i regionen til sammen å sende inn maksimalt seks prioriterte søknader om nye K. G. Jebsen-sentre for 2012. Av de seks søknadene som ble sendt fra UiO var fire søknader samarbeidsprosjekter mellom UiO og OUS. I tillegg ble det sendt én søknad fra UiO (ekskl. universitetssykehusene) og én søknad fra UiO-Ahus. Tre av de seks søknadene er nå invitert til videre kontraktsforhandlinger med stiftelsen. Alle disse er samarbeidsprosjekter mellom UiO og OUS, der UiO vil være vertsinstitusjon. Dette er:

- *Jebsen Center for Immunotherapy of Leukemia and Lymphoma*
Prosjektleder: Johanna Olweus, professor II UiO og forskningsgruppeleder ved Institutt for kreftforskning, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, OUS
- *Jebsen Inflammation Research Centre*
Prosjektleder Guttorm Haraldsen, professor II UiO og forskningsgruppeleder ved Avdeling for patologi, Klinikk for diagnostikk og intervensjon, OUS
- *K.G. Jebsen centre for influenza vaccines*
Prosjektleder Bjarne Bogen, professor UiO med bistilling som overlege ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Klinikk for diagnostikk og intervensjon, OUS

Sentrene kan oppnå støtte på inntil 4 mill. kroner pr år i fire år og er således et meget viktig bidrag til fremragende forskningsmiljøer, som gir miljøene store muligheter.

3. Pasientsikkerhet og kvalitet

- **Publisering av uønskede pasienthendelser**

Ledergruppen ved Oslo universitetssykehus besluttet i møte 4. desember å publisere uønskede pasienthendelser på nett. Hensikten med å publisere anonymiserte hendelser er å:

- bidra til erfaringsoverføring fra systemårsaksanalyser som det kan læres av, internt og eksternt
- fremme systemperspektiver og samtidig ivareta og ivareta dem som har vært involvert i uønskede hendelser, åpenhet mot samfunnet, vise at sykehuset analyserer uønskede hendelser og implementerer forbedringstiltak
- kommunisere at medisinsk behandling ikke er risikofritt

4. Samhandling

- **Om Prosjekt helsearena Aker og utviklingen av en samhandlingsarena på Aker**
Styresak 145/2011 ga en bred orientering om utviklingen ved Aker sykehus. I vedtaket i

denne saken ba styret om å bli jevnlig oppdatert om utviklingen av Aker. Alle endrings- og utviklingsprosesser som gjelder Aker sykehus er i Oslo universitetssykehus koordinert gjennom Prosjekt Helsearena Aker. Det gjelder også utviklingen av Aker som en samhandlingsarena – et samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten i Oslo. Administrerende direktør konstaterer at prosessene med å avklare framtidig virksomhet på Aker og utvikle en samhandlingsarena på Aker følger de planer som det ble redegjort for i desember 2011. I den forbindelse kan følgende framheves:

- På forsommeren forelå det en samlet arealplan for bruk av byggene i den øvre del av Aker. Prosjekt samhandlingsarena Aker og Oslo kommune var involvert i dette arbeidet. Parallelt med og som en konsekvens av planen ble det lagd en oversikt over nødvendige bygningsmessige tiltak med budsjett for disse (innarbeidet i ØLP og foreløpig finansiert som en del av samlokaliseringer fase 1).
- I samarbeid med Oslo kommune er det utarbeidet et forslag til Prinsippavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om samarbeid og bruk av Aker sykehus (øvre del). Det vil redegjøres nærmere om dette i egen styresak i februar 2013.
- Følgende virksomheter er vedtatt lagt til øvre del av Aker – lokaliseringen er gjennomført eller under implementering:
 - Dagkirurgisk senter – tilrettelegges for utvidelse til i første omgang 4 av 12 operasjonsstuer på nyåret 2013 (integrert del av foretakets kirurgiske virksomhet)
 - Seksjon for rehabilitering (i regi av Oslo universitetssykehus) – med døgn-, dag- og poliklinikkvirksomhet
 - Poliklinisk virksomhet rehabilitering (i regi av Sunnaas sykehus)
 - Regionalt ressurscenter for rehabilitering (i regi av Sunnaas sykehus)
 - Kommunal avdeling for rehabilitering (i regi av Sykehjemsetaten)
 - Senter for pasientmedvirknings- og samhandlingsforskning (i regi av Oslo universitetssykehus)
 - Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (administreres av Oslo universitetssykehus)
 - Geriatrisk ressurscenter (i regi av Oslo kommune) – et kunnskapssenter med velferdsteknologisk demonstrasjons- og simuleringsvirksomhet
 - Kommunal legevakt (i regi av Helseetaten i Oslo kommune)
 - Kommunal akutt døgnenhet (i regi av Helseetaten i Oslo kommune) – 32 senger i løpet av første halvår 2013
 - Mammografisenter for Oslo (i regi av Oslo universitetssykehus)
- Følgende virksomheter er under utredning eller planlegging med lokalisering på Aker:
 - Senter rettet mot kronikergrupper
 - Ressurscenter for innvandrerhelse for Oslo
 - DPS Nord inkl ruspoliklinikk
 - Kommunalt tilbud innen rus og/eller psykisk helse
 - Koordinerte aktiviteter innen forskning, innovasjon og utdanning
- Det startes opp utredning av en felles modell for brukermedvirkning for virksomhet på Aker

• **Tolk og tolketjenester ved Oslo universitetssykehus / i Hovedstadsområdet**

I regi av *Likeverdsprosjektet* publiserte vi i sommer en rapport om kvaliteten på tolketjenestene hos partene i prosjektet, dvs Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Lovisenberg sykehus og Oslo kommunale

tolketjeneste. For sykehusene som kjøper tjenester fra private tolkeformidlere, var resultatene nedslående.

På bakgrunn av funnene i rapporten, fikk Likeverdsprosjektet mandat fra sine eiere, Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune, til å jobbe videre med tolketjenester i helsesektoren. Prosjektet fikk blant annet i oppdrag å utrede ulike modeller for hvordan institusjonene kan sikre at de får tolking når det trengs, med vekt på kvalitet, tilgjengelighet, kapasitet og mulig fremtidig utvikling. På bakgrunn av dette, ble prosjektet også bedt om å komme med en anbefaling på hvilken løsning som anses mest hensiktsmessig.

I rapporten "*Akkurat som vi gjør med andre spesialister*" *Anbefalinger for fremtiden*, som ble levert til oppdragsgiverne i oktober, utredes to modeller for bestilling av tolk. Den ene er anbudsavtale om bestilling av tolk via formidlingsbyrå, den andre er egenregi på bestilling av tolk i form av en egen tolkesentral. Rapporten anbefaler sistnevnte modell, med egenregi på bestilling av tolk. Dette ansees å være den modellen som best ivaretar hensyn til kvalitet og kontinuitet i tjenestetilbudet, samt at den på sikt er mest kostnadseffektiv for helsevesenet og mest samfunnsøkonomisk gunstig. I den sammenheng er det ønskelig å styrke skjermtolkingsmulighetene. Helse Sør-Øst har nå gitt Oslo universitetssykehus i oppdrag å lede det videre utredningsarbeidet. Tolketjenesten i Oslo kommune er invitert med som observatør i prosessen.

- **Ny hijab på sykehuset**

Oslo universitetssykehus har nå fått nye hijaber, tilpasset uniformene på sykehuset. Vi har tidligere hatt en egenprodusert, men som svært få ansatte brukte, og i stedet brukte private hijaber. De to nye modellene har mykt og behagelig stoff og er utformet sammen med hijabbærende designere som ivaretar krav til muslimske regler.

Når hijabene nå distribueres til avdelinger med hijabbærende ansatte som bruker uniform i sitt daglige arbeid, vil det ikke lenger være tillatt å benytte private hijaber. Dette av hygieniske og sikkerhetsrelaterte årsaker. Det stilles krav til at hijab skal vaskes på lik linje med annen arbeidsuniform, på 85-90 grader.

At vi har produsert nye hijaber er også et ledd i å gjøre oss attraktive på arbeidsmarkedet. Ved at vi tilrettelegger for bruk av hijab vil vi være med i konkurransen om de beste arbeidstakerne, uansett potensielle søkers religiøse overbevisning.

For bilde av hijabene, se link: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/ny-hijab-pa-oslo-universitetssykehus.aspx>

- **Erfaringskonferanse Likeverdsprosjektet**

Likeverdsprosjektet arrangerte 29. november en nasjonal erfaringskonferanse. Konferansen, som fant sted på Ullevål, la vekt på å spre kunnskap og erfaringer partene har gjort seg i prosjektperioden, knyttet til de ulike delprosjektene: Kulturveilederordning og –utdanning, satsningen innen tolkefeltet, frokostmøter og radioprojektet. Konferansen ble åpnet av prosjektets eiere ved kommunaldirektør for Eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune Bjørg Månun Anderson og samhandlingsdirektør i HSØ, Knut Even Lindsjørn. I tillegg ble det gitt en presentasjon om migrasjonshelse i Norge og utfordringer i hverdagen sett med en fastleges øyne. Totalt 112 deltakere møtte til konferansen, og representerte både spesialist- og primærhelsetjenesten, departement, direktorat, ombud og organisasjoner. Konferansen har fått gode tilbakemeldinger i etterkant.

- **Bred diabetessatsning**

Oslo universitetssykehus har i høst hatt fokus på forebygging av diabetes blant innvandrere. I den sammenheng har vi blant annet samarbeidet med Diabetesforbundet og innvandrersorganisasjoner i Oslo om å holde stands på Grønland torg, i St. Hallvard kirke på Tøyen og moskeen Central Jamaat-E Ahl-E sunnat på Grønland. Her delte vi ut informasjon på ulike språk og gjorde blodsuktermålinger. Personer med forhøyede verdier ble oppfordret til å ta kontakt med fastlege for nærmere oppfølging. Mange i Norge har diabetes uten å være klar over det.

I forbindelse med Verdens diabetisdag 14. november holdt vi også diabetesstand for ansatte og pasienter i Sentralblokka på Ullevål. På 2 timer lot 147 seg måle. I samme anledning bisto Oslo Sykehusservice med å lyse opp Tårnbygget i blått – et tiltak som bidro til å sette fokus på Diabetesområdet for alle som passerte Ring 2. Opplysningen vakte stor oppsikt og var estetisk veldig flott!

- **Kulturveilederstudiet – veiledning i flerkulturelt helsearbeid**

I midten av oktober startet det 5 kullet med kulturveiledere (Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Høstens kull har 46 studenter, hvorav 22 er ansatte ved Oslo universitetssykehus. Dette studiet har tidligere vært et delprosjekt under "Likeverdsprosjektet", men er fra og med i høst, innlemmet som et ordinært tilbud ved HiOA. Dette anser vi som en stor seier for fagfeltet, ved at det er gått fra "prosjekt til drift" – og at det nå er åpent også for søkere som ikke er tilknyttet partene i Likeverdsprosjektet.

Utdanningen bidrar til at studentene blir mer bevisste på sin egen rolle som profesjonsutøver i et flerkulturelt helsevesen. I tillegg får de økt kunnskap om ulike kulturelt betingede helsesrelaterte forskjeller.

Totalt har 80 ansatte bestått videreutdanningen, og er en del av lokale og tverrgående kulturveiledernetverk.

5. Revisjon og kontroller

- **Riksrevisjonens kontroll av omstillingen i Oslo universitetssykehus HF**

Riksrevisjonen la 4. desember frem sitt Dokument 3.2 (2012-2013) om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011. Her presenterte Riksrevisjonen sin utvidet kontroll av planleggingen av omstillingen i Oslo universitetssykehus HF.

Riksrevisjonen sammenfatter at resultatet av kontrollen viser at planleggingen av omstillingen ikke tok tilstrekkelig hensyn til kjente utfordringer ved bygningsmasse, spredte lokasjoner, ulike IKT-løsninger, rekkefølgeproblematikk og økonomiske rammer. Kontrollen har også vist at rapporterte risiko for gjennomføringen av omstillingen ikke ble godt nok håndtert av eierne, og at Helse Sør-Øst RHF og HOD har godtatt for høy risiko. Mangelfull planlegging og risikostyring underveis gir risiko for manglende effekt av omstillingen.

Riksrevisjonen vil i 2013 følge opp med en utvidet kontroll av gjennomføring og effekter av omstillingene i Oslo universitetssykehus HF. Formålet med kontrollen vil være å vurdere om omstillingene i Oslo universitetssykehus har ført til bedre ressursutnyttelse og pasientbehandling, og om Oslo universitetssykehus' og Helse Sør-Østs styring har sikret positive effekter av omstillingen.

- **Kontroll med økonomiforvaltningen**

Det har vært en gjennomgang med revisor om risiko for mislighold innen økonomiområdet. Etter dette har det vært arbeidet med helhetlige og strukturerte rutiner innen økonomiområdet. Sykehuset er i ferd med å få på plass en ny sentral rutine.

Formålet er å sikre at foretakets ressurser forvaltes etter sitt formål og at lover og regler og interne fullmaktregler overholdes.

Det er viktig at foretaket som institusjon har rutiner som både forebygger og avdekker mislighold fordi korrupsjon undergraver tillit og reduserer handlingsrom. Lovbrudd kan også føre til straffansvar og erstatningsansvar for foretaket (og eventuelt straff for ansatte).

Det legges opp til planlagte, regelmessige kontroller i tillegg til at man har system for å håndtere mistanke om misligheter som framkommer på annen måte. Undersøkelse og oppfølging av funn skal utføres i henhold til lovkrav om forsvarlig saksbehandlingsregler og ansattes personvern.

Rutinen skal drøftes med tillitsvalgte og en har også forankret rutinen i aktuelle fora under arbeidet.

6. Pensjonskasse

- **Replassering av midler i Statens pensjonskasse**

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte Oslo universitetssykehus HF om lag 1,9 mrd. kroner i Statens pensjonskasse 8. desember 2011. I forkant av replaseringen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS og de ulike alternativene ble vurdert. KLP Kapitalforvaltning AS anbefalte at Oslo universitetssykehus HF allokerte 800 mill. kroner til Statens pensjonsfond utland og at om lag 1.100 mill. kroner ble plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Basert på en totalvurdering av risiko for negativ utvikling i finansmarkedene ble 500 mill. kroner plassert i Statens pensjonsfond utland og om lag 1.400 mill. kroner ble plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

Oslo universitetssykehus HF ble ultimo oktober varslet om at beløpet som ble plassert i norske statsobligasjoner i desember 2011 - 1.400 mill kroner - måtte replasseres på nytt.

Oslo universitetssykehus HF innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS i forkant av beslutningen om replassering. Deres anbefaling var å replassere hele beløpet på om lag 1.400 mill. kroner i statsobligasjoner med ett års løpetid. Administrerende direktør i samråd med styreleder besluttet på bakgrunn av eksterne råd og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT at hele beløpet skulle replasseres i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Beslutningen ble oversendt Statens pensjonskasse 4. desember.

Helse Sør-Øst RHF ved finansdirektør ble informert om saken i forkant av beslutningen.

7. RETTSTVISTER – status per d.d.

Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Dom fra Borgarting lagmannsrett 21.11.2012

Saken gjaldt spørsmålet om en lege i spesialisering (LIS), ansatt i midlertidig stilling, har krav på fast ansettelse.

Oslo universitetssykehus HF vant saken, både i tingretten og lagmannsretten, og fikk dermed medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Lagmannsretten legger til grunn at LIS-legene utfører praksisarbeid som gir anledning til midlertidig ansettelse i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c.

Nåværende praksis med adgang til å ansette LIS-leger i midlertidige stillinger fortsetter. Spekter og Legeforeningen arbeider imidlertid med å endre ordningen, slik at flest mulig kan få fast ansettelse.

Lagmannsretten uttaler i den forbindelse at iverksetting av en ny ordning med fast ansettelse av LIS-leger forutsetter utarbeidelse av et nytt rettslig rammeverk og ulike praktiske tiltak.

Avgjørelsen er ikke rettskraftig før en vet om saken blir anket eller ikke. Ankefristen er 4.januar 2013.

Nærmere om saken

Motparten stevnet Oslo universitetssykehus i februar 2011, med krav om fast ansettelse som LIS. På grunn av sakens prinsipielle karakter, og betydning for landets helseforetak, førte Spekter saken for sykehuset.

Ved ankeforhandlingen, erklærte Legeforeningen at de ville tre inn som partshjelper for motparten. Ankeforhandlingen ble holdt 18. og 19. oktober 2012.

Lagmannsretten har foretatt en grundig vurdering av adgangen til midlertidig ansettelse og om det arbeidet LIS-legene utfører, kan anses som praksisarbeid i arbeidsmiljølovens forstand.

Avgjørelsen er viktig for sykehuset som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS.

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.

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 var berammet for retten 23-24. oktober, men ble rett før hovedforhandling trukket av saksøker.

Oppsigelsessak

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter oppsigelse. Tvisten står om oppsigelsen er usaklig og ugyldig. Saken som var berammet til februar 2013, har fått sin løsning gjennom utenrettslig forlik.

Kollektive arbeidsrettssaker:

I tillegg foreligger det tre kollektive arbeidsrettssaker - Arbeidsretten:

LO – LO Stat og Fagforbundet 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 ble forlikt av Spekter og YS/Lo i forbindelse med Hovedavtaleforhandlingene desember 2012.

Det ble avsagt dom 26. november i sak mellom Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening og 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. Spørsmålet var om foretaket har brutt overenskomsten ved å legge deler av den ordinære arbeidstiden til medisinske fysikere med hovedarbeidssted Ullevål til tidsrommet kl. 17.00 – 20.00. Spekter har ført saken på vegne av foretaket. Hovedforhandling ble avviklet 19-20. september. Dom ble avsagt under dissens 6-1. Flertallet kom til at den arbeidstidsordning som ble etablert med strålebehandling på kveldstid ved Ullevål ikke er i strid med overenskomsten. Behovet for arbeid på kveldstid er lite, og flertallet finner at den ordningen som er etablert må kunne betegnes som unntaksvis. Det ble frifinnelse for foretaket og Spekter.

Den norske legeforening 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 berammet 11-14 mars 2013.

8. Medieomtale 1.september – 5.desember 2012

Antall saker i mediene har økt fra 1433 i september, til 1818 i november, totalt 4429 for hele perioden. Desember 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. desember 2012	323		Positiv: 14 Nøytral: 68 Negativ: 18	Mest småsaker så langt denne måneden
November 2012	1818		Positiv: 10 Nøytral: 62 Negativ: 28	Den økende andelen negative saker skyldes for det meste saker om hjertepasienter, redusert intensivkapasitet og rusbehandling avdeling ung.
Oktober 2012	1178		Positiv: 22 Nøytral: 62 Negativ: 16	Økningen i positive saker skyldes en rekke saker der sykehusets personell blir brukt som eksperter. Den nøytrale andelen inneholder mye kritikk av Helse Sør-Øst der OUS er nevnt.
September 2012	1433		Positiv: 12 Nøytral: 72 Negativ: 16	Det økende antallet nøytrale saker er knyttet til de mange sakene om Ahus hvor Ous nevnes i mange av sakene uten å spille noen hovedrolle i majoriteten av sakene.

Mediebildet ble i perioden preget av kritikk av Helse Sør-Øst for manglende styring av fusjonen ved OUS og av Bente Mikkelsens avgang, Riksrevisjonens rapport, manglende intensivkapasitet, rusbehandling ved avdeling ung, ny arealplan og saken om hjertepasientene.

Hjertepasienter

Denne saken startet 12.november etter at en bekymringsmelding fra thorax-kirurgene på Ullevål kom NRK og VG for øret uken før. Meldingen handlet om tre hjertepasienter som i utgangspunktet skulle opereres på Ullevål som ble bestemt flyttet til Rikshospitalet. To av dem

døde og det var spesielt en av sakene som vakte oppsikt i media, om en mann som ble lagt i narkose og så vekket opp før han ble flyttet til Rikshospitalet.

Klinikkleder Otto Smiseth svarte NRK i alle flater og de hadde ham som en av sine hovedkilder i sakens første fase. Han forklarte om hva som hadde skjedd og hvorfor, uten at det fikk spesielt innvirkning på etterlatt inntrykk i saken. I VG får klinikksjefen mindre plass i starten, der det gis mer plass til kritiske kilder fra Ullevål. Saken sprer seg raskt til andre kanaler og dekningen blir massiv. NRK og VG fortsetter å lede an i saken med nye vinklinger. VG publiserer senere samme uke et internt brev fra tidligere hjertesenterleder på Ullevål Mons Lie til Otto Smiseth. Dette er også tema i Dagsnytt 18 fredag samme uke. Der møter Lie Cathrine Lofthus. I alle kanaler blir saken beskrevet som en maktkamp mellom kirurgene som har gått utover pasientene og det etterlatte inntrykket er svært negativt.

Manglende intensivkapasitet

Denne saken kom som en forlengelse av hjertesaken (over) og har i hovedsak gått i VG. Den dukket opp første gang 15. november med overskriften "Kreftpasienter blir sendt hjem uten operasjon". Klinikksjef Øyvind Skraastad uttaler seg i saken, uten at det ser ut til å virke inn på sakens vinkling.

Saken ligger i bero en liten stund til VG intervjuer en sykepleier som kan fortelle at en av intensivpostene til thorax-kirurgen på Rikshospitalet må stenges en periode på grunn av mangel på sykepleiere. Saken fortsatte inn i desember i samme avis med overskriften "Hun sier de har plass" med bilde av Cathrine Lofthus og "De sier de ikke har plass" med bilde av to leger. Denne artikkelen forsterker inntrykket som er gitt tidligere i saken, om at det gis inntrykk av at det er plass, selv om det egentlig ikke er det. Det etterlatte inntrykket i denne saken er negativt.

Rusbehandling avdeling ung

NRK kjørte mot slutten av november en sak hvor det fra pasienter og ansatte ble hevdet at det "flyter rusmidler" på OUS avdeling ung. Saken har sitt utspring i en varsling fra en tidligere medarbeider. Saken går hovedsakelig i NRK, men sprer seg raskt, under overskriften "Fri flyt av rusmidler ved OUS".

Leder ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Anne Beate Sætrang, uttaler seg i saken, men får svært liten plass og får liten innvirkning på saken.

Det etterlatte inntrykket i saken er at det ikke er god rusbehandling ved OUS og videre fortsetter saken som en kamp for det private tilbudet Phoenix Haga i Østfold som har mistet avtalen med Helse Sør-Øst.

Bente Mikkelsens avgang

I denne saken var ikke OUS hovedaktør, men fusjonen ble nevnt i de fleste saker som en grunn til hennes avgang. Saken har ikke hatt store mediemessig betydning for OUS og er vektet nøytralt og saker rundt dette utgjør en stor del av den nøytrale andelen saker i perioden.

Ny arealplan

Saken kom etter forrige styremøte og fikk en god del oppmerksomhet. Mye av denne var positiv, men da den største jubelen hadde lagt seg kom det enkelte debattinnlegg som diskuterte hvorvidt dette var en god ting for Oslo by og enkelte kritiske røster snakket om enda mer omstilling ved et sykehus som allerede er i omstilling. Den senere tiden har det blitt en del oppmerksomhet rundt tomten på Ullevål, hvor mye denne kan være verdt og hva den kan brukes til i fremtiden. Saken står likevel igjen som positiv.

Riksrevisjonens rapport

Riksrevisjonen ga i sin rapport i slutten av november Helse Sør-Øst kraftig kritikk for

manglende styring av fusjonen. Saken setter ikke OUS i noe verken bedre eller dårligere lys i forhold til dette temaet. Rapporten tok også for seg en ventelisteproblematikk hvor OUS ble trukket inn, men denne gang viste media en helhet fra hele landet.

9. Referater

- Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 22. nov (vedlegg)
- Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 22. oktober (vedlegg)

Møtereferat

Møtetema: Brukerutvalget (13:00-17:00)

Til:

Kopi:

Dato dok: 23.10.2012

Dato møte: 22.10.2012

Referent: Hummera Iqbal

Tilstede: Nina Adolfsen, Heine Århus, John Bjørnøy, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, Arve Nordlie, Lilli-Ann Stensdal, Velsemøy ruud, Faridah Shakoor
Fra ledelsen: Tove Strand og Eva Bjørnsborg

Forfall: Shoab Sultan, Jon Storaas, Richard Madsen, Dag Anton Omholdt.

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold	Ansvar	Frist
064-2012	Godkjenning av referat 18.6.2012 Referatet ble godkjent med noen merknader		
065-2012	Pilottesting av standader for likeverdige helsetjenester v/ Christopher Le NAKMI- nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse har ansvar for det overordnede prosjektet. Hensikten med pilottesting av standardene var å: <ul style="list-style-type: none"> • Å vurdere gyldighet og klarhet av standardene • Å innhente påvisbar dokumentasjon på effektiv praksis i forhold til substandarer • Å fastslå om standardene er tilgjengelig og forståelig (Norge er et av fem land som er med i pilottesting). Standard 4, brukermedvirkning og nettverskinnvolvering ble diskutert på møtet og brukerutvalget kommenterte på skjema som ble utdelt underveis.		
066-2012	Strategi brukermedvirkning v/ Eva Bjørnsborg og Nina Adolfsen Strategi brukermedvirkning utkast 6 ble diskutert på møtet: <ul style="list-style-type: none"> - Visjonen ble valgt - Formulering av begrepet likeverd ble diskutert, Kolbjørn Forfang sender forslag om formulering på begrepet likeverd til Eva Bjørnsborg. Nina Adolfsen og Eva Bjørnsborg skal jobbe videre med strategien, alle i brukerutvalget er velkommen til å komme med innspill og kommentarer. Strategi brukermedvirkning blir sendt til ledermøtet og deretter til styret i desember møtet.		

067-2012	Saker til styremøtet i Oslo universitetssykehus		
068-2012	Administrerende direktør sin time Administrerende direktør var ikke tilstedet på møtet.		
069-2012	Publisering av læringssaker på internett v/ Eva Bjørstad og Anders Baalsrud Stab pasientsikkerhet og kvalitet presenterte utkast for prosedyre publisering av læringssaker på internett. Det ble diskutert hensikten med å publisere utvalgte årsaksanalyser av uønskede hendelse som var : å bidra til erfaringsoverføringer, fremheve systemperspektivet, åpenhet mot samfunnet og kommunisere om at medisinsk behandling ikke er risikofritt. Brukerutvalget fikk mulighet til å gi gode råd og innspill på dette.		
070-2012	Konferanse for brukerutvalget i Helse Sør-øst v/ Eva Bjørnsborg Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF inviterer til den årlige konferanse for brukerutvalget den 7.11.2012 på Hamar. Lilli-Ann stensdal, Arve Nordlie, Heine Århus og Kolbjørn Forfang er påmeldt på denne konferansen. I tillegg til brukerrepresentantene deltar brukerutvalgets sekretær på konferansen.		
071-2012	Gjennomgang av prosjekter <ul style="list-style-type: none"> - Lilli-Ann stensdal er flink til å sende referat til alle i brukerutvalget fra klinikkens brukerråd. - Fagstrategi: Kolbjørn Forfang og ShoaiB Sultan sitter i fagstrategi i OUS. Nina Adolfsen har møtt opp noen ganger som vara. Arbeidet med fagstrategien startet i slutten av august og har møte hver tirsdag. De er til sammen ca. 20 medlemmer. Den er ledet av Tone Ikhdal. - Utvalg for koordinering av pasientføløp, fagprosedyrer, pasientinformasjon: John Bjørnøy sitter som brukerrepresentant og sender referat fra møtet. Ansvarlig for rådet ønsker å orientere brukerutvalget om fagprosedyre, behandlingslinjer og pasientinformasjon på en av brukerutvalgets møter. - Ungdomsrådet: Faridah Shakoor sitter som 		

	<p>brukerrepresentant i ungdomsrådet. Rådet hadde sitt tredje møte den 19.10.2012 der Sarah Jensen og Ola Aavatsmark ble valgt som leder og nestleder. Ungdomsrådet har fått sin egen facebookside som ungdomsrepresentanter Maria Keyn og Frøydis L. Lien er ansvarlige for.</p>		
072-2012	<p>Eventuelt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NFKH inviteres til kvalitetskonferansen 19. og 20. mars 2013. Påmelding til konferansen sendes til Hummera Iqbal. 2. I anledning samhandlingsprosjektet " et liv etter hjerneskade" er det svært ønskelig med brukerrepresentant. Kolbjørn Forfang gir forslag om en representant fra KKN. 3. Torgdagen: Velsemy Ruud deltar på torgdagen. 		

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 22. november 2012
Tidspunkt:	Kl 0800-1700

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	styreleder
Ansgar Gabrielsen	nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	Forfall
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Forfall
Anita Ihle Steen	
Dag Stenersen	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	vara Anna Elisabeth Uran
Svein Øverland	
Signe Øye	

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdslett
Jamileh Jamehdari

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

070-2012	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 25. OKTOBER OG EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 1. NOVEMBER 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 25. oktober og ekstraordinært styremøte 1. november 2012 godkjennes.

071-2012	BUDSJETT 2013
-----------------	----------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til de mål, prioriteringer og premisser for budsjett 2013, som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Følgende inntekter (faste inntekter og ISF- refusjoner) fordeles til sykehusområdene og de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS samt Helse Sør-Øst RHF i 2013. Tall i millioner kroner:

	Inntekter i alt
Akershus SO	6 564
Innlandet SO	7 073
Oslo SO	17 235
Sørlandet SO	5 084
Telemark og Vestfold SO	6 863
Vestre Viken SO	6 591
Østfold SO	4 394
Private ideelle sykehus	493
Helse Sør-Øst RHF	6 658
I alt	60 955

Endelige inntektsrammer for 2013, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige krav og rammebetingelser i 2013 vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling for 2013.

3. Styret understreker at det ikke er lagt regionale føringer for hvor mye av inntektsrammen som skal fordeles til de ulike tjenestoområdene internt i helseforetakene. Helseforetakene og sykehusene skal selv fordele sin

inntektsramme på en slik måte at de aktivitetskrav og prioriteringer som stilles fra Helse Sør-Øst RHF innen de ulike tjenesteområdene, nås.

4. Arbeidet med kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet skal styrkes i 2013 og skal gis høy prioritet i helseforetakene. Styret forutsetter at helseforetakene er organisert på en slik måte at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Fordele inntektsrammer
 - mellom de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS
 - internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
 - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
 - Utforme krav til bevilgningen og bestille spesialisthelsetjenester for 2013 hos helseforetakene og de private ideelle sykehusene.
 - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere innenfor budsjettrammen for kjøp av helsetjenester.
 - Oppta investeringslån knyttet til

- Nytt østfoldsykehus, inntil	670,0 mill. kroner
- Oslo universitetssykehus HF, inntil	464,9 mill. kroner
 - Fatte investeringsbeslutninger og disponere midler innenfor tilgjengelig likviditet og gjeldende prioriteringer.
6. Det forutsettes at alt omstillingsarbeid 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.
7. Det bevilges følgende til investeringsprosjekter i 2013
 - Omstillingsprogrammer i hovedstadsområdet, i alt 500 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF, hvorav inntil
 - 254 millioner kroner i lån til samlokalisering fase 1. I tillegg forventes bruk av ubenyttet finansiering fra 2012 med ca 162 millioner kroner
 - 100 millioner kroner tilknyttet oppgraderinger i forbindelse med samlokalisering fase 2
 - 46 millioner kroner i lån til samhandlingsarena Aker
 - 100 millioner kroner reservert for medisinsk – teknisk utstyr
 - Det legges til grunn at det disponeres inntil 1.508 millioner kroner til nytt Østfoldsykehus i 2013

- Samlede IKT – investeringer på 1 043 millioner kroner, hvorav
 - 850 millioner i regional portefølje.
 - Inntil 55 millioner kroner tildeles Sykehuspartner
 - Det reserveres 138 millioner kroner knyttet til IKT ved nytt østfoldsykehus
 - Lån til Sørlandet sykehus HF med inntil 50 millioner kroner som delfinansiering av nye stråleterapimaskiner
 - Det reserveres inntil 32 millioner kroner og 87 millioner kroner til henholdsvis Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF til re- og nyinvesteringer i bygningsmasse
8. Styret godkjenner at prosjektene for nybygg for akuttpsykiatri og sengeposter ved Sykehuset i Vestfold HF i Tønsberg og Psykiatrisk avdeling ved Sørlandet sykehus HF i Kristiansand videreføres fra idé- til konseptfase. Det legges til grunn at begge prosjektene, ved en eventuell senere søknad om oppstart forprosjekt, fremlegger en finansieringsplan med et vesentlig innslag av egenfinansiering.

072-2012	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2012
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per oktober 2012 til orientering.

073-2012	SUNNAAS SYKEHUS HF – AVHENDING AV ASKIM SYKEHUS (gnr. 99, Bnr. 365 OG 369 I ASKIM KOMMUNE)
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sunnaas sykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommer i Askim kommune (gnr. 99, bnr. 365 og 369) til Askim kommune til Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at foretaksmøtet samtykker til at eiendommene selges til Askim kommune som direkte salg i samsvar med føringene i samhandlingsreformen.
3. Hvis det ikke oppnås enighet mellom Askim kommune og Opplysningsvesenets Fond om ny festeavtale for tomtegrunnen, slik at salget til kommunen kan gjennomføres, legges eiendommen ut for salg på det åpne markedet.
4. Frigjort likviditet ved salg av eiendom skal benyttes til investeringer i utvikling av øvrig eiendomsmasse i Sunnaas sykehus HF.

074-2012	SUNNAAS SYKEHUS HF – GODKJENNING AV KONSEPTRAPPORT
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner konseptrapporten for nytt tverrbygg ved Sunnaas sykehus HF på Nesodden, med en antatt prosjektkostnad på 211 mill. kroner i 2011-verdi.
2. Styret godkjenner oppstart av forprosjekt basert på konseptrapporten. Finansieringen av prosjektet avklares ved styrebehandlingen av forprosjektet. Dette kan tidligst skje i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2014-2017.

075-2012	PLAN FOR STRATEGISK UTVIKLING HELSE SØR-ØST – RULLERING
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Plan for strategisk utvikling 2013-2020 vedtas og innarbeides som helseforetaksgruppens overordnede plangrunnlag i årlig melding for 2012.
2. Oppfølging av plandokumentet gjøres bindende for foretaksgruppen og bekreftes i foretaksmøter i januar/februar 2013.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland og Uran

Til punktet strategi privat/offentlig:

Helseforetakene skal dimensjoneres og drives slik at de har kapasitet til å tilby de helsetjenester befolkningen trenger – både det komplekse og det enkle.

Det er viktig å fortsette arbeidet med å utvikle behandlingslinjer med god kvalitet og god logistikk i helseforetakene.

De private kommersielle bør i høyden være et supplement til det offentlige og det bør være uaktuelt å bruke private aktører inn i egne helseforetak.

076-2012	STRATEGI FOR NASJONAL IKT 2013-2016
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret gir sin tilslutning til Nasjonal IKTs strategi for 2013-2016.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2014.
2. Styret viser til samhandlingsreformen og understreker at det skal legges til rette for en mer sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste med større vekt på forebygging og tilbud i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetanseoppbygging og samtidig utvikle egne tjenester og bli mer spesialisert. Spesialisthelsetjenestene skal tilpasses utviklingen i kommunene. Det må også være fokus på tjenestene som ikke er omfattet av økonomiske virkemidler. Det må utvikles elektroniske løsninger for all samhandling om pasienter.
3. Styret understreker behovet for at det utvikles en plan for oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet etter at den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen avsluttes i 2013.
4. Styret ber om at det gjennomføres en nasjonal IKT-satsing innen hele helse- og omsorgssektoren både for å understøtte samhandlingsreformen og nasjonale tiltak innen pasientsikkerhet. Dette gjelder særlig prosjektene; (1) nasjonal helseportal, (2) nasjonal kjernejournal og (3) forenkling av strukturen for meldingsbasert elektronisk kommunikasjon. Realisering av dette krever et nasjonalt løft for investeringsmidler innen IKT.
5. Styret ber om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart, hovedsakelig kommunesektoren, kartlegges og gjennomgås.
6. Styret bemerker at det vil være et betydelig press på den samlede tilgangen på likviditet i Helse Sør-Øst i årene fremover. En større fleksibilitet i dagens låneordning vil kunne avhjelpe dette.
7. Omstillingsutfordringene i hovedstadsområdet har skapt et stort press på tilgjengelig likviditet i Helse Sør-Øst. Styret ber om at det gjøres en vurdering av dagens fordeling av rammene til driftskreditt mellom de fire regionale helseforetakene.
8. Styret ber om at det foretas en vurdering av den nåværende nasjonale inntektsmodellen.
9. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

078-2012

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE -
LØNNSREGULERING PER 1. JANUAR 2012

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23, første ledd

Egen B-protokoll

079-2012

ENDRET STYRESAMMENSETNING I HELSEFORETAK

Valgkomiteens innstilling ble lagt fram i møtet.

Saken ble behandlet i lukket møte med henvisning til ofl § 13, jf forvl § 13

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Det gjennomføres følgende endringer i styrene i helseforetakene

Oslo universitetssykehus HF

- Nytt styremedlem: Johan Arnt Vatnan (fra 1. januar 2013)

Sykehuset i Vestfold HF

- Ny styreleder: Bjørn Walle
- Ny nestleder: Karen Anne Kjendlie
- Nytt styremedlem: Tove Hovland

Sykehuset Telemark HF

- Ny styreleder: Tom Jørgensen
- Nytt styremedlem Barthold Vonen

Sykehuset Østfold HF

- Ny styreleder: Hans Jørn Rønningen
- Ny nestleder: Petter Brelin
- Nytt styremedlem: Jon Egil Johnsen

2. Endringene bekreftes i foretaksmøter i helseforetakene

080-2012

REKRUTTERING AV ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Styreleder presentere et forslag til opplegg og prosess for rekruttering av administrerende direktør.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til opplegget for rekruttering av administrerende direktør slik det ble presentert av styreleder.

2. Styrets valgkomite, supplert med et ansattevalgt styremedlem, utgjør ansettelsesutvalget som innstiller til et samlet styre.

081-2012	STYRETS EGNEVALUERING I 2012
-----------------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret har gjennomført egnevaluering av styrearbeidet i 2012 og legger resultatene fra dette til grunn i sitt arbeid med videreutvikling av styret som kollegium og den enkeltes utøvelse av styrerollen.

082-2012	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til november 2012 til orientering.

083-2012	MEDARBEIDERUNDERSØKELSEN HELSE SØR-ØST RHF 2012
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar resultatene fra medarbeiderundersøkelsen og videre oppfølgingsarbeid til orientering.

084-2012	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 25. oktober 2012
3. Protokoll fra møte i brukerutvalget 20. juni 2012
4. Protokoll fra møte i brukerutvalget 18. og 19. september 2012, samt uttalelse fra brukerutvalget til sakene 072, 075 og 080 som ble utdelt i møtet.
5. Protokoll fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte datert 21.11.2012 (utdelt)

TEMASAKER

- Om arbeidet med nasjonal standardisering
v/viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen
- Forskningsstrategi
v/forskningsdirektør John Torgils Vaage, Helse Sør-Øst RHF og rektor Ole-Petter Ottersen, Universitetet i Oslo
- Anskaffelse/kjøp av helsetjenester, herunder forholdet offentlig/privat
v/direktør eksterne helsetjenester Stig Grydland

Møtet hevet kl. 16:50

Oslo, 22. november 2012

Per Anders Oksum
styreleder

Ansgar Gabrielsen
nestleder

Turid Birkeland

Kirsten Brubakk

Trine Dønhaug

Terje Bjørn Keyn

Andreas Kjær
(forfall)

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar
(forfall)

Anita Ihle Steen

Dag Stenersen

Anna Elisabeth Uran
vara for Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Svein Øverland

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær