

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte
Fra:	Styrets leder
Dato dok.:	22. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 14.30 Velferdsbygget, Gaustad sykehus, Sognsvannsveien, Oslo

---

### Saksliste:

- 42/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 43/2010 Godkjenning av protokoll
- 44/2010 Rapportering og driftsoppfølging
- 45/2010 Tema – Presentasjon av Klinikk psykisk helse og avhengighet
- 46/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF
- 47/2010 Status for integrasjon (Dag 2) – IKT og ekstern kvalitetssikring
- 48/2010 Status omstillingsprosjekt og integrasjonsarbeid i Oslo universitetssykehus
- 49/2010 Ny felles inntektsmodell for Hele Sør-Øst
- 50/2010 Styreprotokoller fra Helse Sør-Øst RHF
- 51/2010 Andre orienteringer

Steinar Marthinsen  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	21. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Saksbehandler:	Styresekretær
Vedlegg:	Utkast til protokoll fra møte 24. mars 2010 og 9. april 2010

---

### **SAK 43/2010 – GODKJENNING AV PROTOKOLL**

Vedlagt er utkast til protokoll fra møte 24. mars 2010 og møte 9. april 2010.

### **Forslag til vedtak**

*Styret godkjenner protokollen fra møtet 24. mars 2010 og møte 9. april 2010.*

Oslo den 21. april 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

## Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	9. april 2010
Dato møte:	9. april 2010 kl. 8:30-8:50 Telefonstyremøte.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Deltok over telefon: Steinar Marthinsen, Marianne Borgen, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Odd Vangen, Arnhild Hage, Bjørn Wølsted-Knudsen, Liv Arum, Vibeke Braastad Kristiansen, Rita von der Fehr, Christina Schøndorf, Arild Underdal

Tilstede over telefon: revisor Tom Henry Olsen og fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Jan Erik Tveiten, Vidar Nygaard, Jørgen Jansen

Forfall: Barbro Hætta-Jacobsen, Ellen Christine Christiansen

### **Sak 39/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 40/2010 Årsrapport 2009**

I 2009 har Oslo universitetssykehus HF holdt opp aktiviteten parallelt med en omfattende integrasjonsprosess for å få på plass en enhetlig organisasjon med en felles ledelse, gjennomgående klinikker og felles administrative løsninger og rutiner. Fra 1. januar 2010 overtok den nye integrerte organisasjonen driftsansvaret.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2009.

## Sak 41/2010 Andre orienteringer

Det ble orientert om:

1. Status for innføring av felles klinisk arbeidsflate.
2. Status for overføring til Akershus universitetssykehus. Herunder at overføringstidspunktet er senest 31.12.2010 og behandlingen av det i prosjektets styringsgruppe.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Steinar Marthinsen  
Styreleder

Göran Stiernstedt  
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Hætta-Jacobsen  
(deltok ikke)

Arild Underdal

Liv Helene Arum

Arnhild Hage

Ellen Christine Christiansen  
(deltok ikke)

Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen

Odd Vangen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Christina Schøndorf

Rita von der Fehr



# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	24. mars 2010
Dato møte:	24. mars 2010 kl. 08:00-15:45 på Gaustad sykehus i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Steinar Marthinsen, Marianne Borgen, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Odd Vangen, Arnhild Hage, Bjørn Wølstad-Knudsen, Liv Arum, Vibeke Braastad Kristiansen, Rita von der Fehr, Christina Schøndorf, Barbro Hætta-Jacobsen(deltok ikke under sakene 29, 30, 33-38), Arild Underdal

Tilstede fra administrasjonen: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Christina Rolfheim Bye, Jan Erik Tveiten, Rolv Økland, Øystein Dolva, Einar Hysing, Hulda Gunlaugsdottir, Eva Bjørstad, Andreas Moan, Erik Karlsen, Jørgen Jansen m.fl.

Tilstede: Arild Engen (observatør), publikum

Forfall: Ellen Christine Christiansen

### **Sak 20/2010 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 21/2010 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 17. februar 2010 med endring anført av Bjørn Wølstad Knutsen.

## **Sak 22/2010 Rapportering**

Det økonomiske resultatene per februar 2010 er minus 74 millioner kroner som gir et negativt avvik på 57,8 millioner kroner fra periodens budsjett.

Det arbeides med å utvikle styringsinformasjonen i foretaket.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per februar til orientering.
2. Styret tar til etterretning og er fornøyd med det tette oppfølgingsregime av aktivitet og økonomi i klinikkene som nå er etablert.
3. Styret konstaterer at det i 2010 påløper kostnader knyttet til utviklingsprosjektet med omstilling og integrasjon av helseforetaket kombinert med en driftsutfordring på om lag 500 millioner kroner som gir en høyere risiko knyttet til det økonomiske mål for året.

## **Sak 23/2010 Årsrapport 2009**

I 2009 har Oslo universitetssykehus HF holdt opp aktiviteten parallelt med en omfattende integrasjonsprosess for å få på plass en enhetlig organisasjon med en felles ledelse, gjennomgående klinikker og felles administrative løsninger og rutiner. Fra 1. januar 2010 overtok den nye integrerte organisasjonen driftsansvaret.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar årsberetning og årsregnskap for 2009 til foreløpig orientering.
2. Styret gir styreleder og administrerende direktør fullmakt til å innarbeide innspill og gjøre nødvendige endringer frem til endelig behandling.
3. Styret vil behandle komplett årsregnskap og årsberetning på telefonmøte 9. april 2010 kl 8.30.

## **Sak 24/2010 Oppdrag og bestilling 2010 Oslo universitetssykehus**

Eier vedtok oppdrag og bestilling for Oslo universitetssykehus i foretaksmøte 3. februar 2010. Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre et svært omfattende integrasjons- og omstillingsprogram parallelt med ordinær drift i 2010, jf. RHF styresakene 108-2008 og 130-2008.

Enstemmig vedtak:

1. Styret viser til styresak 6/2010 Oppdrag og bestilling 2010 og tar til etterretning oppsummering fra møte mellom Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF 8. mars 2010.
2. Styret tar til etterretning at Helse Sør-Øst bekreftet de bestillinger som er gitt i foretaksmøter i 2009 og 2010 og understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus

fortsetter det flerårige omstillingsprosjektet med utvikling av Oslo universitetssykehus i henhold til styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF.

3. Styret konstaterer at Helse Sør-Øst deler den overordnede situasjonsbeskrivelsen som ble gitt av Oslo universitetssykehus i møtet, inklusive vurderingene av risiko og utfordringer i 2010 og i de etterfølgende årene.
4. Styret er tilfreds med at Helse Sør-Øst legger til grunn at omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus defineres som et flerårig utviklingsprosjekt som må finne sin langsiktige løsning i det forestående arbeidet med økonomisk langtidsplan for 2011-2014 for Helse Sør-Øst.
5. Styret tar Oppdrag og bestilling 2010 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

### **Sak 25/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF**

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

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret tar til orientering at administrerende direktør har varslet Akershus universitetssykehus om at det kan bli nødvendig å anbefale tre måneders utsettelse av tidspunkt for overføring av opptaksområde for å sikre at Oslo universitetssykehus får tilstrekkelig tid til å forberede og gjennomføre interne prosesser for å sikre en god håndtering av egne ansatte. Styret legger til grunn at det i dialog mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus etableres en felles forståelse av hva som vil være en god timeplan for overføringen for å sikre gode løsninger for pasientene og de ansatte.
3. Styret viser til det arbeid som gjøres i regi av felles styringsgruppe for overføringsprosjektet, og ber om at det i neste styremøte presenteres en oppdatert og forankret risikovurdering og omforent fremdriftsplan som viser hvordan de ulike aktivitetene i overføringsprosjektet vil fases inn i løpet av 2010 og 2011.
4. Styret ber om en redegjørelse i neste styremøte for hvordan den felles styringsgruppen og overføringsprosjektet sikrer god involvering av brukere og ansattes organisasjoner, herunder at de 12 prinsipper for medvirkning etterleves. Styret ber videre om å få fremlagt omforent kommunikasjonsplan knyttet til det felles overføringsprosjektet.
5. Styret merker seg videre at administrerende direktør legger til grunn at overflyttingen til Vestre Viken HF gjennomføres per 1. januar 2011.

## **Sak26/2010 Tema – Presentasjon av Kvinne- og barneklubben**

Klinikkleder Terje Rootwelt ga en presentasjon av Kvinne- og barneklubben.

Enstemmig vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering.

## **Sak 27/2010 Videre prosess med arealtilpassninger, tilrettelegging og flytting av funksjoner som følge av overføring av virksomhet til AHUS (Dag 3)**

Restvirksomheten på Sinsen skal ivaretas etter at ansvaret for tjenester til befolkningen i bydel Alna i Oslo og Follo i Akershus overføres fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde - Dag 3.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om flytting av kapasitet og funksjoner samt arealbruk til orientering, og ber om å bli holdt orientert om det videre arbeid.
2. Styret tar til orientering at administrerende direktør har iverksatt en prosess med å engasjere ekstern støtte til sykehusplanlegging og prosjektledelse knyttet til videre utvikling av Oslo universitetssykehus i tråd med styrevedtak 108-2008. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå kontrakt i samråd med styreleder.

## **Sak 28/2010 Videre arbeid med eventuell realisering av eiendom på Sinsen**

Ansvaret for spesialisthelsetjeneste til store deler av pasientgrunnet på Aker overføres til Akershus universitetssykehus HF og virksomheten i Oslo universitetssykehus skal samles på færre hovedlokalisasjoner enn i dag.

Enstemmig vedtak:

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

Styremedlem Marianne Borgen la frem forslag til to tilleggspunkter til vedtaket:

- ”Styret mener at Aker/Sinsen området er av stor samfunnsmessig verdi, som tilsier at eiendommen bør sikres til fremtidig helserettete og samfunnsnyttige formål, og bør i hovedsak være i offentlig eie. Eiendommene bør derfor ikke legges ut for salg nå.
- Administrerende direktør bes gå i ny dialog med eier, for å sikre Oslo universitetssykehus tilstrekkelig likviditet uten å selge eiendommen på Sinsen/Aker.”

Tilleggspunktene fikk to av tolv stemmer.

### **Sak 29/2010 Samordning med private sykehus i sykehusområde Oslo**

I Oslo sykehusområde er det to private, ideelle sykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus, i tillegg til Oslo universitetssykehus. De tre sykehusene i mottok i september 2009 et likelydende brev fra Helse Sør-Øst RHF der en ble bedt om å gjennomgå oppgave- og funksjonsdeling innen området.

Enstemmig vedtak:

Styret tar informasjon om arbeidet med funksjons- og oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde i tråd med oppdrag fra Helse Sør-Øst til orientering.

### **Sak 30/2010 Organisering av det videre arbeidet med å utvikle Oslo universitetssykehus mot 2012 og status arbeidet med å etablere hovedplan for gjennomføring**

Det arbeides med å etablere en hovedplan og å organisere arbeidet frem til 2012 – Dag 4.

Enstemmig vedtak:

Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

### **Sak 31/2010 Status for prosjekter og integrasjon i Oslo universitetssykehus HF – IKT (Dag 2)**

Det arbeides med å få på etablert gjennomgående IKT systemer som er nødvendig for å få et funksjonelt integrert foretak – Dag 2. Det ble gitt en orientering om status vedrørende leveransen av klinisk arbeidsflate. Styret vil bli orientert om saken i neste styremøte.

Møtet ble lukket under behandling av saken jf offentlegloven § 23.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

2. Styret tar til etterretning at den samlede risiko for å nå Dag 2 per 1. juni fortsatt er meget høy og ber om at det

arbeides videre med risikoreduserende tiltak i tråd med det som ble gjennomgått i lukket styremøte.

### **Sak 32/2010 Ekstern kvalitetssikring IKT i Oslo universitetssykehus HF**

En ekstern kvalitetssikrer følger opp etableringen av ett felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus. Vurderinger og tiltak for oppfølging ble presentert i styremøtet.

Saken ble behandlet sammen med sak 31/2010 og møtet ble lukket under behandling av saken jf offentlegloven § 23.

Enstemmig vedtak:

Styret viser til vedtaket i sak 31/2010.

### **Sak 33/2010 Budsjett 2010**

Oslo universitetssykehus møter etter en vanskelig driftssituasjon i 2009 en utfordrende økonomisk situasjon i 2010. Det ligger an til redusert rammefinansiering som følge av ny inntektsmodell, reduserte inntekter ved endringer i DRG-systemet og ekstra belastning gjennom omstillingskostnader knyttet til integrasjonsprosessen og fellestjenesteleverandør i Helse Sør-Øst RHF.

Styremedlemmene Rita von der Fehr, Vibeke Braastad Kristiansen, Christina Schøndorf, Arnhild Hage og Bjørn Wølstaad-Knudsen ønsket protokollert følgende stemmeforklaring:

”De ansattes representanter mener fremdeles aktivitetsnivået i 2010 er høyt og at det er en risiko at Oslo universitetssykehus ikke klarer å innfri dette med hensyn til samtidige store omstillingsutfordringer. Vi mener videre at det er høy risiko knyttet til slitasje på ledere og ansatte og forutsetter at dette blir tatt hensyn til ved utarbeidelse av nye tiltak.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om gjennomføringen av driftsbudsjettet for 2010 og arbeidet med å finne fram til nye tiltak til etterretning. Styret understreker behovet for ytterligere tiltak for å bringe sykehusdriften i samsvar med de økonomiske rammene.
2. Styret tar redegjørelsen om finansieringen og disponeringen av investeringsbudsjettet til etterretning. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette nye investeringer for videreføring av eksisterende drift og for å overholde myndighetskrav i samsvar med omtalen i avsnitt 4.4 B og innenfor rammene av likviditet til investeringsformål i 2010.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å starte opp investeringer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omtale og tallgrunnlag i avsnitt 4.4 C.
4. Styret ber om å bli fortløpende oppdatert på gjennomføringen av investeringene i 2010.

5. Styret legger til grunn med basis i referat fra møte 8. mars 2010 at utfordringer knyttet til likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus i 2010 skal håndteres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
6. Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør sender en søknad til Helse Sør-Øst RHF i tråd med vedtaket i denne styresaken.

### **Sak 34/2010 Plan for internrevisjon 2010**

Oslo universitetssykehus har en internrevisjonsfunksjon. I samarbeid med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst er det utarbeidet en plan for internrevisjoner i 2010.

Enstemmig vedtak:

Styret gir sin tilslutning til den foreslåtte internrevisjonsplanen for 2010.

### **Sak 35/2010 Status for Krefregisteret**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret godkjenner at honoraret for styremedlemmer i Krefregisterets styre fastsettes til 40 000 kroner med virkning fra og med 2010.

### **Sak 36/2010 Kommunikasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF**

Det arbeides med en kommunikasjonsstrategi for foretaket.

Enstemmig vedtak:

Styret tar presentasjonen av arbeidet med en kommunikasjonsstrategi til orientering og gir sin tilslutning til at det arbeides videre med strategien under hensyn til de innspill styret ga i styremøte.

### **Sak 37/2010 Protokoller fra Helse Sør-Øst RHF**

Enstemmig vedtak:

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

### **Sak 38/2010 Andre orienteringer**

Det ble orientert om:

1. Orientering om ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst
2. Samarbeid med Shifa-sykehuset og Makassed-sykehuset

3. Lønnsoppgjøret 2010
4. Riksrevisjonens oppfølging av HF styrer
5. Bemanningstilpasninger i relasjon til overføring til AHUS
6. Status sammenslåing Medinnova AS og Birkeland innovasjon AS

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Steinar Marthinsen  
Styreleder

Göran Stiernstedt  
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Hætta-Jacobsen

Arild Underdal

Liv Helene Arum

Arnhild Hage

Ellen Christine Christiansen  
(ikke tilstede)

Anders Utne

Vibeke B. Kristiansen

Odd Vangen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Christina Schøndorf

Rita von der Fehr



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok:	22. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Vedlegg 1: Resultat, budsjett og avvik på ØBAK-linjenivå, inkl. sammenligning med 2009 Vedlegg 2: Brev av 24.3. 2010 til Helse Sør-Øst RHF Vedlegg 3: Innrapporteringsmal for klinikkene for bruk i månedlige oppfølgingsmøter.

---

### **Sak 44/2010 – RAPPORTERING PER MARS 2010**

#### **1. INNLEDNING**

Månedrapporingen per mars 2010 omfatter rapportering av hovedtall innenfor pasientbehandling, økonomi/bemanning, likviditet og regjeringens tiltakspakke. Videre gis en kortfattet status for andre investeringer.

Ut over dette gis informasjon om hvordan sykehusledelsen jobber med å få på plass styringsdata med god kvalitet, og sykehusledelsens løpende oppfølging i den nye organisasjonen.

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

#### **2. OPPSUMMERING AV RESULTAT PER MARS 2010**

Tabellen under gir en detaljert oversikt over resultater for sentrale styringsparametre innenfor pasientbehandling, økonomi og personell.

Rapportering mars 2010										
Pasientbehandling		Denne periode			Resultat hittil i år			Jan - mars 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall periode	Endring 09-10	Endring fra 2009 i %
Somatikk	DRG-poeng totalt	20 935	-95	-0,5 %	58 962	-1 485	-2,5 %	60 110	-1 148	-1,9 %
	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	11 858	1 274	12,0 %	33 241	2 780	9,1 %	33 842	-601	-1,8 %
	Liggedøgn	64 391	15 710	32,3 %	145 269	5 169	3,7 %			
	Dagopphold	6 424	-3 433	-34,8 %	17 943	-10 423	-36,7 %	17 386	557	3,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	78 080	3 862	5,2 %	212 468	1 114	0,5 %	215 780	-3 312	-1,5 %
Voksen psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	-58	-321	-122,1 %	703	-78	-10,0 %	736	-33	-4,5 %
	Liggedøgn	10 167	-225	-2,2 %	29 325	-898	-3,0 %	31 535	-2 210	-7,0 %
	Polikliniske konsultasjoner	10 139	-226	-2,2 %	28 366	-1 103	-3,7 %	28 399	-33	-0,1 %
Barne- og ungdoms psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	20	11	122,2 %	44	15	51,7 %	33	11	33,3 %
	Liggedøgn	654	69	11,8 %	1 801	147	8,9 %	1 757	44	2,5 %
	Polikliniske konsultasjoner	9 566	2 324	32,1 %	19 200	238	1,3 %	19 110	90	0,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnoophold)	163	-108	-39,9 %	620	-192	-23,6 %	684	-64	-9,4 %
	Liggedøgn	3 743	-429	-10,3 %	10 260	-2 255	-18,0 %	12 542	-2 282	-18,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	2 180	941	75,9 %	3 456	-170	-4,7 %	3 211	245	7,6 %
<b>Økonomi og personell</b>										
	Resultat (i 1000)	-8 805	-19 846	-1,3 %	-82 835	-77 627	-1,7 %	-	-	-
Økonomi	Realiserte budsjett tiltak	14 085	-5 408	-27,7 %	35 222	-20 673	-37,0 %	-	-	-
Personell	Årsverk totalt (brutto)	18 258	-339	-1,8 %	18 464	-158	-0,8 %	18 570	-106	-0,6 %
	Sykefravær	7,8 %	-0,4 %	-4,9 %	7,6 %	-0,6 %	-7,3 %	8,5 %	-0,9 %	-0,9 %

Ved sammenligning med samme periode i 2009 må det tas hensyn til at påsken i 2009 var i mars, mens den var i april i 2010.

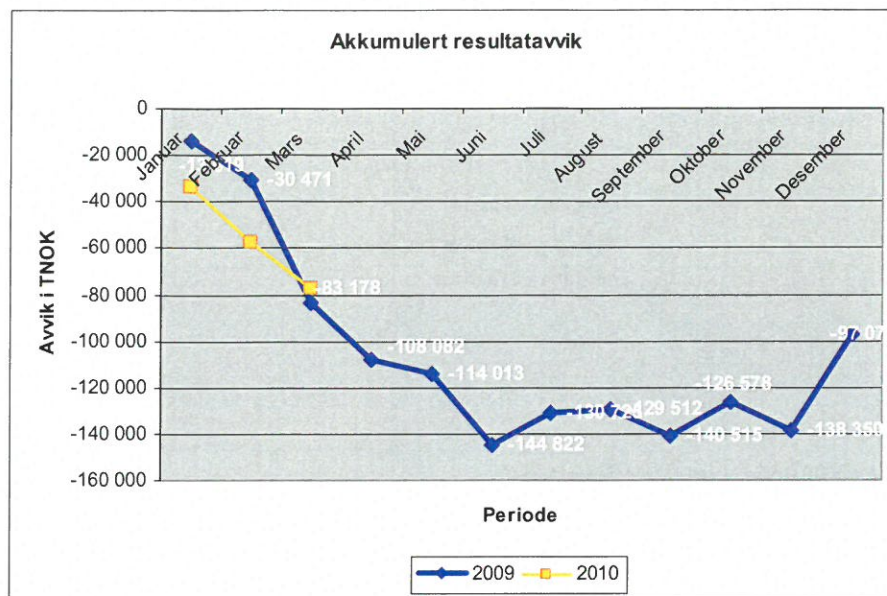
Aktiviteten innenfor den somatiske pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) har hittil i år vært noe lavere enn plantallene. Antall DRG-poeng per mars 2010 viste et negativt avvik på 2,5 %. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var imidlertid aktiviteten i de tre første månedene i år noe høyere enn planlagt for alle indikatorer. Når det gjelder sammenligning med 2009 er det for faktiske tall i utgangspunktet benyttet det som er rapportert til Helse Sør-Øst RHF. For somatikk er imidlertid sammenligningstall hentet fra LIS-OUS (internt ledelsesrapporteringssystem). Dette gir mest sammenlignbare tall. Blant annet er det korrigert for at SSR, som var en del av Oslo universitetssykehus HF i 2009, men ikke i 2010, er holdt utenom

Rapportert økonomisk resultat viser et negativt akkumulert avvik i forhold til budsjett mars 77,6 mnok. Isolert for mars viser tallene et negativt avvik på 19,8 mnok. Akkumulert avvik fordeler seg med et negativt avvik for driftsinntekter på 21 mnok og for driftskostnader et negativt avvik på 59 mnok.

Antall årsverk hittil er 339 lavere enn budsjett, og det er en reduksjon på 106 årsverk sammenlignet med samme periode i 2009 (korrigert for endringer i virksomheten). Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til sammenlikning med budsjetterte årsverk på grunn av endringer i definisjoner mv. Sykefraværet hittil i år er 7,6 %. Dette er 0,6 %-poeng lavere enn plan, og 0,9 %-poeng lavere enn i samme periode 2009. Endringen fra i fjor skyldes imidlertid i hovedsak endring av nasjonale definisjoner.

Figuren under viser akkumulert økonomisk resultatavvik per mars 2010 sammenlignet med samme periode i 2009.





### 3. NÆRMERE OM PASIENTBEHANDLING OG AKTIVITETSDATA

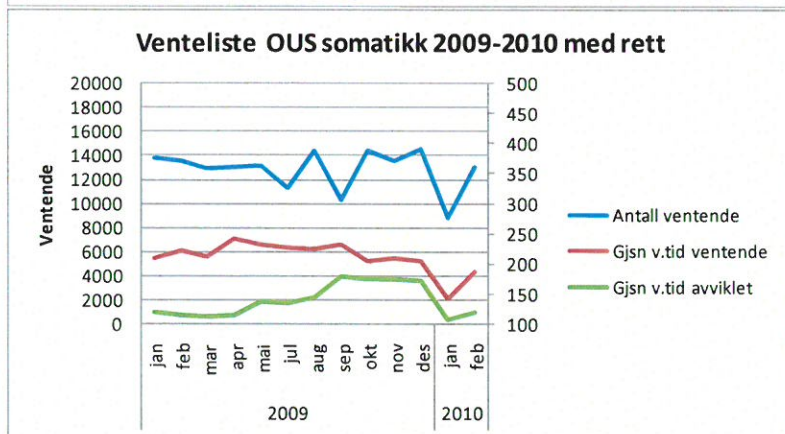
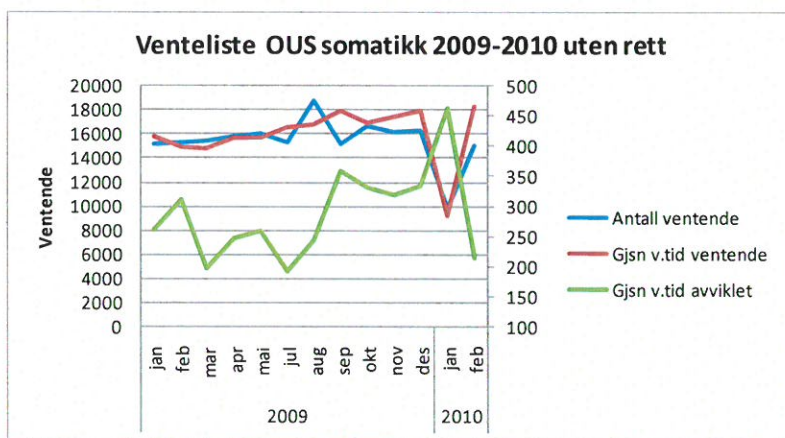
#### Kvalitetsindikatorer:

Det er etablert en første fase av LIS-OUS (elektronisk ledelsesinformasjonssystem). Det arbeides med å fullføre planlagt leveranse og utvikle innholdet i løsningen ut fra behovene for styringsinformasjon i foretaket. Dette inkluderer også kvalitetsindikatorene. Nytt rapporteringsformat (npr-melding) har ennå ikke ønsket kvalitet. Dette gjør at data ennå ikke kan fremstilles komplett i LIS-OUS. Som en midlertidig løsning kunne data vært hentet fra pasientsystemene. På grunn av bytte av pasientadministrativt system ved Radiumhospitalet og Ullevål har ikke dette vært mulig til denne rapporteringen. Manglende rapportering av epikrisetid skyldes manglende tilleggsleveranse etter oppgradering av EPJ (Ullevål/Rikshospitalet) fra leverandør.

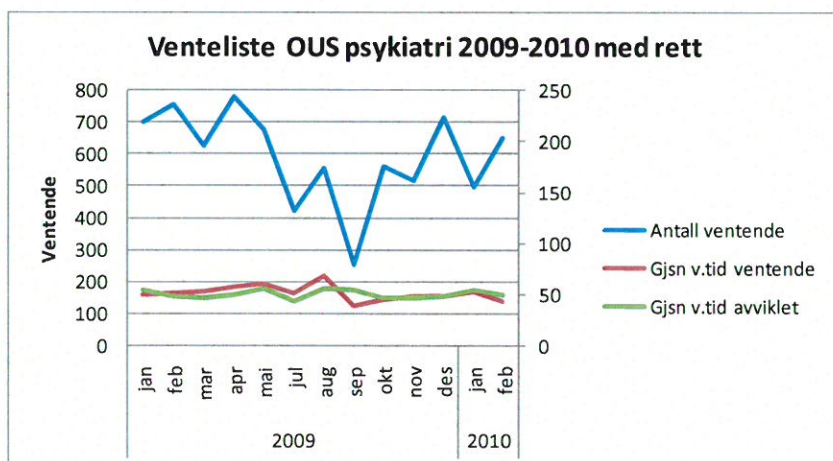
Det arbeides med sikte på at styret skal få en detaljert rapportering av styringsparametre/kvalitetsindikatorer som en del av tertialrapporteringen.

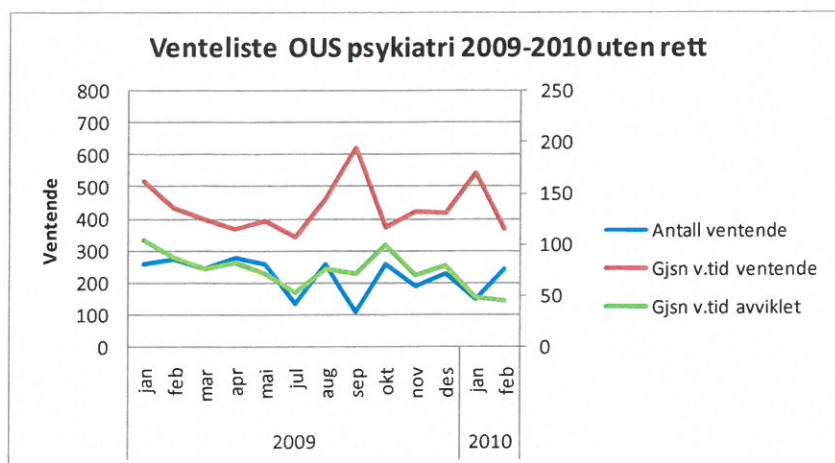
#### Ventetider:

Det mangler komplette ventelistedata med samme definisjonsgrunnlag. Dette gjelder spesielt fristbrudd. Det vil bli arbeidet videre for å fremstille dette komplett. Vedr. ventelister for øvrig vises til nedenstående fremstilling basert på NPR-data for OUS samlet. Generelt er det sannsynlig at januargrunnlaget ikke er komplett i rapporteringen til NPR. (Venstre skala viser antall ventende og høyre skala viser gjennomsnittlig ventetid).

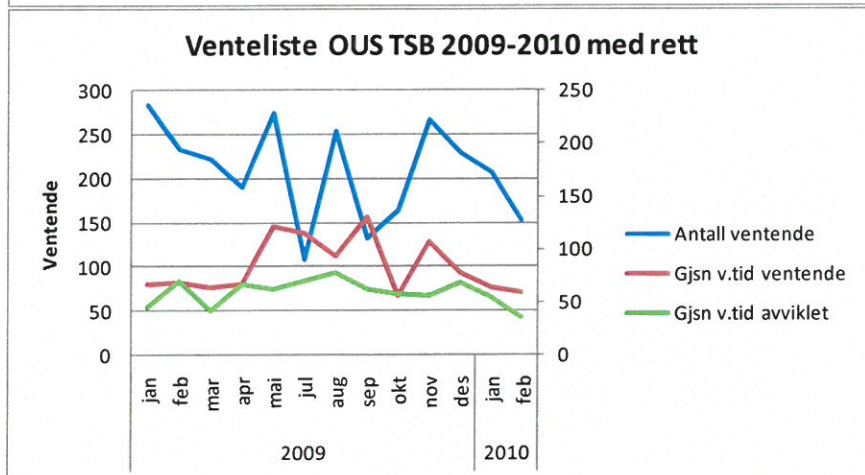
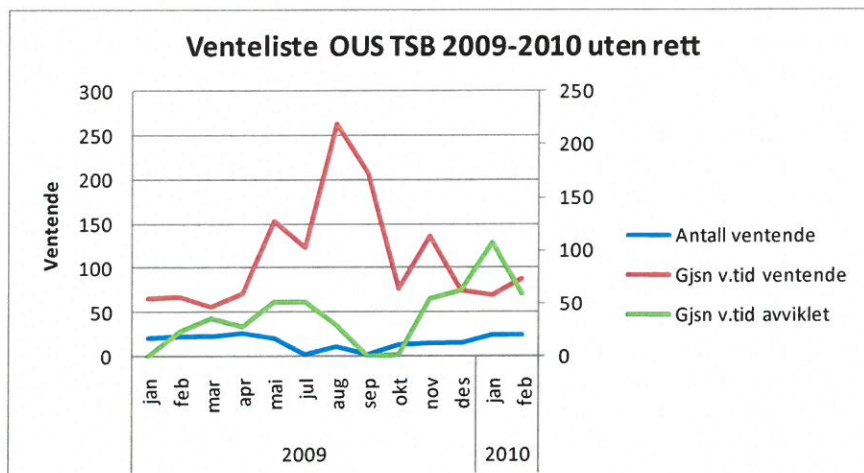


For somatikk tyder tallene på at gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter og de som har fått startet helsehjelpen omtrent på samme nivå som på samme tidspunkt i fjor, men de uten rett har et noe mer sammensatt bilde. Gitt at det er stilt spørsmål ved komplettheten i rapporterte data i 2010, er det for tidlig å si om den underliggende utviklingen i ventelistesituasjonen for somatikk for OUS.





Antall ventende og gj.sn. ventetid innenfor psykisk helse er i store trekk uendret ihht. NPR's statistikk.



Antall ventende uten rett i TSB er svært få. Utviklingen indikerer en bedring i ventelistesituasjonen for denne pasientgruppen.



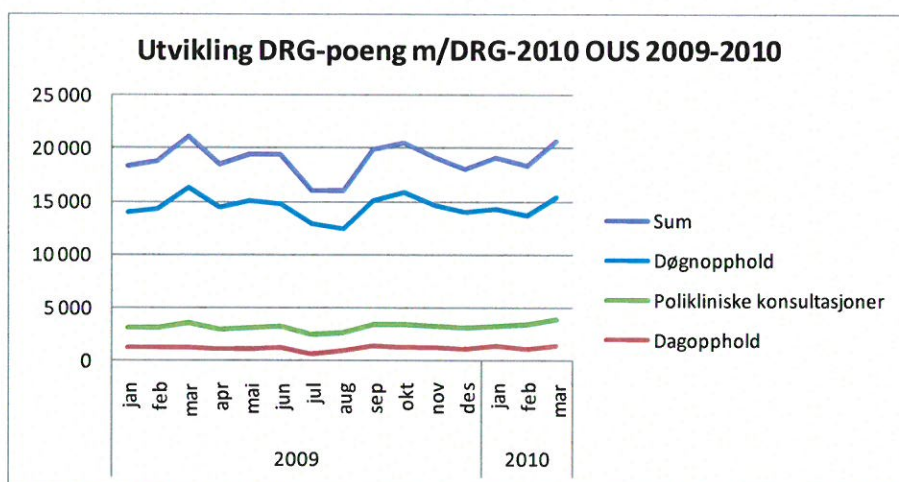
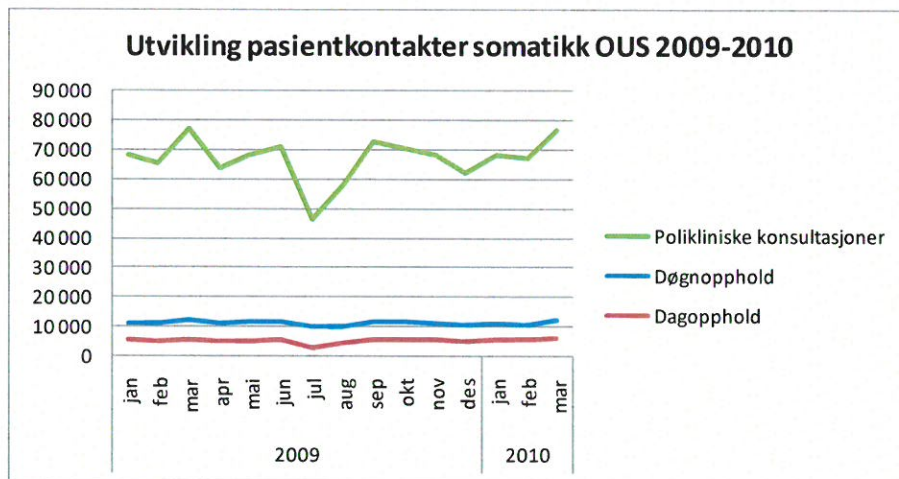
Somatikk:

Aktivitetsrapporteringen viser et negativt avvik for totalt antall DRG-poeng på 1.485 DRG-poeng, tilsvarende 2,5 %. Avviket er redusert fra 3,5 % ved forrige rapportering.

DRG-systemet og ISF-ordningen utvikles årlig, ikke bare mht. relative kostnadsvekter for de ulike DRG'ene, men også regler for hvilke opphold/kontakter som skal med i ISF-ordningen.

For somatikk er det derfor nødvendig å vurdere aktivitetsresultatet under ellers like forhold. .

Dette er nødvendig for å få sammenlignbarhet i tallene. Fremstillingen i figurene under viser utviklingen av opphold/kontakter og DRG-poeng 2009 - mars 2010. For å få sammenlignbarhet er aktivitetsdata for 2009 er her fremstilt med regelverk og grupperingsloggikk for 2010.



I en slik sammenligning er det liten økning av polikliniske kontakter hittil i år sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. For dagopphold er det en klar økning opphold ifht. de 3 første månedene i fjor. For døgnopphold er det en moderat reduksjon i antall opphold. Pga. etterslep i registreringen er det vanskelig å si noe sikkert om de endelige tallene for periodene når det gjelder DRG-poeng, selv om det her er gjort estimater for ikke ferdig registrerte pasientforløp i for perioden (DRG 470).

Følgende må vurderes ved tolkning av tallene for somatikk:

- Rapportert antall DRG-poeng er inkludert DRG-poeng for DRG-470. Etterslep i registrering medfører noe usikkerhet knyttet til rapportert aktivitet. På grunn av

overgang til ny organisasjon og nye systemer, antas det at etterslep i registreringen er større enn normalt.

- Antall DRG-poeng for 2010 inkluderer DRG-poeng for biologiske legemidler og DRG-poeng/ISF-inntekter for finansiering av avtale med Oslo kommune angående Oslo Legevakt, overføring til Helse Sør-Øst RHF. For biologiske legemidler er det rapportert en aktivitet som budsjett, da dette er beste estimat på nåværende tidspunkt. Det samme gjelder for ny aktivitet fra Legevakten.
- Poliklinisk aktivitet innenfor somatikken finansieres fra 2010 via ordinære DRG-poeng (tidligere refusjonspoeng)
- Rapportert antall DRG-poeng er basert på faktisk aktivitet ut fra ny grupperingslogikk og nytt rapporteringsformat for 2010 (basert på npr-melding). Det er fortsatt noe usikkerhet til effekt av ny grupperingslogikk 2010 for ISF og nytt rapporteringsformat. Nye vekter og endret grupperingslogikk ser ut til å gi større negative omfordelings-effekter for OUS-sykehusene i 2010 enn for tidligere år og en større vridning mellom fagområdene internt.

#### Registrering og koding av pasientaktivitet knyttet til virksomhetsstatistikk og finansiering:

OUS arbeider med å forbedre kvaliteten på den løpende styringsinformasjon med særlig fokus på fortløpende registrering og koding. For å sikre at pasientrettet aktivitet registreres og kodes korrekt og fullstendig slik at det gir et riktig bilde i virksomhetsstatistikk internt i sykehuset og nasjonalt (intern styring, oppgjørsordningene, Samdata og klinisk forskning) etableres nå en nivå 1-instruks for organisering og kvalitetssikring av koding. Instruksen beskriver oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata, og er ment å skulle lede til:

- entydig forståelse og praktisering av sentrale begreper
- fokus på korrekt og enhetlig registrering av pasientkontakter
- løpende kvalitetssikring av aktivitetsdata
- klare ansvarsforhold

I tillegg er kvalitetssikringsverktøy under etablering.

#### Psykisk helsevern

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten noe høyere enn budsjettert for alle indikatorer. Sammenlignet med 2009 er det også en positiv aktivitetsutvikling.

Innenfor voksenpsykiatrien er aktiviteten for inneliggende pasienter noe lavere enn budsjettert. Endringen kan skyldes periodisering da det ikke er rapportert spesielle forhold ved avdelingene som skulle tilsi lavere aktivitet. Felles praktisering av definisjon for antall utskrevne pasienter reduserer nivået for antall utskrivninger i 2010 sammenlignet med tidligere år, uten at dette er en reell reduksjon av aktiviteten. Sammenlignet med samme periode 2009 skal aktiviteten være lavere da klinikken har redusert noe på sengekapasitet. Flere pasienter behandles imidlertid poliklinisk, noe som fører til redusert antall sengedøgn. Samlet sett er det et negativt avvik for antall polikliniske konsultasjoner innenfor voksenpsykiatrien på 3,7 %. Avviket er relatert til aktivitet utenom Klinikk psykisk helse og avhengighet. Sett i forhold til rapportert aktivitet i 2009 er antall polikliniske konsultasjoner i 2010 omtrent på samme nivå.



#### Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Innenfor TSB er det lavere aktivitet enn budsjettet for døgnvirksomheten, mens poliklinisk aktivitet er omtrent som budsjettet.

For antall liggedøgn er det et akkumulert negativt avvik på 11,6 %, mens det er et negativt avvik for antall utskrevne pasienter på om lag 24 %. Senter for rus og avhengighet melder om mange midlertidige utskrivninger grunnet rusepisoder på avdelingene samt høy andel av ikke møtt. Innenfor rusområdet viser statistikk av rundt 1/3 av pasientene avbryter behandlingen før den regnes som fullført. Senteret jobber med å forbedre pasientforløpene slik at senterets samlede tilbud blir effektivt utnyttet.

For den polikliniske rusbehandlingen viser rapporteringen et akkumulert negativt avvik i forhold til budsjett på 4,7 %. Ruspoliklinikkene på DPS sliter fremdeles noe med å få opp aktiviteten blant annet som følge av sykefravær. Korttidsfravær blir ikke erstattet på poliklinikk, og dette er en av årsakene til negativt avvik i forhold til plantall. Sammenlignet med 2009 er det imidlertid en økning på 7,6 %, slik at aktivitetsutviklingen kan sies å være god.

#### **4. NÆRMERE OM ØKONOMISK RESULTAT OG RESSURSBRUK**

Rapportert resultat viser et negativt akkumulert avvik i forhold til budsjett mars 77,6 mnok. Isolert for perioden er det et negativt avvik på 19,8 mnok. Akkumulert avvik fordeler seg med et negativt avvik for driftsinntekter på 21 mnok og for driftskostnader et negativt avvik på 59 mnok.

Avviket på inntektssiden relaterer seg i hovedsak til lavere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettet. Avvik for antall DRG-poeng er redusert til 2,5 %, fra 3,5 % ved forrige rapportering.

På kostnadssiden er resultatavviket i all hovedsak relatert til lønn. Sum lønn viser et negativt avvik på 37 mnok. Inkludert innleie av helsepersonell er det et negativt avvik på 48 mnok. Avvik på lønn henger i stor grad sammen med manglende budsjetterte tiltak og realiseringsgrad av budsjetterte tiltak. For ytterligere kommentarer til dette vises til styresak 33/2010 – Budsjett 2010 hvor tiltaksstatus er beskrevet. Kjøp av helsetjenester og avskrivninger viser et positivt resultatavvik, mens det er negative avvik for både varekostnader og andre driftskostnader.

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



Beløp i MNOK

Oppsummert resultatoversikt 03-2010	Års budsjett	Hittil i år				Hittil i fjor		
		Resultat	Budsjett	Avvik	I %	Resultat	Endring	I %
Basisramme	10 567,9	2 750,0	2 750,0	0,0	0,0 %	2 726,1	23,9	0,9 %
ISF-inntekter	5 350,8	1 367,4	1 393,6	-26,2	-1,9 %	1 221,0	146,4	12,0 %
Andre inntekter	1 920,4	484,4	479,2	5,1	1,1 %	532,2	-47,8	-9,0 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>17 839,1</b>	<b>4 601,8</b>	<b>4 622,9</b>	<b>-21,1</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>4 479,3</b>	<b>122,4</b>	<b>2,7 %</b>
Varekostnader	2 533,7	642,4	638,6	-3,8	-0,6 %	606,8	35,6	5,9 %
Lønnskostnader	12 048,6	3 201,9	3 164,8	-37,1	-1,2 %	3 069,0	132,9	4,3 %
Andre driftskostnader	3 178,0	820,2	802,1	-18,0	-2,2 %	763,7	56,5	7,4 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>17 760,3</b>	<b>4 664,5</b>	<b>4 605,5</b>	<b>-59,0</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>4 439,5</b>	<b>225,0</b>	<b>5,1 %</b>
Driftsresultat	78,8	-62,7	17,3	80,0	1,7 %	39,9	-102,6	
Netto finans	78,8	20,2	22,6	2,4	10,6 %	19,9	0,3	1,4 %
<b>RESULTAT</b>	<b>0,0</b>	<b>-82,8</b>	<b>-5,2</b>	<b>-77,6</b>	<b>-1,7 %</b>	<b>20,0</b>	<b>-102,8</b>	

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

Kontogruppe	Kommentar avvik hittil i år og endring fra 2009
Basisramme	Endringen fra 2009 skyldes endringer i tildelt basisramme fra 2009 til 2010, men også endringer i periodisering mellom årene. Basisramme inntektsføres hver måned som budsjett.
ISF-inntekter (inkl. gjestepasientinntekter)	Avvik skyldes lavere antall DRG-poeng enn budsjettet. Sett i forhold til periodisert budsjett er det et negativt avvik for antall DRG-poeng per mars på 2,5 %.  Sammenlignet med 2009 er det en økning i aktivitetsbaserte inntekter på 146 mill. kr., tilsvarende 12 %. Endringen henger sammen med at det i 2009 var lav aktivitet/etterslep i registrering de første månedene, generell prisjustering og omlegging av gjestepasientoppgjøret, jf omtale i styresak 10/2010. I tillegg er påsken i 2010 senere enn i 2009.
Andre inntekter	Andre inntekter viser en merinntekt ifht budsjett på 5,1 mnok. Dette inkluderer et negativt avvik for polikliniske inntekter på 3,7 mnok. Øvrig avvik skyldes i hovedsak at nivå for øremerkede midler er noe høyere enn forutsatt i budsjettet.  Sammenlignet med 2009 er det store endringer som blant annet skyldes måten økt tildeling av pensjonsmidler ble regnskapsført i 2009.
Varekostnader (hele kontoklasse 4)	Kontogruppen viser et merforbruk på 3,8 mnok. Kostnader til kjøp av helsetjenester er lavere enn budsjettet, mens varekostnader knyttet til aktivitet ved sykehuset er høyere enn budsjettet. Det samme gjelder kostnader til innleie av helsepersonell.
Lønn	Sum lønn viser et negativt avvik på 37 mnok. Inkludert innleie av helsepersonell er det et negativt avvik på 48 mnok. Avvik på lønn henger i stor grad sammen med manglende budsjetterte tiltak, og realisering av budsjetterte tiltak.  Sammenlignet med 2009 er det en økning i lønnskostnadene på 132,9 mnok, tilsvarende 4,3 %. Dette inkluderer både pensjon og avsetninger for årets tariffoppgjør. Deler av denne økningen skyldes endringer i budsjettprinsipper og periodisering av kostnader. Samtidig må det tas hensyn til at lønnskostnadene i 2010 er lavere



	enn i 2009 som følge av endringer i virksomheten gjennom 2009 (SSR, Lønn og IKT til Sykehuspartner m.m.). Justert for dette tilsvarer endringen i lønnskostnader omtrent forventet endring i generelt lønnsnivå.
Andre driftskostnader	<p>Det er store variasjonen i avvik for andre driftskostnader mellom klinikkene. Totalt sett er det et negativt avvik på 18 mnok . Avskrivningskostnader som er lavere enn budsjettert som følge av senere ferdigstillelse av investeringer enn budsjettert, fører isolert sett til et positivt avvik på 7 mill kroner. Det er innenfor andre driftskostnader det er størst negativt avvik (25 mnok). De største negative avvikene relaterer seg til pasientreiser (- 7 mnok,) og energi (- 13 mnok). Kostnader til bygningsmessig vedlikehold er lavere enn budsjettert. Avvik på andre driftskostnader henger også noe sammen med manglende budsjetterte tiltak, og realisering av budsjetterte tiltak.</p> <p>Sammenlignet med 2009 er det en økning i andre driftskostnader på 56,5 mnok. En vesentlig del av dette er relatert til at foretaket nå kjøper IKT- og lønntjenester fra Sykehuspartner. Dette gjenspeiles isolert sett i lavere lønnskostnader og i lavere avskrivningskostnader.</p>

Tabellen under viser resultatavvik per klinikk.

Pr. 31.03.2010 per 03 v14

	Arsbudsjett	Budsjettert hittil	Akkumulert avvik fra budsjett			■ Akk avvik resultat denne mnd ■ Akk avvik resultat forrige
			Inntekt	Kostnad	Resultat	
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 034 895	531 391	5 318	-2 756	2 561	
MED MEDISINSK KLINIKK	1 042 457	273 230	8 809	-16 903	-8 094	
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 589 840	413 865	1 222	-9 771	-8 549	
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 277 700	332 152	-1 381	1 129	-251	
KRK KLINIKK FOR KREFT OG KIRURGI	1 292 086	335 685	2 748	-7 580	-4 832	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	873 154	232 556	6 118	-5 208	910	
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	787 556	193 242	-202	-4 736	-4 939	
AKU AKUTTCLINIKKEN	1 888 347	488 104	-831	-12 411	-13 242	
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	1 821 451	479 785	-5 112	-16 549	-21 661	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 773 777	477 079	2 283	-16 450	-14 167	
KRG KREFTREGISTERET	116 289	29 655	-1 606	1 245	-361	
STA STAB	1 088 227	276 152	-576	-845	-1 420	
FPO FELLESPOSTER	2 264 843	565 191	-37 852	34 038	-3 814	
AS KONSERN	-11 553	-29	0	230	230	
<b>RESULTAT</b>	<b>17 839 069</b>	<b>4 628 059</b>	<b>-21 061</b>	<b>-56 567</b>	<b>-77 628</b>	

Det er store forskjeller i avvik mellom klinikkene. Klinikk psykisk helse og avhengighet har et positivt avvik på 2,6 mnok. Kvinne- og barneklubben og Hjerter-, lunge- og karklubben har et resultat tilnærmet balanse per mars, mens de øvrige klinikkene har større negative avvik.

Negative avvik på klinikkene skyldes i stor grad at estimert tiltaksbehov ikke er lukket ved konkretisering av tiltak, men også at planlagte tiltak ikke har gitt forventet effekt. Klinikresultatene må også sees på bakgrunn av at alle ISF-relaterte inntekter også per mars 2010 er bokført under Fellesposter, dvs utenom klinikkene, på grunn av IT-messige forhold. Det jobbes for å finne en god måte å fordele DRG-inntektene ned på klinikk.



Det understrekes at det er en del usikkerhet til de beregnede resultatavvikene. Dette skyldes flere forhold:

- Som følge av ulik praksis ved de tre tidligere sykehusene er risikoen for feil og misforståelser i forbindelse med periodisering av budsjettet større enn tidligere.
- For å kunne rapportere resultat innenfor gjeldende frister er tidspunkt for registrering av fakturaer endret. Dette øker behovet for avsetninger i regnskapet, og gjør at det er noe mer usikkerhet knyttet til varekostnader og driftskostnader enn normalt. Dette forsterkes av at bokføringen for de tre første månedene er gjort i 3 forskjellige regnskapssystemer. Fra og med april er det implementert felles økonomisystem. Dette skal øke tilgjengeligheten til regnskapsdata bidra til bedre kvalitet i foretakets regnskap.
- Det knytter seg fortsatt noe usikkerhet til lønnskostnadene som følge av flere parallelle endringer fra årsskiftet. Dette gjelder blant annet implementering av ny organisasjonsstruktur i OUS, innføring av ny felles artskontoplan og innføring av felles rapporteringsløsning for HR-området. Felles OUS HR-kube er på plass med HR-data på ny struktur fra januar 2010. En første versjon av historikk for siste kvartal 2009 er etablert for å kunne følge bemanningsutviklingen på en bedre måte.

## 5. NÆRMERE OM BEMANNINGSRAPPORTERING (HR)

For OUS totalt er antall utbetalte månedsverk per mars lavere enn både budsjett og samme periode i 2009. Sett i forhold til samme periode i 2009 er det en reduksjon på 106 årsverk, tilsvarende 0,6 %. Sykefraværet hittil i 2010 er på 7,6 % for OUS totalt.

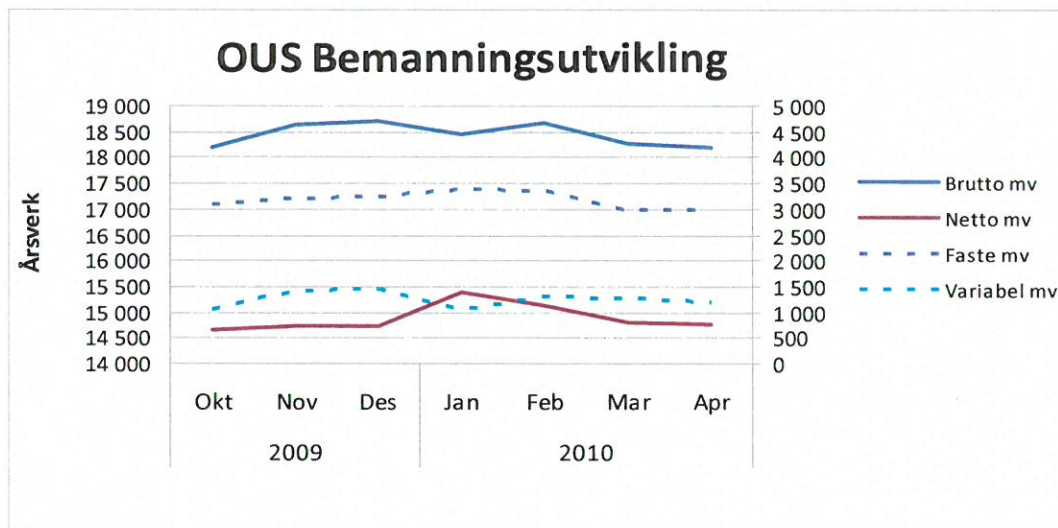
Økonomi og personell		Mars 2010			Resultat hittil i år			Jan - mars 2009		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %			
Personell	Årsverk totalt (brutto)	18 258	(339)	-1,8 %	18 464	-158	-0,8 %	18 570	-106	-0,6 %
	Sykefravær	7,8 %	-0,4 %	-4,9 %	7,6 %	-0,6 %	-7,3 %	8,5 %	-0,9 %	-0,9 %

### Årsverk totalt:

Rapportert antall årsverk for 2009 er korrigert for endringer i virksomheten gjennom 2009 (SSR, lønn og IKT til sykehuspartner). Korrigeringsene utgjør om lag 536 årsverk. For 2010 viser de faktiske bemanningstallene et avvik på 339 årsverk sett i forhold til plantall. Avvik ifht plantall må imidlertid tolkes med forsiktighet. Plantall for årsverk totalt er sannsynligvis satt noe lavt, da utgangspunktet for dette har vært netto årsverk, med korrigeringer for forventet fravær m.m. som påvirker indikatoren. Endring i forhold til samme periode i 2009 vurderes å gi mest korrekt informasjon om den samlede bemanningsutviklingen på sykehusnivå. Felles HR-kube har kun vært tilgjengelig i kort tid. Det arbeides videre med å analysere bemanningstallene, for å sikre styringsdata med god kvalitet som grunnlag for løpende rapportering og som grunnlag for de pågående omstillingsprosessene. Kvalitetssikring av historikk på klinikknivå prioriteres spesielt.

Grafen under viser utviklingen for brutto og netto årsverk, samt faste og variable årsverk, for perioden oktober 2009 til april. For 2009 vises bemanningstall kun for siste kvartal 2009. Dette skyldes at oktober er første måned hvor alle sykehusene hadde felles lønnsystem. Perioden mars og april er på omtrent samme nivå som oktober 2009.



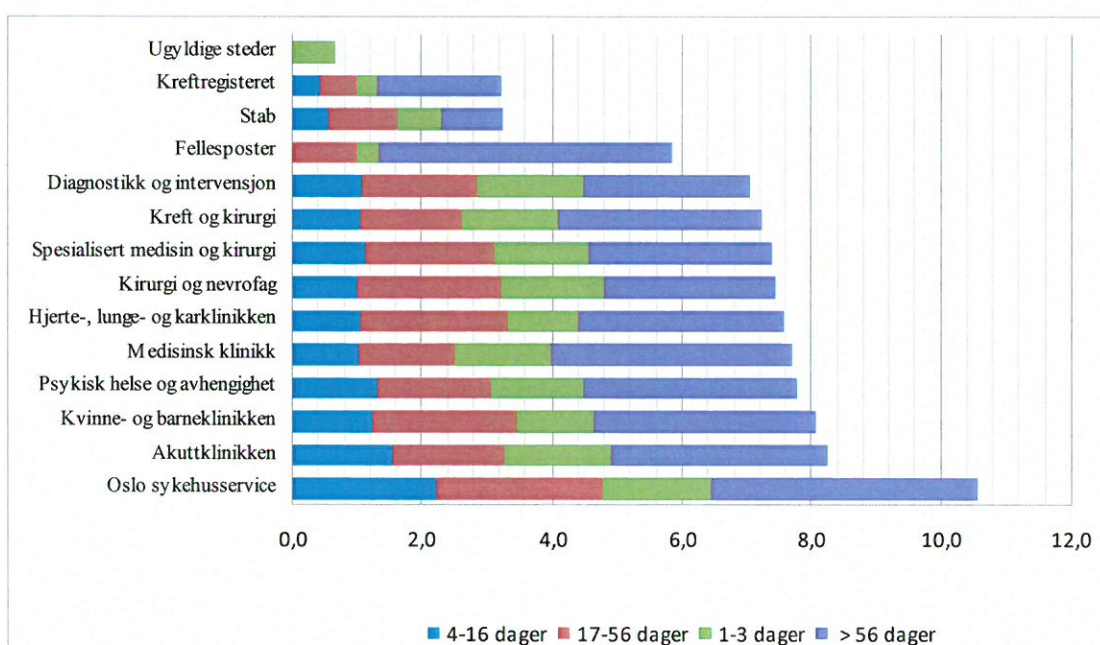


Utviklingen i brutto månedsværk viser store variasjoner ved årsskiftet, både for OUS samlet og per klinikk. Variasjonene er størst for indikatoren netto månedsværk. For antall brutto månedsværk er variasjonene mindre.

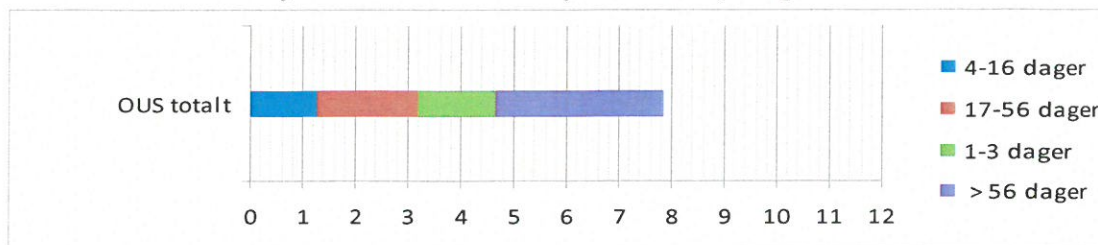
#### Sykefravær:

Som det fremkommer ovenfor er samlet sykefravær for Oslo universitetssykehus per februar 2010 7,6 %. Sett i forhold til samme periode i 2009 er dette en reduksjon på 0,9 %-poeng. Endring av nasjonale HR-definisjoner fra 1.1.2010 påvirker nivået for sykefravær gjennom at antall mulige dagsværk er utvidet, slik at med samme faktiske antall fraværdager vil fraværsprosenten reduseres. Gjennomgangen viser at det også er en reduksjon i faktiske fraværsdager. Endringer i virksomheten (SSR, virksomhetsoverdragelser til Sykehuspartner) gjør det vanskelig å vurdere tallene. Basert på gjennomgang av tilgjengelige data kan sykefraværstallene tyde på en positiv utvikling. Dette vil bli nøye fulgt opp fremover.

Figuren under viser hvordan sykefraværet varierer mellom klinikkene, og hvordan fordelingen på kort- og langtidsfravær er.



For Oslo universitetssykehus HF er samlet sykefravær 7,6 % per februar.



## 6. GJENNOMFØRING AV OMSTILLINGSTILTAK

Klinikkene har rapportert inn tiltak for å oppnå økonomisk balanse i 2010. Tiltakene skal dekke det utfordringsbildet som klinikken har i form av utgangsfart fra 2009 og rammejusteringer for 2010. For 2010 har Oslo universitetssykehus i budsjett 2010 beregnet en samlet omstillingsutfordring på 536 mnok. For å løse omstillingsutfordringen er det så langt planlagt gjennomført tiltak på 357 mnok. Sykehuset jobber kontinuerlig med den resterende tiltaksutfordringen. Deler av dette er delt ut som rammekutt til sykehusets enheter. Det er imidlertid en restutfordring på 179 mnok.

Per mars er det budsjettet med 56,8 mnok i tiltak. Av dette melder klinikkene at de har realisert 42,6 mnok.

Klinikkenes årsprognosen på effekt av tiltakene er på 323 mnok, noe som tilsvarer en oppnåelse på 91%. Dette er noe høyt i henhold til historisk tiltaksoppnåelse.

*Beløp i MNOK*

Klinikk		Total tiltakspakke akk.pr mars Budsjett	Total tiltakspakke akk.pr mars Prognose	Avvik	Total tiltakspakke med effekt 2010 Budsjett*	Total tiltakspakke med effekt 2010 Prognose	Avvik
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	-	-	-	-	-	-
B	Medisinsk klinikk	7,9	5,8	-2,1	41,2	29,8	-11,5
C	Klinikk for hode, bev. rekonstr. og nevro	8,7	5,4	-3,3	42,4	38,4	-3,9
D	Kvinne- og barneklubben	4,4	4,4	-	23,3	23,2	-0,0
E	Klinikk for kreft og kirurgi	3,8	3,5	-0,3	18,1	17,9	-0,2
F	Hjerte-, lunge- og karklubben	5,9	5,5	-0,4	48,9	40,4	-8,4
G	Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	2,9	1,6	-1,3	15,0	12,6	-2,4
H	Akuttklubben	8,6	3,8	-4,8	38,1	32,1	-6,0
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2,2	0,3	-2,0	44,2	42,2	-2,0
J	Oslo sykehusservice	11,1	11,1	-	66,4	66,4	-
Stab	Stab	1,2	1,2	0,1	19,3	19,8	0,5
<b>Totalt</b>		<b>56,8</b>	<b>42,6</b>	<b>-14,1</b>	<b>356,8</b>	<b>322,9</b>	<b>-33,9</b>

## 7. FINANS

I styresak 167/2009 ble det kort redegjort for de ulike finansbudsjettene. Hver måned rapporteres investeringer, balanse, likviditet og kontantstrøm til Helse Sør-Øst. Likviditetsrapporten er best egnet for å rapportere den månedlige endringen i likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus. Metodisk fordeles realiserte avvik mellom forventede og faktiske innbetalinger og utbetalinger over gjenstående perioder. Likviditetsprognosen for april til



desember er således basert på likviditetsbudsjettet for 2010 og avvik første kvartal. Avviksanalysen for mars nedenfor tar utgangspunkt i likviditetsprognosen for mars.

Det underliggende likviditetsbudsjettet for 2010 er endret i samsvar med endringene i resultatbudsjettet i revisjon etter forrige rapportering.

### ***Likviditetssituasjonen***

Likviditetsregnskapet per mars viser et likviditetsbehov på 1.726 mill. kr. Med en kassekreditt på 1.825 mill. kr. hadde Oslo universitetssykehus en disponibel likviditet på 99 mill. kr. ved utgangen av mars. Dette er 15 mill. kr. lavere enn forventet i likviditetsprognosen for mars. Per 19. april var disponibel likviditet 543 mill. kr. og bedre enn forventet.

Den anslåtte likviditetssituasjonen per 31. desember 2010 (årsestimatet) slik det er rapportert til Helse Sør-Øst RHF er bedret i forhold til likviditetsbudsjettet. Bedringen skyldes i hovedsak to forhold:

- Innbetalinger på 21 mill. kr. i første kvartal som ikke var hensyntatt i budsjettet.
- I likviditetsbudsjettet ble bare salg av eiendommer som var realisert før budsjettene ble levert Helse Sør-Øst tatt inn (142 mill. kr. ). I ettertid er ytterligere eiendommer solgt og årsestimatet er bedret med innbetalinger på 83 mill. kr.

Det understrekes imidlertid at likviditetsbudsjettet for 2010 og den endrede vurderingen av situasjonen ved utgangen av 2010 forutsetter drift i økonomisk balanse.

På grunn av overgang til ny organisasjon og nye systemer er det større usikkerhet i rapportene enn normalt. Situasjonen følges opp daglig og i nær dialog med Helse Sør-Øst. Det er flere usikkerhetsmomenter i likviditetsprognosen. Prognosen er basert på gjennomføring av tiltak for å resultatmessig gå i balanse. Per mars er det et negativt avvik mellom budsjettet tiltakseffekt og realisert effekt på 20,7 mill. kr. En slik uønsket utvikling kan få likviditetsmessige konsekvenser i 2010.

## **8. REGJERINGENS TILTAKSPAKKE OG ØVRIGE INVESTERINGER**

### **8.1. Regjeringens tiltakspakke**

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

Tabellen under viser hvilke prosjekter som omfattes av regjeringens tiltakspakke.



Prosjekt	Kostn.- estimat	Opprinnelig tildeling	Foreslått omfordelt	Tildeling etter omford.	Antatt Forbrukt 1- tertialet	Antatt slutt- prognose	Start/slutt
Felles mottak føde/gyn	42 500	23 500	19 000	42 500	28 680	42 500	06.09/08.10
Forskningslab. Dyrestall	32 000	18 000	14 000	32 000	22 128	32 000	08.09/07.10
Fasade/tak. Kvinneklinikken	20 000	25 000	-5 000	20 000	5 744	20 000	02.10/12.10
Arytmi-lab. Riksen	39 000	31 500	7 500	39 000	22 177	44 400	12.09/10.10
Nødstrømsaggregat. Radium	20 000	17 000	3 000	20 000	11 200	20 000	12.09/07.10
Operasjonsstuer. Aker	9 600	9 600	0	9 600	9 600	9 600	06.09/02.10
Midlertidig rusakutt. Aker	6 000	6 000	0	6 000	6 000	6 000	08.09/12.09
Rusakutt Aker.Fase 1	5 000	39 500	-34 500	5 000	2 600	5 000	01.10/07.10
Rusakutt Aker.Fase 2	5 000	0	5 000	5 000	0	5 000	07/10-12/10
Manglende finansiering				-9 000		0	
<b>Sum</b>	<b>179 100</b>	<b>170 100</b>		<b>170 100</b>	<b>108 129</b>	<b>184 500</b>	

\*) 4,5 til rusakutt Legevakt er fulgt opp av Oslo Kommune og belastet HSØ direkte.

Gjennom regjeringens tiltakspakke er det finansiert 10 prosjekter innenfor en samlet ramme på 174,6 mnok (inkl. rusakutt Legevakten). Det første prosjektet startet i juni 2009 (Felles mottak Ullevål) og det siste forventes ferdigstilt senhøstes 2010 (Arytmi-lab på Rikshospitalet og Fasade/Tak bygg 08). Som det fremkommer av tabellen ovenfor er antall sluttprognose for prosjektene 14,4 mnok høyere enn tildelt ramme. Dette skyldes at Arytmi-lab på Riksen har økt med 5.4 mill etter siste anbudsrunde, i tillegg har Rusakutt Aker fase 2 kommet inn som ny med kr. 5.0 mill samt tidligere avtalt omfordeling og legevakt som lå opprinnelig i oppstillingen. Endringene er forutsatt finansiert innenfor ordinært investeringsbudsjett 2010.

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

***Felles mottak. Føde /Gyn. (Ullevål)***

Arbeidene er godt i gang og i henhold til plan. Innredningsarbeidene i nybygget er godt i gang og prosjektet i god rute med fremdriftsplan. Fase 2 er beregnet ferdig siste halvdel av juni 2010.

***Forskningslab. Dyrestall (Ullevål)***

Arbeidene er godt i gang, men er forsinket i henhold til plan. Forsinkelsen forventes tatt inn. Heismontasje og innredning er kommet godt i gang. Det samme gjelder tekniske anlegg.

***Fasade/tak. Kvinneklinikken (Ullevål)***

Dette er ferdig prosjektert og utlyst på Doffin. Anbudsbefaring er avholdt og det møtte 10 firmaer som var interessert. Anbudsfrist var 07.04.10. Det arbeides med gjennomgang og kontroll av anbudene. Det styres mot ferdigstillelse senhøstes 2010.

***Arytmi-Lab. (Rikshospitalet)***

D7: Arbeidene er godt i gang og forventes ferdig 27.04.10.

D4: Arbeidene har startet og forventes ferdig sept/okt 2010. Fremdriften er på plan.

***Nødstrømsaggregat (Radiumhospitalet)***

Prosjektet er ferdig prosjektert og kontrahert. Bygningsmessige arbeider pågår. Leverandør av aggregater har varslet forsinkelse på aggregatet, og det vil medføre senere ferdigstillelse av prosjektet enn planlagt tidligere. Det er nå kommet varsel om ytterligere forsinkelse på grunn



av pipelevering som kommer 1 måned senere enn planlagt. Entreprenøren er varslet om at dagmulkt kan bli krevd. Ferdigdato er satt til 01.07.10.

#### ***Operasjonsstuer (Aker)***

Arbeidene er ferdig og overtatt. Sluttoppgjør pågår og sluttrapport er under utarbeidelse.

#### ***Rusakutt fase 1 og 2 (Aker)***

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

#### ***Midlertidig rusakutt (Aker)***

Byggearbeidene er i hovedsak ferdigstilt. Overtakelse av bygningsmessige arbeider, maler, rør og elektro fant sted 15.12.09. Sluttoppgjør pågår. Sluttprognose på 5 mnok mot budsjett på 6 mnok. Den overskytende 1 mnok benyttes til å ta de kostnader som måtte påløpe på rusakutt 1 inntil det formelle er på plass der.

#### ***Rusakutt (Legevakten)***

Prosjektet er fulgt opp av Oslo kommune i direkte dialog med Helse Sør-Øst. Prosjektet er ferdigstilt. Prosjektets budsjett var på 4,5 mnok. Helse Sør-Øst RHF har fått sluttfaktura fra Legevakt på 3,2 mnok.

## **8.2. Øvrige investeringer**

Oslo universitetssykehus sendte 8. mars i år et brev til Helse Sør-Øst RHF og ba om godkjenning av en investering på om lag 46 mill kroner knyttet til laboratorier mv for ablasjonsbehandling. Bakgrunnen for dette brevet var at en investering av denne størrelsen må godkjennes av Helse Sør-Øst. Videre reiser saken spørsmål vedrørende bruk av gavemidler.

Ved behandling av styresak 33/2010 vedtok styret i Oslo universitetssykehus HF 24. mars:

*Styret tar redegjørelsen om finansieringen og disponeringen av investeringsbudsjettet til etterretning.*

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette nye investeringer for videreføring av eksisterende drift og for å overholde myndighetskrav i samsvar med omtalen i avsnitt 4.4 B og innenfor rammene av likviditet til investeringsformål i 2010.*

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å starte opp investeringer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omtale og tallgrunnlag i avsnitt 4.4 C.*

*Styret ber om å bli fortløpende oppdatert på gjennomføringen av investeringene i 2010.*

*Styret legger til grunn med basis i referat fra møte 8. mars 2010 at utfordringer knyttet til likviditetssituasjonen for Oslo*



universitetssykehus i 2010 skal håndteres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør sender en søknad til Helse Sør-Øst RHF i tråd med vedtaket i denne styresaken.

Umiddelbart etterpå ble brevet oversendt til Helse Sør-Øst RHF, jf vedlegg 3. Da denne styresaken ble skrevet forelå det ikke svar på det siste brevet. Vedrørende investeringer i utstyr for ablasjonsbehandling ble det gitt positiv tilbakemelding fra Helse Sør-Øst 20. april. I brevet heter det:

*”Tidligere mottatte gavemidler på til sammen 17 mill. kroner kan benyttes som delvis finansiering av investeringen i MTU/laboratorier for arytmi.*

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

På bakgrunn av dette er denne investeringen nå under bestilling. Alle andre nye investeringsbeslutninger er holdt tilbake utover det å gjennomføre mindre erstatninger av utstyr som har brutt sammen.

## 9. NÆRMERE OM STYRINGSINFORMASJON OG RESULTATOPPFØLGING

### Styringsinformasjon:

Med ny organisering fra 2010 – fra tre sykehus med etablerte rapporteringssystemer til ti sykehusovergripende klinikker – økte behovet for felles og gjennomgående styringsinformasjon. Kortfattet er status og utviklingsplaner som følger:

- Det arbeides med å etablere og kvalitetssikre sammenlignbar historikk på klinikknivå for aktivitet, kostnader og bemanning.
- Det etableres felles økonomisystem fra april. Dette gir økt tilgjengelighet til regnskapsdata. Ulike innkjøpssystem og ulike fakturabehandlingssystem gjør at tilgjengeligheten fortsatt ikke vil være som ønsket.
- Det er etablert en første fase av LIS-OUS (elektronisk ledelsesinformasjonssystem). Det jobbes med å fullføre planlagt leveranse og utvikle innholdet i løsningen ut fra behovene for styringsinformasjon i foretaket.
- Rapportering av HR (bemanning og sykefravær) skal skje via fellesløsninger fra Sykehuspartner (Profitbase HR og Personalportalen). Felles OUSHF-kube (personaldata) på ny organisasjonsstruktur er etablert. Hovedtall for bemanning og sykefravær skal i tillegg fremstilles i målekort og rapporter i LIS-OUS.
- Rapporter i Personalportalen skal brukes til kontroll av lønn. Det er igangsatt et arbeid for å lage en helhetlig beskrivelse (prosess, roller/ansvar & flytdiagram) for hele den lønnsrelaterte prosessen (inntil lønn er belastet regnskapet). Det må sikres at det utbetales riktig lønn til rett tid. Det skal beskrives hvilke kontrollrutiner som skal gjennomføres og

hvordan gjennomførte kontroller skal dokumenteres.

- For å sikre at pasientrettet aktivitet registreres og kodes korrekt og fullstendig, slik at det gir et riktig bilde i virksomhetsstatistikk internt i sykehuset og nasjonalt (intern styring, oppgjørsordningene, Samdata og klinisk forskning) etableres en ny nivå 1-instruks for organisering og kvalitetssikring av koding. Instruksen beskriver oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata, og er ment å skulle lede til:
  - entydig forståelse og praktisering av sentrale begreper
  - fokus på korrekt og enhetlig registrering av pasientkontakter
  - løpende kvalitetssikring av aktivitetsdata
  - klare ansvarsforhold
- Det tas i bruk felles kvalitetssikringsverktøy som hjelpemiddel i arbeidet med kontroll av medisinsk koding

#### Resultatoppfølging:

Som styret tidligere er orientert om legges det for 2010 opp til en tett oppfølging av enhetene i Oslo universitetssykehus HF i 2010. Tett oppfølging gjennomføres samtidig som rapporteringssystemene videreutvikles som beskrevet ovenfor. Følgende aktiviteter gjennomføres:

- Ukentlig aktivitets- og driftskoordineringsmøte. Målet er å sikre at aktiviteten holdes oppe og at ikke det oppstår nye uforutsette samordningsproblemer mellom klinikkene som ikke er håndtert. Så langt er det etablert ukentlig rapportering for blant annet antall operasjoner, antall fremmøter stråleterapi, antall traumealarmer, antall henvisninger CT, MR & PET og hotellutnyttelse. Ukesoppfølgingen omfatter også antall utskrevne pasienter, antall oppholdsdager dagbehandling og antall polikliniske konsultasjoner.
- Månedlig resultatoppfølgingsmøter med hver enkelt klinikk. Administrerende direktør gjennomfører månedlige møter med alle klinikkene. Som forberedelse til disse leverer klinikkene rapportering på økonomi, aktivitet, tiltak og bemanning til stab. Vedlagt (vedlegg 4) er gjengitt en kopi av den malen som benyttes for klinikkens innrapportering.

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar rapporteringen per mars til orientering.*

Oslo den 22. april 2010

Siri Hatlen



## Vedlegg 1: Resultat, budsjett og avvik på ØBAK-linjenivå, inkl. sammenligning med 2009

Linje	Års budsjett	Hittil 2010			Hittil 2009	
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Endring 09 - 10
Basisramme	10 567 893	2 750 022	2 750 022	0	2 726 112	23 910
ISF egne pasienter	2 736 972	646 093	711 016	(64 923)	762 259	(116 166)
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	383 231	150 790	100 071	50 719	-	150 790
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR	41 532	10 789	10 791	(2)	-	10 789
Gjestepasienter	465 343	104 194	126 888	(22 694)	114 170	(9 976)
Konserninterne gjestepasientinntekter	1 723 674	455 527	444 816	10 711	344 587	110 940
Polikliniske inntekter	367 336	91 565	95 273	(3 708)	91 323	242
Øremerkede tilskudd psykisk helsevern	-	-	-	-	-	-
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	14 157	4 718	3 541	1 177	17 774	(13 056)
Andre øremerkede tilskudd	868 797	230 965	210 008	20 957	133 706	97 259
Andre driftsinntekter	670 134	157 127	170 425	(13 298)	289 413	(132 286)
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>17 839 069</b>	<b>4 601 790</b>	<b>4 622 851</b>	<b>(21 061)</b>	<b>4 479 344</b>	<b>122 446</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	60 288	5 021	15 301	(10 280)	13 716	(8 695)
Kjøp av private helsetjenester	131 934	26 556	28 487	(1 931)	42 872	(16 316)
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppe	2 212 076	570 199	563 646	6 553	543 742	26 457
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	75 818	28 533	17 787	10 746	7 204	21 329
Konserninterne gjestepasientkostnader	53 608	12 047	13 349	(1 302)	(776)	12 823
Lønn til fast ansatte	8 389 162	2 271 758	2 235 172	36 586	2 093 008	178 750
Overtid og ekstrahjelp	782 074	193 352	190 142	3 210	272 385	(79 033)
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 964 241	491 100	492 952	(1 852)	470 841	20 259
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	(556 265)	(140 904)	(139 362)	(1 542)	(138 419)	(2 485)
Annen lønn	1 469 340	386 629	385 897	732	371 202	15 427
Avskrivninger	920 392	222 819	230 097	(7 278)	269 863	(47 044)
Nedskrivninger	-	0	0	0	(2 147)	2 147
Andre driftskostnader	2 257 621	597 356	572 035	25 321	495 978	101 378
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>17 760 289</b>	<b>4 664 467</b>	<b>4 605 503</b>	<b>58 964</b>	<b>4 439 469</b>	<b>224 998</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>78 780</b>	<b>(62 677)</b>	<b>17 348</b>	<b>(80 025)</b>	<b>39 875</b>	<b>(102 552)</b>
Finansinntekter	26 581	3 243	3 786	(543)	7 821	(4 578)
Finanskostnader	105 361	23 402	26 340	(2 938)	27 702	(4 300)
<b>Finansresultat</b>	<b>78 780</b>	<b>20 159</b>	<b>22 554</b>	<b>(2 395)</b>	<b>19 881</b>	<b>278</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-</b>	<b>82 836</b>	<b>5 206</b>	<b>77 630</b>	<b>(19 994)</b>	<b>102 830</b>

Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:  
Trondheimsveien 235  
0514 Oslo

Sentralbord:  
02770

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Deres ref.:

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: 2010/8587

Dato: 24.3.2010

Vedlegg: Styresak 33/2010 for Oslo universitetssykehus HF

## Disponering av investeringsmidler i 2010 - Søknad om finansiering til omstillingsprosjekter

### 1. Innledning

Investeringssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF er svært krevende. I vedlagte styresak 33/2010 er utfordringene omtalt som følger:

*I likhet med drift står Oslo universitetssykehus HF overfor store utfordringer når det gjelder investeringer i 2010. Deler av bygningsmassen er i dårlig forfatning og gjennomsnittsalderen for det medisinsk-tekniske utstyret er høy (ref styresak 7/2010 tilstandsbeskrivelse areal og MTU). I tillegg skal gjennomføres investeringer som utvikler Oslo universitetssykehus HF i samsvar med vedtakene i styresak 108-08 i Helse Sør-Øst RHF.*

På grunn av en krevende driftssituasjon står en overfor vanskelige valg ved vurdering av iverksetting av investeringer. Under administrerende direktørs vurderinger i styresak 33/2010 heter det:

*I samsvar med omtalen ovenfor fra styresak 10/2010 må det skilles mellom investeringer som er nødvendig for å videreføre eksisterende drift (ref stort etterslep på bygningsmessig vedlikehold og sammenbrutt utstyr) samt investeringer som er helt nødvendige for å kunne utvikle Oslo universitetssykehus HF i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF. Beslutninger om nye investeringsprosjekter må ta utgangspunkt i at en betydelig del av tilgjengelig likviditet for 2010 er bundet opp i utbetalinger som følge av investeringsbeslutninger som ble fattet i 2009. Videre er det fra Helse Sør-Øst RHF klart uttrykt, bl.a. i foretaksmøte 3.2.2010 at likviditet knyttet til drift og investeringer må sees i sammenheng. Det er administrerende direktørs vurdering at sistnevnte forhold ikke kan føre til at beslutninger om nye investeringer som er helt nødvendige for å sikre løpende drift samt investeringer som kreves i 2010 blant annet for å understøtte overføring av opptaksområde til Ahus ikke kan fattes.*

Med bakgrunn i den krevende driftssituasjonen og krav til store omstillinger internt fattet styret følgende enstemmige vedtak i sitt møte 24. mars 2010:

1. Styret tar redegjørelsen om gjennomføringen av driftsbudsjettet for 2010 og arbeidet med å finne fram til nye tiltak til etterretning. Styret understreker behovet for ytterligere tiltak for å bringe sykehusdriften i samsvar med de økonomiske rammene.
2. Styret tar redegjørelsen om finansieringen og disponeringen av investeringsbudsjettet til etterretning. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette nye investeringer for videreføring av eksisterende drift og for å overholde myndighetskrav i samsvar med omtalen i avsnitt 4.4 B og innenfor rammene av likviditet til investeringsformål i 2010.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å starte opp investeringer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med omtale og tallgrunnlag i avsnitt 4.4 C.
4. Styret ber om å bli fortløpende oppdatert på gjennomføringen av investeringene i 2010.
5. Styret legger til grunn med basis i referat fra møte 8. mars 2010 at utfordringer knyttet til likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus i 2010 skal håndteres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
6. Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør sender en søknad til Helse Sør-Øst som tar opp de forhold som er tatt opp i styresaken.

På bakgrunn av styrets vedtak har Oslo universitetssykehus HF behov for avklaring på følgende områder:

- Disponering av likviditet fra rammefinansieringen
- Disponering av likviditet fra eiendomssalg
- Disponering av omstillingsmidler (ref Helse Sør-Øst sin styresak 82/2009)
- Disponering av øremerkede midler til investeringsformål

## **2. Håndtering av investeringer i en situasjon med risiko for negative avvik i ordinær drift**

Oslo universitetssykehus HF står overfor store utfordringer på investeringssiden. Dette er knyttet til følgende forhold:

- Store deler av det medisinsk-tekniske utstyret har høy alder må skiftes ut i betydelig høyere tempo enn hva som har vært tilfelle de siste årene. I tillegg er det stor risiko for sammenbrudd og behov for umiddelbar gjenanskaffelse.
- Deler av bygningsmassen, særlig Ullevål og Radiumhospitalet er nedslitt og det er store kostnader knyttet til oppfølging av myndighetskrav.
- Gjennomføring av den del av styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst som omfatter overføring av aktivitet til Ahus gjør det nødvendig med større flytting og tilhørende investeringer, først og fremst på Ullevål.
- Utvikling av Oslo universitetssykehus HF i samsvar med nevnte styresak krever investeringer i alle de tre gjenværende hovedanleggene for Oslo universitetssykehus for å tilpasse til endret drift.

Det er besluttet investeringer i tidligere år som vil belaste likviditeten i 2010. Dette gjelder:

- Utbetalinger knyttet til tre større byggeprosjekter på Rikshospitalet og Radiumhospitalet (Forskningsbygget, Radiumhospitalet hotell og tilbygg for pårørende overnatting på Rikshospitalet)
- Utbetalinger som følge av beslutninger fattet av driftsorganisasjonen ved de tre tidligere sykehusene, jf vedtak i styresak 50/09.
- Utbetalinger som følge av vedtak om anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr ved behandling av styresak 137/09.
- Utbetalinger (egenandeler – øvrig likviditet dekkes av HSØ) som følge av beslutninger om IKT-prosjekter ved behandling av styresak 138/09.

Helse Sør-Øst RHF har endret finansieringsregimet for investeringer for 2010. I oppdragsdokumentet for 2010 heter det:

*Oslo universitetssykehus HF må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.*

Videre heter det:

*For 2010 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer.*

*Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen.*

Oslo universitetssykehus HF har i flere sammenhenger redegjort for de driftsutfordringene helseforetaket står overfor i 2010. blant annet på foretaksmøtet 3. februar og på møte 8. mars d.å. Resultatregnskapet for Oslo universitetssykehus HF viser et negativt driftsavvik på 57 mill kroner etter to måneder, noe som gjenspeiler de utfordringene Oslo universitetssykehus står overfor i løpende drift.

I referatet fra møtet 8. mars 2010 heter det:

*Helse Sør-Øst RHF bekreftet de oppdrag og bestillinger som er gitt til Oslo universitetssykehus HF i foretaksmøter i 2009 og 2010 og understreket viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF fortsetter det flerårige prosjektet med omstilling i tråd med de føringer styret i Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt. Helse Sør-Øst RHF bekreftet også at utfordringer knyttet til likviditetssituasjonen for Oslo universitetssykehus i 2010 skal håndteres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.*

Overordnede føring om tilførsel av likviditet og den underliggende driftssituasjonen reiser spørsmål om i hvilket omfang helseforetak kan starte opp nye investeringsprosjektet med utgangspunkt i investeringsbudsjettet for 2010. Oslo universitetssykehus ber derfor om bekreftelse på at likviditet tilført i rammefinansieringen kan disponeres til investeringer selv om det er betydelig risiko knyttet til driftsresultatet for 2010.

### **3. Bruk av likviditet fra eiendomssalg til investeringer – Status for investeringsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF**

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte følgende eiendomssalg 28. desember 2009:

- Grefsenveien 44
- Stensberggata 13

I tillegg ble det solgt noen borettslagsleiligheter. Samlet gav disse eiendomssalgene 160 mill kroner i likviditetstilførsel. I likviditetsbudsjettet oversendt Helse Sør-Øst ble foreløpige tall lagt til grunn, dvs. 142 mill kroner.

Oslo universitetssykehus HF ber med dette om avklaring om at 160 mill kroner kan benyttes til investeringer i 2010. Midlene vil dels bli benyttet til å dekke utbetalinger av investeringsbeslutninger som er fattet i 2009 og dels knyttet til nye investeringer innenfor medisinsk-teknisk utstyr og myndighetspålegg for bygninger. Om nødvendig kan en detaljert liste over investeringsobjekter frembringes. Investeringsbeslutningene vil følge de retningslinjer som foreligger mht fullmakter og beslutningsstruktur.

#### **4. Disponering av likviditet fra framtidige eiendomssalg til investeringer**

Oslo universitetssykehus HF har planlagt ytterligere eiendomssalg i 2010 som følge av tidligere vedtak om salg. Følgende salg er så langt aktuelle i 2010:

- Durudveien 12-22
- Hoffsveien 44/45
- Vitaminveien 2 (solgt, foreløpig ikke overdratt)
- Vardåsveien 5A, Ski (27 leiligheter)
- Njordsvei 16
- Gaustadveien 6G

Vi ber om godkjenning av at også likviditeten fra disse salgene kan benyttes til investeringer. Trolig vil dette omfatte om lag 100-150 mill kroner i 2010.

#### **5. Disponering av øremerkede midler og tidligere gaver**

Det vises til brev sendt Helse Sør-Øst 5. mars då. vedrørende investeringer avledet av kravet til utvidelse av kapasitet innefor ablasjonsbehandling for hjertearytmier. I nevnte brev tok vi opp konkrete spørsmål gitt en enkelt tildeling. I denne sammenheng ønsker vi en prinsipiell avklaring mht fullmakter til å disponere øremerkede midler og tidligere gaver (mottatt før 1.1.2010) til investeringer. (Jfr. også forventet PET/CT-gave)

#### **6. Søknad om investeringer finansiert av omstillingsmidler**

Det vises til Helse Sør-Øst sin styresak om budsjett (sak 82/2009) der det ble satt av en reserve på 150 mill kroner til omstillingsprosjekter i Oslo og i Vestre Viken. I det følgende gis en beskrivelse av den tilnærming Oslo universitetssykehus legger til grunn for videre integrasjon og investeringsbehov avledet av dette.

##### 5.1 Bakgrunn

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

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

*"Styret slutter seg til at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus. I den sammenheng ber styret om å få seg forelagt en vurdering av driftseffektivitet knyttet til nåværende bygningsmasses geografiske plassering og sammensetning, og en vurdering av kostnader knyttet til ombygging av den dårligste bygningsmassen versus nybygg."*

Det henvises videre til sak 9/2010, Suksess gjennom samhandling – utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus. Vedtakspunkter med relevans for denne søknaden er:

*"Styret slutter seg til at funksjonene innen storbyesykehuset i størst mulig grad samles geografisk for å legge til rette for god pasientbehandling, økt faglig kvalitet, god ressursutnyttelse og drift. Akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF i tråd med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF."*

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

*"Styret legger til grunn at den geografiske samling av virksomheten bidrar til å redusere det samlede bygningsareal for sykehusvirksomhet innen Oslo universitetssykehus i tråd med premissene fra sak 108/2008 Helse Sør-Øst RHF. Avvikling av arealer utenom de sentrale sykehusområdene må i den forbindelse ha prioritet."*

## 5.2 Somatisk virksomhet

Det er arbeidet videre med å forberede gjennomføring av ovenstående vedtak, som en del av det videre arbeidet med å utvikle Oslo universitetssykehus i tråd med styrevedtak 108 fra Helse Sør-Øst (ref. oppdragsdokument for 2010). Sentralt i dette arbeidet er hvordan regions-/flerområdefunksjoner kan samles på Gaustad og hvordan restvirksomheten på Sinsen skal ivaretas etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus (Ahus) pr. Dag 3.

For å ivareta dette må det skje en rekke tilpasninger, ombygginger og flyttinger internt i bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus i løpet av 2010.

Den gjenværende somatiske virksomheten på Sinsen etter at Ahus har overtatt sin del vil utgjøre 40-43 % av dagens drift. Sammensetning av somatisk aktivitet vil da ikke være tilrådelig å drifte som en helhet ut fra faglige og driftsøkonomiske hensyn, og dette vil heller ikke være i tråd med styrets vedtak.

Utflytting av aktivitet fra Sinsen vil primært være avhengig av hva som kan fremskaffes av ledig kapasitet i Kirkeveien, ved at virksomhet overføres derfra lands-/regionssykehuset. Tilgjengelig sengekapasitet i Kirkeveien er et resultat av hva det som allerede er tilgjengelig av ledig kapasitet, de flyttinger som kan gjøres til Gaustad og



Montebello i løpet av 2010 og den virksomheten som overtas av Ahus ved Dag 3. Den virksomheten som overføres fra Kirkeveien omfatter flere små fagområder, primært relatert til kirurgiske fag, med relativt få senger som ligger spredt i bygningsmassen. Dette er en utfordring, siden de funksjonene som skal innplasseres i Kirkeveien fra Sinsen har større og samlede sengebehov. Dette genererer behov for interne flyttinger og tilpasninger i bygningsmassen.

I tillegg til tilrettelegging av sengearealer vil forflytningene kreve økt operasjons- og overvåkningskapasitet både på Gaustad og i Kirkeveien. Det vil også bli behov for å dimensjonere både medisinske og ikke medisinske støttefunksjoner for den endrede driftssituasjonen. Dessuten vil det være et betydelig investeringsbehov relatert til medisinsk teknisk utstyr.

I tillegg til de tilpasninger og ombygginger som kan gjennomføres i 2010, vil det være nødvendig parallelt å starte planleggingen av den fremtidige bygningsmassen både ved lands-/regionssykehuset og ved storbysykehuset. Dette er omfattende planprosesser som er viktig å få igangsatt tidlig, for å sikre at de investeringer som gjennomføres på kort sikt er i samsvar med en langsiktig utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus.

### 5.3 Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Klinikk for psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus har i dag en meget spredt virksomhet. I tilknytning til de endringene som skjer Dag 3 arbeides det med planer for å samle oppgaver på en hensiktsmessig måte. Akuttpsykiatri kan samles i Kirkeveien, og i de frigjorte lokaler på Sinsen vil rusavgiftning samles i tråd med styrevedtak 163/2009 (nå i Storgata og på Montebello). Klinikken ønsker å frigjøre mest mulig av den bygningsmasse som i dag er på Dikemark og få virksomheten flyttet til Gaustad (Gaustad sykehus). En begrensning er den regionale sikkerhetspsykiatrien som vil kreve nybygg. Gaustad vurderes som mest aktuelle plassering for denne. Alderspsykiatrien ønskes plassert på Kirkeveien pga. den faglige sammenheng med somatisk virksomhet. Ved god bruk av tilgjengelige arealer i Kirkeveien og på Gaustad ser en dessuten for seg at en stor del av virksomheten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse rettet mot voksne (utenom DPSene) kan samles her. Dette vil gi et forbedret grunnlag for virksomheten både faglig og driftsøkonomisk.

### 5.4 Mer konkret om behovet for likviditet til investeringer

Integrasjonsarbeidet i Oslo universitetssykehus er etter gjennomføring av Dag 2 (felles klinisk arbeidsflate mv) rettet inn mot målene for Dag 3 (overføring av aktivitet til Ahus) og de påfølgende årene. Som nevnt ovenfor er nødvendige investeringer for integrasjonsprosessen i Oslo universitetssykehus HF forutsatt finansiert innenfor midlene Helse Sør-Øst RHF har satt av til integrasjonsprosessene i Oslo og Vestre Viken. På dette tidspunkt legges følgende kostnadsanslag til grunn:

<b>Utvikling av OUS mot Dag 3/4</b>	
Sykehusplanlegging og prosjektstøtte/ledelse	40
Ombygging av eksisterende arealer (*)	100
Utbygging av eksisterende arealer	40
Følgkostnader MTU	70
Følgkostnader IKT (**)	50
Sum	300

(\*) Nødvendige tiltak HMS, brann m.m. grunnet ut/innflyttinger og tilpasning av gammel bygningsmasse.

(\*\*) økt risiko grunnet Ahus' behov samt økt usikkerhet klinisk arbeidsflate.

Ombygging av eksisterende arealer omfatter bygningsmessig tilrettelegging for funksjonsendringer. Det må erfaringsmessig påregnes betydelig behov for oppgradering mht HMS, brann, ventilasjon m.v. når det gjøres funksjonsendringer i gamle og dårlig vedlikeholdte bygg. Utvikling av eksisterende arealer omfatter bygging av nye operasjonsstuer, intensivsenger, observasjonsenger og ordinære senger mv. Noe av denne aktiviteten vil strekke seg ut i 2011 med tilhørende utbetalinger samme år. Det foreligger enda ikke fullstendige og kvalitetssikrede overslag over samlede investeringsbehov for hele perioden 2010-12, men det vil være betydelige beløp (det henvises til mer detaljert redegjørelse i styresak 27/2010).

På denne bakgrunn ber Oslo universitetssykehus om fullmakt til å sette i gang planlegging innenfor de rammer som er oppgitt i tabellen ovenfor og bekreftelse på at likviditet vil bli stilt til rådighet som forutsatt i møtet 8. mars.

Med vennlig hilsen

Siri B Hatlen  
Adm. direktør

Morten Reymert  
VAD økonomi og finans

# Oppfølgingsmøte

Enhet xxx

dd/mm/åååå



# Agenda

## 1. Gjennomgang av referat

## 2. Pasientbehandling

- a) Forhold i oppdrag og tjenesteområder
- b) Pasient
- c) Aktivitet

## 3. Økonomi

## 4. Bemanning

## 5. Annet



# 1. Gjennomgang av referat

Gjennomgang av generelle og klinikkens spesifikke oppfølgingspunkter fra referatet

# 2a. Spesielle forhold i oppdrag eller innen særskilte tjenesteområder

Oppdrag 2010

- Punkter vedr. spesielle forhold i klinikken relatert til oppdragsdokumentet

Tjenesteområder

- Punkter vedr. spesielle forhold i klinikken innen særskilte tjenesteområder

# 2b. Pasient

**Status for rydding i ventelister**

Beskriv rutiner for rydding av ventelister.

**Ventelister, prioritering og fristbrudd**

Redgjør for ventelister, prioritering og fristbrudd siste måned.  
Beskriv rutiner for bruk av prioriteringsveiledere.  
Hvilke tiltak er iverksatt for å sikre internkontroll av ventelistene.

**Status for signering av epikriser**

Redgjør for usignerte epikriser  
Beskriv rutiner for signering av epikriser.

# 2b. Pasient

**Alvorlige hendelser,  
klagesaker**

Beskrivelse av alvorlige hendelser og klagesaker siste måned.

**Håndtering av  
ukvitterte prøvesvar**

Beskriv ansvarsforhold og rutiner vedr kvittering av prøvesvar.  
Beskriv en plan for reduksjon av antall ukvitterte prøvesvar.  
Hva er klinikkens mål ved utgangen av 1.tertial?

**Eksterne tilsyn**

Avvik rapportert siste måned.  
Status på tilsynsaker som ikke er lukket



# 2b. Pasient

**Erfaringer fra pasienthendelser**

Hvordan brukes erfaringer fra pasient hendelser i forbedringsarbeidet?

**Pasientsikkerhet**

Er det definert særskilte pasientsikkerhetsprosjekter i klinikken?  
Beskriv dette arbeidet

# 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Tot.DRG poeng								
Ant.Pol.Konsult.								
Tot.Ant.Dag.Opph.								
Tot.Ant.Døgn.Opph.								
Tot.Ant.Opphold								
IndikatorX								
IndikatorY								
IndikatorZ								

# 2c. Aktivitet – Inntektsavvik for DRG

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
DRG-inntekter fra poliklinikk								
DRG-inntekter pas. eget opptaks-område (Oslo)								
DRG-inntekter gjestepasienter								
<b>Totale DRG- inntekter</b>								

## 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Tot.DRG poeng								
Norakovekter								
Ant.henvisninger								
IndikatorX								
IndikatorY								

## 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Lab.analyser (AMB)								
Rekvisisjoner (AMB)								
Gass (Pata)								
Spes.undersøk (Pata)								
Lab.analyser (Mika)								
Ant.Pol.Konsult. MedGen								
Indikator X								

# 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Portør -oppdrag								
Reforhandlet avtaler								
Hotell overnattinger								
Måltider								
IndikatorX								
IndikatorY								

# 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Liggedøgn								
Utskrivelser								
Ant. Pol. Konsult.								
Dagopphold								
IndikatorX								
IndikatorY								

# 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Liggedøgn								
Utskrivelser								
Ant. Pol. Konsult.								
Dagopphold								
IndikatorX								
IndikatorY								



# 2c. Aktivitet

Aktivitet	Siste måned				Akkumulert			
	2009	2010	Plan 2010	Avvik	2009	2010	Plan 2010	Avvik
Liggedøgn								
Utskrivelser								
Ant. Pol. Konsult.								
Dagopphold								
IndikatorX								
IndikatorY								

# 3. Økonomi - Resultat pr mars

2.2.2: Økonomisk resultat	Årsbudsjett	Budsjett hiå	Regnskap hiå	Avvik
Basisramme	0	0	0	0
ISF egne pasienter	0	0	0	0
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	0	0	0	0
ISF -inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	0	0	0	0
Gjestepasienter	50 751	14 139	13 734	-404
Konserninterne gjestepasientinntekter	103 613	28 608	26 969	-1 639
Polikliniske inntekter	26 091	6 659	3 728	-2 931
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	6 915	1 729	3 678	1 949
Andre øremerkede tilskudd	33 786	8 877	12 710	3 833
Andre driftsinntekter	70 335	17 894	18 685	791
<b>DRIFTSINTEKTER</b>	<b>291 491</b>	<b>77 906</b>	<b>79 504</b>	<b>1 598</b>
Kjøp av off helsetjenester	2 183	567	1 230	-663
Kjøp av private helsetjenester	4 033	1 048	285	763
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	283 650	73 534	72 691	844
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	6 847	1 452	4 129	-2 677
Konserninterne gjestepasientkostnader	155	40	14	26
Lønn til fast ansatte	919 373	244 311	245 462	-1 150
Overtid og ekstrahjelp	68 124	13 523	22 128	-8 605
Pensjon	136 360	34 091	33 060	1 031
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-41 873	-10 468	-14 350	3 882
Annen lønn	157 711	41 222	39 523	1 699
Avskrivninger	0	0	0	0
Nedskrivninger	0	0	0	0
Andre driftskostnader	49 098	12 486	14 800	-2 314
Interne inntekter	-1 298 349	-338 869	-340 132	1 263
Interne kostnader	4 179	2 057	2 113	-55
<b>DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>291 491</b>	<b>74 996</b>	<b>80 953</b>	<b>-5 957</b>
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>0</b>	<b>2 909</b>	<b>-1 449</b>	<b>-4 358</b>



# 3. Økonomi - egendefinert

	Akk.Regn	Akk.Bud	Akk.Avvik	Bud.Apr	Bud.Mai	Bud.Jun	Bud.Jul	Bud.Aug	Bud.Sep	Bud.Okt	Bud.Nov	Bud.Des	Prog.2010
<b>Resultat</b>	22 432	19 113	-3 320	6 156	6 156	6 156	6 156	6 156	6 156	6 156	6 156	6 156	-4 670
<b>Sum inntekter</b>	<b>920</b>	<b>720</b>	<b>-200</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>0</b>
Inntektstype X	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	200
Inntektstype Y	520	420	-100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-100
Andre inntekter	300	200	-100	150	150	150	150	150	150	150	150	150	-100
<b>Sum varekostnader</b>	<b>13 771</b>	<b>12 601</b>	<b>-1 170</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>3 101</b>	<b>-1 170</b>
Varekostnad X	500	330	-170	330	330	330	330	330	330	330	330	330	-170
Varekostnad Y	271	271	0	271	271	271	271	271	271	271	271	271	0
Innleie	6 000	5 000	-1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	-1 000
Andre varekostnader	7 000	7 000	0	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	0
<b>Sum lønnskostnader</b>	<b>5 441</b>	<b>3 941</b>	<b>-1 500</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>1 762</b>	<b>-3 000</b>
Fastlønn	4 500	3 000	-1 500	1 190	1 190	1 190	1 190	1 190	1 190	1 190	1 190	1 190	-3 000
Variabellønn	139	139	0	139	139	139	139	139	139	139	139	139	0
Lønnskostnad X	520	520	0	150	150	150	150	150	150	150	150	150	0
Annen lønnskostnad	282	282	0	282	282	282	282	282	282	282	282	282	0
<b>Sum andre driftskostnader</b>	<b>2 300</b>	<b>1 850</b>	<b>-450</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>943</b>	<b>-500</b>
Andre driftskostnader X	600	700	100	140	140	140	140	140	140	140	140	140	300
Andre driftskostnader Y	700	400	-300	151	151	151	151	151	151	151	151	151	-600
Andre driftskostnader Z	500	250	-250	151	151	151	151	151	151	151	151	151	-200
Annen andre driftskostnader	500	500	0	500	500	500	500	500	500	500	500	500	0

Klinikken skal få mulighet til å fremstille resultatet på en hensiktsmessig måte tilpasset sin drift. Det er åpnet for selv å gruppere kontoer på en hensiktsmessig måte, men med et begrenset antall variabler, slik at fremstillingen likevel blir hensiktsmessig. Budsjet ut året, på samme gruppering, skal også fremgå av tabellen, slik at det blir lettere å rimelighetsvurdere prognose. (Ta bort denne boks ved innsending)

# 3. Økonomi - Innleie utenom avtale

## Beskrivelse Farge

Kontobruk samsvarer avtale

Feil kontobruk

Kjøp utenfor avtale



## Beskrivelse konto

Konto 4582 - Innleid pleiepersonell (inkl opphold og reise)

Konto 4583 - Innleide leger (inkl opphold og reise)

Konto 4589 - Diverse andre kjøp av helsetjenester

Avtale type	Konto 4582	Konto 4583	Konto 4589	Totalt
Andre helsepersonelltjenester	458 874	129 742	124 134	712 750
Sykepleiere	900 503	175 643	10 240	1 086 386
Legespesialister	-	-	-	-
Spl/Andre	3 229 496	361 604	127 813	3 718 913
Spl/Lege/Andre	3 021 461	248 544	710 333	3 980 338
Ikke avtale*	458 436	2 041 889	5 032 968	7 533 293
<b>Total hittil 2010 pr. artskonto</b>	<b>8 068 770</b>	<b>2 957 422</b>	<b>6 005 488</b>	<b>17 031 680</b>
<b>Andel ikke avtale</b>	5,7 %	69,0 %	83,8 %	44,2 %

\*Spesielt konto 4589 kan inneholde kjøp av helsetjenester som ikke nødvendigvis er bundet opp i disse avtalene, det som fremkommer som "Ikke avtale" må gjennomgås og kommenteres av klinikk.

Kommentar til bruk av innleie og hvorfor. Hvor stort er omfanget av bruk av innleie utenfor avtale?

# 3. Økonomi - Kommentarer

- **Inntekter**
  - Spesielle forhold som har betydning for inntektstall
- **Lønn**
  - Spesielle forhold som har betydning for lønnstall
- **Varekost**
  - Spesielle forhold som har betydning for varekostnader
- **Driftskostnader**
  - Spesielle forhold som har betydning for driftskostnader



# 3. Økonomi – Akk.avvik pr avd.

Pr. 31.01.2010 per 01 v11									
Alle beløp i TNOK									
2.2.2: Økonomisk resultat	Mnd.Avvik Tot. Klinik	Avd X	Avd Y	Avd XX	Avd YY	Avd YXX	Avd YZX	Avd YXY	Avd ZXY
Basisramme	0								
ISF egne pasienter	0								
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	0								
ISF -inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	0								
Gjestepasienter	48								
Konserninterne gjestepasientinntekter	-301								
Polikliniske inntekter	258								
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	0								
Andre øremerkede tilskudd	300								
Andre driftsinntekter	1 800								
<b>DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>2 105</b>								
Kjøp av off helsetjenester	316								
Kjøp av private helsetjenester	6 516								
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	-7 093								
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	288								
Konserninterne gjestepasientkostnader	25								
Lønn til fast ansatte	-1 110								
Overtid og ekstrahjelp	690								
Pensjon	290								
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	354								
Annen lønn	-3 273								
Avskrivninger	0								
Andre driftskostnader	-1 194								
Interne inntekter	21								
Interne kostnader	-133								
<b>DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>-4 301</b>								
<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-2 195</b>								



# 3. Økonomi - Status på effektivering av tiltak

Tiltaksbeskrivelse (tall i hele 1000)	Denne måned			Totalt 2010		
	Budsjett	Oppnådd	Avvik	Budsjett	Prognose	Avvik
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
Største tiltak xxx						
<b>Sum 10 største tiltak</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Sum andre tiltak						
<b>Sum totalt alle tiltak</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



# 3. Økonomi - Restutfordring

<b>Restutfordring</b>	<b>Mnok.</b>
Inngangsført 2010, vurdert av klinikk	-90,0
Ikke tiltaksrelaterte resultatforhold	0,0
Prognose på effekt 2010 av Tiltakspakke 1 (innmeldt 25.01.10)	25,7
Prognose på effekt 2010 av Tiltakspakke 2	17,5
Nye tiltak med effekt 2010	
<b>Prognose 31.12.10 (restutfordring)</b>	<b>-46,8</b>

Skal gi en fremstilling av sammenheng mellom årsestimat på resultat 31.12.10 og prognosert effekt av tiltak



# 3. Økonomi – Håndtering av restutfordring

Beskrivelse av hvordan restutfordring blir håndtert videre i klinikken



# 3. Økonomi - Retningslinjer for innkjøp

Status implementering	Utført dato	Kommentar
Er retningslinjene behandlet i avdelingsledermøte?		
Er retningslinjene behandlet i seksjonsledermøte?		
Er lister for mobiltelefon og hjemme pc komplettert?		
Er det vesentlige utfordringer knyttet til gjennomføring?		



# 4. HR – Bemanningsutvikling

Arsverk/mnd verk	V-Okt09	V-Nov09	V-Des09	V-Jan10	V-Feb10	V-Mar10	P-Apr10	P-Mai10	P-Jun10	P-Jul10	P-Aug10	P-Sep10	P-Okt10	P-Nov10	P-Des10
Brutto års/mnd verk	1 200	1 200	1 100	1 200	1 100	1 200	1 100	1 200	1 100	1 200	1 100	1 200	1 100	1 200	1 100
Netto års/mnd verk	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	900
<b>Sykefravær</b>	<b>V-Okt09</b>	<b>V-Nov09</b>	<b>V-Des09</b>	<b>V-Jan10</b>	<b>V-Feb10</b>	<b>V-Mar10</b>	<b>Årsverk:</b> V = Virkelig P = Plantall - skal henge sammen med resultatprognose og tiltaksprognose								
Klinikkens sykefravær	7,2 %	7,3 %	7,5 %	7,6 %	7,9 %	9,0 %									
<b>Turnover</b>	<b>V-Okt09</b>	<b>V-Nov09</b>	<b>V-Des09</b>	<b>V-Jan10</b>	<b>V-Feb10</b>	<b>V-Mar10</b>									
Turnover i prosent	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %									

## Definisjoner

**Brutto mnd.verk::** All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.

**Netto mnd.verk :** Månedsverk månedslønnede minus spesialsykepleieelever, UTA-tid, tillegg vaktordninger, overlegepermisjon, lønn ved fødselsperm, ferievikar og sykevikar.

**Turnover:** Prosentvis andel av fast ansatte som har sluttet i foretaket i forhold til antall fast ansatte.

# 4. HR – Sommerferieavvikling

Beskrivelse av håndtering i klinikk/enhet

# 4. HR – Tillitsvalgte og verneombud

Engasjert på nivå 3	Tillitsvalgt	Verneombud	Kommentar
Avdeling X	Ja	Ja	
Avdeling YY	Ja	Nei	
Avdeling XYY	Nei	Nei	
Avdeling XX	Ja	Ja	
Avdeling Y	Nei	Ja	
Avdeling PP	Ja	Ja	
Avdeling TP	Ja	Ja	

# 4. HR – Risiko på kompetanseområder

*Innen hvilke kompetanseområder i klinikken er det størst risiko for at omstillingen kan føre til dårligere pasient behandling/ redusert drift.*

*Tiltak i egen klinikk?*

*Tiltak utenfor egen klinikk?*



# 5. Annet

Tema X

- Punkt
- Punkt
- Punkt
- Punkt

Tema y

- Punkt
- Punkt
- Punkt
- Punkt

Tema z

- Punkt
- Punkt
- Punkt
- Punkt



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	22. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør Medisin og helsefag
Vedlegg:	1) Framdriftsplan Oslo Universitetssykehus – Akershus universitetssykehus 2) Kommunikasjonsplan 3) Felles risikovurdering Oslo universitetssykehus – Akershus universitetssykehus 4) Overføring Akershus universitetssykehus – risikovurdering 5) Overføringsprosjektet – rapportering til Helse Sør Øst 6) Foreløpig referat fra styringsgruppemøte

---

### **SAK 46/2010 OVERFØRING TIL AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG VESTRE VIKEN HF - STATUS**

#### **1. Bakgrunn**

I styremøte 24. mars 2010 fattet styret følgende vedtak i sak 25/2010 Status overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF:

- 1. Styret tar saken til orientering.*
- 2. Styret tar til orientering at administrerende direktør har varslet Akershus universitetssykehus om at det kan bli nødvendig å anbefale tre måneders utsettelse av tidspunkt for overføring av opptaksområde for å sikre at Oslo universitetssykehus får tilstrekkelig tid til å forberede og gjennomføre interne prosesser for å sikre en god håndtering av egne ansatte. Styret legger til grunn at det i dialog mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus etableres en felles forståelse av hva som vil være en god timeplan for overføringen for å sikre gode løsninger for pasientene og de ansatte.*
- 3. Styret viser til det arbeid som gjøres i regi av felles styringsgruppe for overføringsprosjektet, og ber om at det i neste styremøte presenteres en oppdatert og forankret risikovurdering og omforent framdriftsplan som viser hvordan de ulike aktivitetene i overføringsprosjektet vil fases inn i løpet av 2010 og 2011.*
- 4. Styret ber om en redegjørelse i neste styremøte for hvordan den felles styringsgruppen og overføringsprosjektet sikrer god involvering av brukere og ansattes organisasjoner,*

*herunder at de 12 prinsipper for medvirkning etterleves. Styret ber videre om å få fremlagt omforent kommunikasjonsplan knyttet til det felles overføringsprosjektet.*

5. *Styret merker seg videre at administrerende direktør legger til grunn at overflyttingen til Vestre Viken HF gjennomføres per 1. januar 2011.*

Styrets vedtak følges opp i denne saken.

## **2. Status for Akershus universitetssykehus HF sin overtakelse av tjenesteyteransvaret**

### **2.1 Framdriftsplan Oslo Universitetssykehus – Akershus universitetssykehus**

Det etablerte prosjektsekretariat mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus har i noen uker arbeidet med en fremdriftsplan som skal sikre overføringen innen fristen 1. januar 2011. Oslo universitetssykehus har hele tiden vurdert tidsrammen som meget krevende på grunn av mange samtidige prosesser i foretaket. I forkant av felles styringsgruppemøte med Akershus universitetssykehus i april, varslet ledelsen i Oslo universitetssykehus et ønske om å vurdere 3 måneders utsettelse/forlenget gjennomføringstid. Dette for å sikre tilstrekkelig tid til å forberede og gjennomføre interne prosesser og god håndtering av ansatte. Akershus universitetssykehus ønsket imidlertid å opprettholde framdriften i tråd med tidligere vedtak. De to sykehusene har etter denne avklaringen utarbeidet en omforent fremdriftsplan (vedlegg 1) for gjennomføringen av prosessen med tidsfrist 1. januar 2011. Foreløpig referat fra siste møte i styringsgruppen er lagt ved til orientering (vedlegg 6).

### **2.2 Sikring av medvirkning fra brukere, ansattes og kommuner.**

I foretakenes felles styringsgruppe er fire tillitsvalgte, hovedverneombud og brukerrådsmedlemmer fra begge foretakene representert. I tillegg deltar to fra bydelene i Oslo, to fra Rommeriks kommunene og to fra Follo-kommunene. For å ivareta kontinuitet og helhetsperspektiv i prosessen, er de samme tillitsvalgte og verneombudet representert i prosjektgruppa. Brukerutvalget i Oslo universitetssykehus holdes orientert om overføringsprosjektet.

Overføringsprosjektet er tema i ukentlige dialogmøter og uformelle møter med tillitsvalgte og vernetjenesten. Møtene benyttes til å presentere status, diskutere problemstillinger og håndteringen av sentrale spørsmål. I risikovurderingen har tillitsvalgte og verneombud sammen med brukerrådsmedlemmet deltatt aktivt.

Informasjon gis også løpende via ukebrev, informasjonssaker på intranett og allmøter ved Oslo universitetssykehus.

### **2.3 Kommunikasjonsplan**

Det er utarbeidet en felles kommunikasjonsplan (vedlegg 2) med Akershus universitetssykehus som er innrettet mot definerte målgrupper internt på sykehusene og eksterne interessenter. Hensikten er å sikre enhetlig og korrekt informasjon om overføringsprosjektets faser og prosesser, men også forståelse for prosjektets grunntanke. Enkeltelementer detaljeres i egne tiltaksplaner for hver milepæl.

Kommunikasjonsplanen ansees å være et "levende" dokument hvor det må tas høyde for endringer underveis og revidering av planen. Informasjonsplanen beskriver de planlagte og styrte aktiviteter. Utover dette planlegges det informasjonsmessig beredskap ved behov.

#### **2.4 IKT**

Det er igangsatt et felles arbeid med å identifisere omfang og overføringsmåte for pasientformasjon i mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Dette krever både juridiske og tekniske avklaringer.

#### **2.5 Virksomhetsoverdragelser**

I henhold til oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF blir følgende enheter virksomhetsoverdratt fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF fra det tidspunkt Akershus universitetssykehus overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo:

- Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB
- Furuset BUP og Follo BUP
- Ski sykehus

Virksomheten overføres i sin helhet til Akershus universitetssykehus i henhold til arbeidsmiljøloven § 16-1 og helseforetaksloven § 50. Akershus universitetssykehus vil overta enhetenes ansatte, eiendeler, rettigheter og forpliktelser.

Det nevnes herunder tre særegne forhold:

- 1) Leger med fast arbeidssted i Oslo universitetssykehus/Aker som ambulerer ved Dagkirurgisk enhet ved Ski, omfattes ikke av virksomhetsoverdragelsen.
- 2) Pasienter fra Bjerke bydel som betjenes ved Alna DPS avdeling Jerikoveien, tilhører Oslo sykehusområde. Allmennpsykiatrisk poliklinikk i Jerikoveien vil som en følge av dette ikke virksomhetsoverdras. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus etter virksomhetsoverdragelsen fortsatt kan leie arealer i Jerikoveien til poliklinikken.
- 3) Ullevål leier ansatte ved Ski sykehus til å drifte en blodtappetasjon. Det legges til grunn at dagens ordning for blodtappetasjonen videreføres og at Akershus universitetssykehus trer inn i Ski/Aker sine plikter og rettigheter i henhold til gjeldende avtale.

Personell som omfattes av virksomhetsoverdragelse har en rett til å bli med over til Akershus universitetssykehus, men ingen plikt. Dersom enkeltansatte reserverer seg mot overføring, bortfaller imidlertid ansettelsesforholdet ved Oslo universitetssykehus ved overføringstidspunktet.

Virksomhetsoverdragelse av ovennevnte virksomhetsenheter er drøftet med tillitsvalgte og verneombud.

#### **2.6 Frivillig overgang av ansatte i Oslo universitetssykehus til ansettelse i Akershus universitetssykehus og Vestre Viken**

I de tilfeller man ikke står overfor virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven kapittel 16, vil overgang av ansatte til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken bygge på frivillige overgangsordninger.

En felles retningslinje og timeplan for å sikre enhetlige regler og fremgangsmåte ved frivillig overgang av personell er under utarbeidelse. Dette vil være koordinerte prosesser der foretakene i fellesskap gjennomgår innmeldt interesse for overgang og sikrer at kritisk kompetansebehov avstemmes ut fra en helhetstenking. Retningslinjene skal bidra til å skape forutsigbarhet og trygghet i overgangsprosessene, samt bidra til et godt arbeidsmiljø og ivareta både ansatte og ledelsesmessige behov under overgangen.

Potensialet for frivillig overgang fra Oslo universitetssykehus bør avklares før Akershus universitetssykehus og Vestre Viken eventuelt starter ordinære rekrutteringsprosesser/ekstern rekruttering.

Retningslinjen vil bli drøftet med tillitsvalgte og verneombud før prosessen starter i henhold til omforente planer og spilleregler.

## **2.7 Psykisk helsevern fra Akershus universitetssykehus i Oslo universitetssykehus sine lokaler**

Akershus universitetssykehus har for tiden ikke egne lokaler for å overta virksomheten innen alderspsykiatri og psykose/sikkerhetspsykiatri (nivå 2). Helse Sør-Øst har bedt Akershus universitetssykehus om å vurdere drift av virksomheten i arealer som eies av Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus ser Akershus universitetssykehus sitt behov for arealer til psykisk helsevern og har kartlagt mulige alternativer. Imidlertid vil alternativene i ulik grad og på ulike måter, kunne svekke faglig og driftsmessig tilpasning av sykehusets egen virksomhet og frigjøring av overskuddsarealer. De mulige løsningene vil om kort tid bli vurdert og innstilling avklart. Eventuelle overgangsordninger og konsekvenser av preferert løsning vil kunne orienteres nærmere om etter denne avklaringen, tentativt i styremøte.

## **2.8 Avtalestruktur i forbindelse med overføringen**

Som et redskap i strukturering av ansvarsoverføringen har Oslo universitetssykehus begynt å sette opp utkast til avtalestruktur for overføringen av ansvaret til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. Avtalene vil avspeile og utvikles gjennom de løsninger partene finner for overføringen.

## **2.9 Overføring Akershus universitetssykehus – risikovurdering**

Det er utarbeidet en felles risikovurdering <sup>(vedlegg 3)</sup> og tiltaksplan som følges opp av overføringsprosjektet og styringsgruppen for overføringsprosjektet, i samråd med klinikk- og foretaksledelsen i Oslo universitetssykehus. Risikobildet for foretakene er ulikt fordi det er til dels ulike utfordringer til prosessen. Oslo universitetssykehus har derfor en risikovurdering fra sitt perspektiv hvor følgende seks risikofaktorer er vurdert som kritiske <sup>(vedlegg 4)</sup>:

1. Gjennomføring innen angitt tidsplan
2. Kontinuitet i pasientbehandlingen
3. Kompleks og krevende HR prosess
4. Kostnadskontroll/gjennomføringskostnader
5. Prosjektets omdømme
6. Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale

Det vil fremover bli gjort løpende vurdering av risikobildet samlet sett og for Oslo universitetssykehus. Risikoreduserende tiltak vil iverksettes og følges opp gjennom linjen.

### **3. Status for overføring til Vestre Viken**

Mandatet for overføringsprosjektet Oslo universitetssykehus – Vestre Viken er vedtatt i begge helseforetak. Første møte i styringsgruppen er berammet til 5. mai 2010. Forslag til fremdriftsplan skal behandles i begge foretak i uke 17. Fremdriftsplanen tar sikte på overføring av ansvaret Vestre Viken HF per 1. januar 2011.

### **4. Overføringsprosjektet – rapportering til Helse Sør Øst**

For å sikre nødvendig informasjonsutveksling, koordinering, rapportering og oppfølging av omstillingsprogrammet i hovedstadsprosessen, har administrerende direktør i Helse Sør Øst besluttet å etablere et særskilt oppfølgingsregime for hovedstadsprosessen. Dette fremgår i et notat fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene <sup>(vedlegg 5)</sup>. Fokus rettes særlig mot avhengigheter mellom foretakene i gjennomføringen av oppdragene. Oppfølgingen skal sikre at styret i det regionale helseforetaket og de respektive styrene i helseforetakene får løpende orientering om status og framdrift i omstillingsarbeidet. Samordnet informasjon forventes også å gi helseforetaksstyrene bedre grunnlag for vurdering av risiko og eventuelle behov for å sette inn korrigerende tiltak.

Det avholdes månedlige oppfølgingsmøter med følgende deltakere:

- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styreleder og administrerende direktør i:
  - Oslo universitetssykehus HF
  - Akershus universitetssykehus HF
  - Vestre Viken HF

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF innkaller og leder møtene.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar redegjørelsen til orientering og vedlagte fremdriftsplan og risikovurdering til etterretning.*

Oslo den 22. april 2010

Siri Hatlen

Vedlegg 1 Fremdriftsplan overføringsprosjektet OUS – Ahus presentert på styringsgruppemøte 08.04.2010.

ID	Aktivitetsnavn	Ansvar	Start	Slutt	K2 09		K3 09		K4 09		K1 10		K2 10		K3 10		K4 10		K1 11							
					mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb
					1	<b>Etablering av fellessekretariat</b>		<b>06.11.2009</b>	<b>25.02.2011</b>																	
2	Forberedende aktiviteter, felles og ved begge foretak		06.11.2009	31.12.2009																						
3	Felles prosjektstab		06.11.2009	25.02.2011																						
4	<b>Styringsgruppe</b>		<b>26.11.2009</b>	<b>25.02.2011</b>																						
5	Mandat for overføringsprosjektet		26.11.2009	03.12.2009																						
6	Gjennomføre rapportering til styringsgruppen i hht. plan		03.12.2009	25.02.2011																						
7	Gjennomføre løpende riskovurd., rapp. til SG i hht. plan		08.01.2010	02.12.2010																						
8	Justere milepælsplan – planlegge høstens aktiviteter		25.03.2010	16.06.2010																						
9	<b>Rammebetingelser aktivitet og personell</b>		<b>13.11.2009</b>	<b>10.05.2010</b>																						
10	Avklare metode somatikk og Psykisk helsevern		13.11.2009	18.12.2009																						
11	Avklare grunnlagsdata TSB		13.11.2009	15.04.2010																						
12	Øke presisjonsnivået og konkl. hovedomfang for overføring - Somatikk og psykisk helsevern		18.12.2009	25.01.2010																						
13	Øke presisjonsnivået og konkl. Hovedomfang for overføring TSB		18.12.2009	15.04.2010																						
14	Avklare omfang av avtalt overføring.		08.01.2010	28.01.2010																						
15	Avklare omfang personelloverføring virksomhetsoverdragelser		01.12.2009	26.02.2010																						
16	Avklare omfang ØK. Og eiendom Av virksomhetsoverdragelser		01.12.2009	22.04.2010																						
17	Avklare grunnlagsdata medisinske støttefunksjoner		01.12.2009	30.04.2010																						
18	Avklare grunnlagsdata ikke-Medisinske støttefunksjoner		01.12.2009	30.04.2010																						
19	Ahus avklarer aktivitet innen PH det er behov for i OUS sine lokaler		13.01.2010	21.01.2010																						
20	Arealbehov for Ahus i OUS lokaler avklares		08.01.2010	10.05.2010																						
21	Avklare konkret behov for personell og komp. Som. PH, TSB		29.01.2010	26.03.2010																						
22	Avklare konkret behov for pers og komp med og ikke med støtte		26.02.2010	15.04.2010																						
23	<b>FOU</b>		<b>12.04.2010</b>	<b>16.06.2010</b>																						
24	Avklare omfang UIO og høgskoler		12.04.2010	30.04.2010																						
25	Etablere førsteutkast for overføring av FOU-aktivitet		12.04.2010	30.04.2010																						
26	Endelig plan for overføring av FOU-aktivitet		18.05.2010	16.06.2010																						
27	<b>Kommunikasjon</b>		<b>13.11.2009</b>	<b>31.12.2010</b>																						
28	Etablere felles kommunikasjonsplan		13.11.2009	08.01.2010																						
29	Etablere tidsplan for å holde infomøter internt og eksternt		08.01.2010	28.01.2010																						
30	Informasjonsmøter om oppstart, internt og eksternt		28.01.2010	25.03.2010																						
31	Informasjonsmøter internt og eksternt		26.03.2010	31.12.2010																						
32	Intern og eksternt prosjekttale		08.01.2010	31.12.2010																						
33	<b>HR - overføring av personell</b>		<b>10.06.2009</b>	<b>31.12.2010</b>																						
34	Etablere avtale om indre arbeidsmarked		10.06.2009	31.12.2009																						
35	Etablere modell for overføring av personell		07.01.2010	23.02.2010																						
36	Utforme utvalgsriterier og prosedyrer		18.01.2010	26.03.2010																						
37	Identifisere personell for overføring		06.04.2010	16.06.2010																						
38	Samkjøre handl. pl for pers overføring og oppl plan OUS og Ahus		16.08.2010	30.09.2010																						
39	Gjennomføre overføring		31.12.2010	31.12.2010																						
40	<b>Økonomi</b>		<b>01.10.2009</b>	<b>31.12.2010</b>																						
41	Driftsimulering opp- og nedskalering av inntektsbilde		01.10.2009	30.04.2010																						
42	Avklare økonomiske rammebetingelser PH og TSB		01.12.2009	01.09.2010																						
43	Avklare og konstruere nye åpningsbalanser i 2011		15.02.2010	31.12.2010																						
44	<b>Overføring av eiendom avtaler m.m.</b>		<b>01.12.2009</b>	<b>31.12.2010</b>																						
45	Etablere en modell for å gjennomføre virksomhetsoverdragelse		01.03.2010	30.04.2010																						
46	Utarbeide underlag for vurdering av arbeidsomfang IKT-området		01.12.2009	30.04.2010																						
47	Søknad om investeringsmidler IKT Ahus - OUS		01.12.2009	25.02.2010																						
48	Implementere teknisk infrastruktur - tilgjengeliggjøre klinisk info.		01.06.2010	31.12.2010																						
49	Klartgjort for virksomhetsoverdragelser		03.05.2010	31.12.2010																						
50	Etablere avtaler for drift av psykisk helsevern i OUS lokaler		01.03.2010	01.09.2010																						
51	<b>Klinisk ibruttagelse</b>		<b>15.04.2010</b>	<b>30.06.2010</b>																						
52	Etablere konkret plan for ut- og innfasing endrede opptaksområder		15.04.2010	30.06.2010																						
53	Etablere plan for å endre pasientstrømmer		30.04.2010	30.06.2010																						
54	<b>Kulturprosjekt</b>		<b>01.04.2010</b>	<b>30.06.2010</b>																						
55	Etablere plan for felles kulturaktiviteter		01.04.2010	30.06.2010																						
56	<b>Overføring</b>		<b>31.12.2010</b>	<b>31.12.2010</b>																						



## **Kommunikasjonsplan**

Kommunikasjonsplanen er overordnet og delt, og rettet mot et definert sett målgrupper, både internt på sykehusene og eksterne interessenter. Hensikten er å sikre enhetlig og korrekt informasjon om overføringsprosjektets mange delrposesser, samt forståelse for prosjektets grunntanke.

Enkeltelementer i planen detaljeres i egne tiltaksplaner for hver milepæl.

Kommunikasjonsplanen er et levende arbeidsdokument, og det tas høyde for endringer underveis, med ditto revidering av planen om utfordringsbildet endres betydelig. Denne informasjonsplanen er våre planlagte og styrte aktiviteter. Av erfaring vil det være behov for informasjonsmessig beredskap når det kommer tema som må besvares av prosjektgruppen. Hovedbudskapene vil uansett være førende for hvordan vi håndterer og svarer på utfordringer.

## **Interessenter**

Følgende interessenter vies spesiell oppmerksomhet i kommunikasjonsarbeidet i forbindelse med overføringsprosjektet.

- Ansatte
- Befolkningen/brukerne
- Fastleger
- Universitetet i Oslo og høyskoler
- Andre HF
- Oslo kommune sentralt
- Kommuner og bydeler
- Politikere
- Medier

## **Kommunikasjonsutfordringer:**

- Prosjektets omdømme kan stå i fare om det sås tvil om beslutningen, beslutningsgrunnlaget eller gjennomføringen. Politisk drakamp om opprinnelig beslutning kan endre premissene for overføringsprosjektet. Spesielt gjelder dette overføringen til Ahus.
- Overføring får konsekvenser for ansatte, brukere, eksterne aktører (primærhelsetjenesten, andre helseforetak osv.). Det er en utfordring å nå ut med god informasjon til et vidt spekter av aktører med forskjellige informasjonsbehov. Kommunikasjonen må skreddersys til de ulike målgruppene samtidig som det er viktig å være mest mulig enhetlig i hovedbudskap.
- Stort antall involverte vil også øke antallet synspunkter om overføringen. Kommunikasjonsplanen må ta høyde for og møte disse utfordringene gjennom faktabasert informasjon og samordning av budskap mellom helseforetakene.

## **Hovedbudskap:**

- God pasientbehandling, god ressursutnyttelse i helseregionen og god og ivaretagelse av ansatte og fagmiljø har vært førende for planleggingen og iverksettelse av overføringen
- Overføringsprosjektet har hatt tett dialog og samarbeid med de andre helseforetakene i Osloregionen, berørte kommuner, medarbeidere, brukere, tillitsvalgte og verneombud.
- Overføringene er i tråd med endringer av opptaksområder i Osloregionene og sikrer god pasientbehandling og fremtidig fagutvikling

## 1. Kartlegging og risikovurdering av mulige risikofaktorer

ID	Risikofaktorer som skal Kartlegges og vurderes	Mulig årsak/ begrunnelse	Forebyggende rutiner/ Prosedyrer	Mulige konsekvenser	Sannsynlighet					Konsekvens				
					Meget liten	Liten	Moderat	stor	Svært stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
<b>PASIENTBEHANDLING</b>														
1	Tap av fagkompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frafall av personell i overføringen</li> <li>Behandlingsmiljøer blir for små til å opprettholde god faglig kvalitet</li> <li>Ahus har ikke egen avdeling for geriatri</li> <li>Kunnskapen om kultursensitiv behandling ved Ahus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Likeverdige helsetjenester – pasientrettighetsloven</li> <li>Avtale om internt arbeidsmarked</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ikke likeverdige tjenester</li> <li>Manglende stabil personellkapasitet og kompetanse</li> <li>Dårligere pasientbehandling og – sikkerhet</li> <li>Splitting av etablerte fagmiljø OUS</li> <li>Omsorgsnivået reduseres</li> </ul>			x							x
2	Økning i ventelistene / ventetid, redusert kapasitet i behandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omstillingsprosessen tar tid og fokus fra pasientbehandlingen/-omsorg</li> <li>Ulike kulturer og måter å organisere tjenestene på ved de to foretakene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventelistegarantien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redusert behandlings tilbud</li> </ul>				x						x
3	Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingstilbudet innen Psykisk helsevern driftes ulikt ved de to sykehusene</li> <li>Pasienter som behandles for alvorlige sykdommer risikerer å bytte leger og behandlings-miljø</li> <li>Ulike IKT system kompliserer prosessen:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opptappingsplan TSB</li> <li>Samhandlings-reformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulighet for feilbehandling</li> <li>Dårligere pasientbehandling og – sikkerhet</li> <li>Pasienter kan falle ut av behandlings-systemet</li> </ul>			x							x

					Sannsynlighet					Konsekvens				
ID	Risikofaktorer som skal kartlegges og vurderes	Mulig årsak/ begrunnelse	Forebyggende rutiner/ Prosedyrer	Mulige konsekvenser	Meget liten	Liten	Moderat	stor	Svært stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
4.	Endring av samhandlingsstruktur for kommuner/bydel og foretak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosedyrer for inn- og utskrivning ved foretakene er ulik</li> <li>• Samhandlingsstrukturen er ulik</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tap av gode samarbeidsrelasjoner</li> <li>• Mindre kontinuitet i pasientbehandlingen</li> </ul>		x					x			
5.	Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende/ikke riktig informasjon om kapasitet ved Ahus 2011</li> <li>• Manglende informasjon om omstillingsprosessen til brukere, ansatte og eksterne aktører</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedtak om endrede opptaksområder i Helse Sør Øst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusert omdømme</li> <li>• Unødig usikkerhet for brukere og ansatte</li> </ul>			x						x	
<b>ANSATTE</b>														
6	Fordeling av personell / mellom de to sykehusene etter omstillingen er ikke i samsvar med kompetansebehov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metode for omstilling og overføring av personell er ikke dekkende for kompleksiteten i prosessen</li> <li>• Metode for omstilling og overføring følges ikke</li> <li>• Bemanningstilpasning begge helseforetak gjennomføres i 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle avtaler og lovverk innen HR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overtallighet av ansatte og ledere ved OUS</li> <li>• Mangel på personell ved Ahus</li> </ul>			x						x	
7	Motstand mot endring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende tillit</li> <li>• Omstillingstrøtthet</li> <li>• Tidspress</li> <li>• Fare for at ansatte i OUS ikke ønsker å bytte arbeidsplass</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør Øst</li> <li>• Avtale om felles indre arbeidsmarkes</li> <li>• Omstillingsavtalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrygghet i arbeidsmiljøet</li> <li>• Forsinkelser i prosessen</li> </ul>			x					x		
8	Ikke nok leder- og HR kapasitet, inklusive juridisk kapasitet knyttet til	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For lite kapasitet til gjennomføring av personell-</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosess kan forsinkes</li> </ul>			x						x	

					Sannsynlighet					Konsekvens				
ID	Risikofaktorer som skal Kartlegges og vurderes	Mulig årsak/ begrunnelse	Forebyggende rutiner/ Prosedyrer	Mulige konsekvenser	Meget liten	Liten	Moderat	stor	Svært stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	omstillingsprosessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kartleggingsamtaler i OUS</li> <li>• Omfattende prosess med beskrivelse av personell- og kompetansebehov i Ahus</li> </ul>												
9	Tap av nøkkelpersonell i 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omstillingsusikkerhet</li> <li>• Nøkkelpersonell søker seg til andre virksomheter</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel på kompetanse i begge HF</li> </ul>			x						x	
<b>ØKONOMI</b>														
10	Omstillingskostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusert aktivitet i omstillingsprosessen</li> <li>• Kostnader ved flytting</li> <li>• IKT tilpasninger</li> <li>• Investeringskostnader</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økte kostnader</li> <li>• Omstillingskostnader kan påvirke driftsbudsjett for 2010 og 2011</li> <li>• Redusert inntekt</li> </ul>				x						x
11	Endrede pasientstrømmer - retten til fritt sykehusvalg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potensielt stort volum av pasienter som kan ønske å opprettholde OUS som sitt lokal- og områdesykehus</li> <li>• Usikkerhet rundt gjestepasientoppgjør</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Underfinansiering av aktivitet for OUS</li> <li>• Kapasitetutfordringer i OUS</li> <li>• Økt ventetid</li> </ul>			x						x	
12	Framdriften i prosjektet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stort omfang av aktiviteter, kort tidsramme</li> <li>• Ulike fokus mellom avgiver og mottaker</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økte kostnader</li> <li>• Midlertidig forringet pasienttilbud</li> </ul>				x						x
13	Periode med redusert aktivitet og inntekt – fra høst 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Store pasient og personell forflytninger</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusert inntekt</li> </ul>			x						x	

## 2. Risikomatrise

Sett ID-nummeret på de uønskede hendelsene fra kartleggingsskjemaet inn i risikomatrisen der sannsynlighet møter konsekvens.

KONSEKVENNS		SANNSYNLIGHET				
NR	Betegnelse	1. Meget liten	2. Liten	3. Moderat	4. Stor	5. Svært stor
5	Svært alvorlig				10 12	
4	Alvorlig			1 3 5 6 9 11 8 13	2	
3	Moderat			7		
2	Lav		4			
1	Ubetydelig					

1. Tap av fagkompetanse  
 2. Økning i ventelistene / ventetid, redusert kapasitet i behandlingen  
 3. Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen  
 4. Endring av samhandlingsstruktur for kommuner/bydel og foretak  
 5. Informasjon  
 6. Fordeling av personell mellom de to sykehusene er ikke i samsvar med kompetansebehov  
 7. Motstand mot endring  
 8. Ikke nok leder- og HR kapasitet inklusiv juridisk kapasitet knyttet til omstillingsprosessen  
 9. Tap av nøkkelpersonell i 2010  
 10. Omstillingskostnader  
 11 Endrede pasientstrømmer - fritt sykehusvalg  
 12. Framdriften i prosjektet  
 13. Periode med redusert aktivitet og inntekt fra høst 2010 og videre

## 3. Tiltaksplan

ID	Risikofaktorer	Forslag til tiltak	Ansvarlig	Tidsfrist milepælnr i parentes		Status
<b>PASIENTBEHANDLING</b>						
1	Tap av fagkompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegging av ansatte som ønsker overføring</li> <li>• Årvåkenhet og særlig vurdering mht potensiell oppsplitting av fagmiljøer som kan bli for små for å opprettholde god behandlingskvalitet.</li> <li>• Involvere OUS personale i kompetanse-overføringsplaner</li> <li>• Gjennomføring av prosjekt likeverdige helsetjenester ved Ahus</li> <li>• Ahus gjennomfører eget prosjekt på geriatri og rehabilitering</li> <li>• Ahus etablerer kontakt med internasjonalt råd i Alna Bydel</li> <li>• Tematikk løftes inn i arbeidsselleskapet som starter opp 15.02 mellom alle bydeler og alle sykehus som dekker Oslo, samt Oslo kommune om kulturutfordringer.</li> </ul>	Felles prosjektstab	16.06.10 (37)  <b>26.03.10. (21)</b>  30.09.10. (38)  31.12.10		
2	Økning i ventelistene / ventetid, redusert kapasitet i behandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HR og linjelederstøtte til alle medarbeider som berøres av omstillingsprosessen</li> <li>• Kortest mulig overføringstid</li> <li>• Omstillingsmidler til (delvis) frikjøp av sentrale prosjektmedarbeidere</li> <li>• Se til erfaringene fra tidligere overføringsprosesser</li> </ul>		31.12.10.		

ID	Risikofaktorer	Forslag til tiltak	Ansvarlig	Tidsfrist milepælnr i parentes		Status
3	Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon/kommunikasjon</li> <li>• Fokus på tilgjengelighet for pasientene</li> <li>• Informasjon til / dialog med fastleger</li> <li>• Overføringsrutiner for pasienter</li> <li>• Etablere faglig samarbeid i forkant av overføring, samt informasjon til befolkningen om endringene</li> </ul>		31.12.10. (31)  høst (52 og 53)		
4.	Endring av samhandlingsstruktur for kommuner/bydel og foretak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktpersoner og prosedyrer ved henvisning – behandling, og etter utskrivning revideres og tilpasses</li> <li>• Etablere nye samarbeidsavtaler</li> <li>• Dialog og informasjon mot fastleger, legevakt, bydeler og kommuner</li> </ul>		høst (52 og 53)		
5	Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles informasjonsplan</li> <li>• Informasjon via hensiktsmessige kanaler, tilstrekkelig og riktig – til alle interessenter internt og eksternt</li> </ul>		25.03.10 (30)  31.12.10 (31)		
<b>ANSATTE</b>						
6	Fordeling av personell / mellom de to sykehusene etter omstillingen er ikke i samsvar med kompetanse-behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begge foretak har eierskap og lojalitet til HR metoden og totalprosessen</li> <li>• Tett dialog og samspill med TV/ VO</li> <li>• Detaljert plan for overføring av personale</li> </ul>		16.06.10 (37)  30.09.10 (38)		

ID	Risikofaktorer	Forslag til tiltak	Ansvarlig	Tidsfrist milepælnr i parentes		Status
7	Motstand mot endring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon TV/VO og ledere. Rask avklaring.</li> <li>• Hospitering – møteplasser.</li> <li>• Holdninger/kulturarbeid begge sykehus</li> </ul>		31.12.10		
8	Ikke nok leder- og HR kapasitet, inklusive juridisk kapasitet knyttet til omstillingsprosessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimere behov for HR kompetanse og kartlegge tilgjengelige ressurser.</li> <li>• Opplæring av linjeledere</li> <li>• Vurdere innleie av ekstra ressurser ved behov</li> </ul>		16.06.10 (37)		
9	Tap av nøkkelpersonell i 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon/dialog/medvirkning</li> </ul>		31.12.10		

## ØKONOMI

10	Omstillingskostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge fremdrift i milepælplan</li> </ul>		31.12.10.		
11	Konsekvenser av retten til fritt sykehusvalg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon (starte prosess vår 2010) til henvisende fastleger og avtalespesialister</li> </ul>		31.12.10 (32)		
12	Framdriften i prosjektet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lojalitet til milepælplanen</li> </ul>		31.12.10.		
13	Periode med redusert aktivitet og inntekt – fra høst 2010 og videre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode planleggingsprosesser med stor grad av gjensidig involvering fra begge sykehus ifht overlappende områder</li> </ul>		30.04.10. (41) 31.12.10. (43)		



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

Pasient – ansatte – økonomi - omdømme

				Sannsynlighet					Konsekvens				
ID	Risikofaktorer	Mulig årsak/ begrunnelse	Mulige konsekvenser	Meget liten	Liten	Moderat	stor	Svært stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
1	Gjennomførings innen angitt plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stort omfang av komplekse aktiviteter innen kort tidsramme krever stort fokus fra klinikklederne</li> <li>Redusert ledelsesmessig kapasitet til gjennomføring for Dag 3 planlegging</li> <li>Arealer for psykisk helse Ahus i OUS lokaler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forsinket framdrift i deleprosesser kan ha konsekvens for overordnet masterplan, særlig areal- og flytteprosess knyttet til samlokalisering av OUS for Dag 3</li> </ul>				x					x	
2	Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endring av samhandlingsstruktur OUS – Ahus - kommuner - bydeler</li> <li>Endret behandlingsrelasjon for kronisk syke</li> <li>IKT – overføring av pasientinformasjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Midlertidig redusert behandlingstilbud</li> <li>Økning i ventelister/ventetid</li> </ul>			x						x	
3	Kompleks og krevende HR prosess med fare for overtallinghet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansattes usikkerhet om egen arbeidssituasjon</li> <li>Motstand mot endring</li> <li>Ikke nok leder- og HR/ juridisk støtte knyttet til kompetansekartleggingsprosess og innplasseringsprosess før Dag 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tap av nøkkelpersonell/ fagkompetanse</li> <li>Overtallighet innen stab og støtte-funksjoner</li> </ul>				x					x	
4	Kostnadskontroll/gjennomføringskostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>IKT – pga overføring av pasientdata</li> <li>Tap av nøkkelpersonell/ fagkompetanse</li> <li>Økt sykefravær</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økte lønnsutgifter for å erstatte/supplere nøkkelpersonell /fagkompetanse</li> <li>Redusert aktivitet</li> </ul>				x				x		
5	Prosjektets omdømme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brukere, ansatte, eksterne aktører og media opplever mangelfull og ikke konsistent informasjon om omstillingsprosessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unødig usikkerhet for brukerne og ansatte</li> <li>Uheldig påvirkning på arbeidsmiljøet</li> <li>Negativ relasjon til eksterne samarbeidspartnere</li> <li>Svekket OUS omdømme</li> </ul>			x						x	

				Sannsynlighet				Konsekvens					
6	Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor arbeids belastning på ansatte og ledere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dårlig arbeidsmiljø</li> <li>• Økt sykefravær</li> </ul>				x						x

### Risikomatrise

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

1. Gjennomførings innen angitt plan
2. Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen
3. Kompleks og krevende HR prosess.med fare for overtallinghet
4. Kostnadskontroll
5. Prosjektets omdømme
6. Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale

Forutsatt gjennomføring av foreslåtte tiltak vil sannsynlighet og konsekvens av identifiserte risikofaktorer reduseres – slik pilene i matrisen angir.

### Tiltaksplan

ID	Risikofaktorer	Tiltak for å redusere risiko	Status gjennomgås regelmessig på klinikkleder møtet
1	Gjennomførings innen angitt plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge fremdriftsplanen</li> <li>• Samkjøre areal og overføringsprosjektet – ut- og innfasing av aktivitet i henhold til Dag 3 redesign</li> <li>• Gode planleggingsprosesser med stor grad av gjensidig involvering fra begge sykehus</li> </ul>	
2	Manglende kontinuitet i pasientbehandlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvere avdeling for samhandling for å kartlegge og planlegge aktiviteter innen å snu pasientstrømmer</li> <li>• Overføringsrutiner for pasienter <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontaktpersoner og prosedyrer ved henvisning – behandling, og etter utskrivning revideres og tilpasses</li> <li>○ Utarbeide retningslinjer for overføring/ivaretagelse av kronisk syke / alvorlig syke pasienter med tett relasjon til behandlere ved OUS</li> </ul> </li> <li>• Informasjon til befolkningen om endringene <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dialog og informasjon mot fastleger, avtalespesialister, legevakt, bydeler og kommuner</li> </ul> </li> <li>• Kortest mulig overføringstid</li> <li>• Se til erfaringene fra tidligere overføringsprosesser</li> </ul>	
3	Kompleks og krevende HR prosess med fare for overtallinghet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begge foretak har eierskap og lojalitet til HR metoden og totalprosessen</li> <li>• Tett dialog og samspill med TV/ VO</li> <li>• Opplæring av linjeledere</li> <li>• Estimere behov for HR kompetanse og kartlegge tilgjengelige ressurser</li> <li>• Raske avklaringer</li> <li>• Kartlegging av ansatte som ønsker overføring</li> <li>• Årvåkenhet og særlig vurdering mht potensiell oppsplitting av fagmiljøer som kan bli for små for å opprettholde god behandlingskvalitet.</li> <li>• Hospitering – møteplasser – holdnings- og kulturarbeid begge sykehus</li> </ul>	
4	Kostnadskontroll/gjennomføringskostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvere OUS personale i kompetanseoverføringsplaner</li> <li>• Styrte arbeide med aktivitetene innen HR og IKT</li> <li>• Kartlegging av konsekvenser i berørte klinikker, oppfølging på aktivitet, sykefravær og turnover på nøkkel personell</li> </ul>	

ID	Risikofaktorer	Tiltak for å redusere risiko	Status gjennomgås regelmessig på klinikkleder møtet
5	Prosjektets omdømme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles informasjonsplan OUS - Ahus</li> <li>• Informasjon via hensiktsmessige kanaler, tilstrekkelig og riktig – til alle interessenter internt og eksternt</li> </ul>	
6	Arbeidsmiljø og belastning på nøkkelpersonale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdere å innleie av ekstra ressurser ved behov</li> <li>• Tett dialog og samspill med TV/ VO</li> <li>• Følge nøye med sykefravær statistikk både kort- og langtids fravær</li> </ul>	

21.04.2010.

## Notat

**Til:** Administrerende direktører v/Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF  
**Fra:** Administrerende direktør Bente Mikkelsen, Helse Sør-Øst RHF  
**Kopi:** Styret i Helse Sør-Øst RHF (styreseminar 15/4 2010)  
**Dato:** 8. april 2010

### Oppfølging av omstillingsprogrammet – hovedstadsprosessen

#### 1. Bakgrunn og formål

Helse Sør-Øst RHF har gjennom vedtakene i styresakene 108-2008 og 130-2008 satt i verk et omfattende omstillingsprogram. Det er særlig i hovedstadsområdet hvor det skal gjøres samtidige endringer i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken som krever særskilt koordinering og oppfølging på tvers av helseforetakene og i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

I vedtaket i sak 108-2008, punkt 10 er det lagt til grunn at;

- *Ansvar for tjenester til befolkningen i bydel Alna i Oslo og Follo i Akershus overføres fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde innen 31.12.10. Det vurderes om slik overføring kan påbegynnes fra et tidligere tidspunkt.*

Videre heter det i vedtakets punkt 12 blant annet;

- *Følgende enheter virksomhetsoverdras fra det tidspunkt Akershus universitetssykehus HF overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo:*
  - *Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB*
  - *Furuset BUP og Follo BUP*
  - *Ski sykehus*
- *Den delen av institusjonstilbudet innen psykisk helsevern i Oslo som betjener befolkningen i Follo og bydel Alna overdras til Ahus fra det tidspunkt Ahus overtar ansvaret for denne befolkningen.*

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27.november 2008 ble styrets vedtak i omstillingsprogrammet behandlet og styrets vedtak for omstilling i Helse Sør-Øst ble stadfestet.

I foretaksmøter i 2009 i Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er oppfølgingen av det vedtatte omstillingsprogrammet, jfr. også plan for strategisk utvikling (sak 130-2008), gjort bindende for foretakenes videre oppfølging.

Oppdragene er også gitt i egne oppdragsbrev

- Brev til AHUS og Oslo universitetssykehus datert 25.05.2009 om etablering av et overføringsprosjekt
- Brev til Oslo universitetssykehus datert 18.09.2009 om funksjonsfordeling i sykehusområde Oslo
- Brev til Vestre Viken datert 01.10.2009 om "Endring av pasientstrømmer i mellom Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF som følge av etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst"

Disse oppdragsbrevene er også tatt inn i Oppdrag og bestilling 2010 og bekreftet i foretaksmøter i februar 2010.

Det har også vært avholdt særskilte orienteringsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og de tre foretakene. I tillegg har b dette vært tema i de ordinære oppfølgingsmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og foretakene.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet i møte 17. februar 2010 sak om oppdrag og bestilling 2010 fra Helse Sør-Øst RHF. Styret vedtok i den sammenheng å be om et særskilt møte med Helse Sør-Øst RHF. Dette møtet ble gjennomført 8. mars 2010 og det foreligger en egen oppsummering fra dette møtet. I nytt styremøte i Oslo universitetssykehus HF 24. mars vedtok styret å ta oppdrag og bestilling 2010 til etterretning.

Styreleder og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF hadde 17. mars et møte med Helse- og omsorgsdepartementet hvor det ble orientert om utfordringene for Oslo universitetssykehus. I dette møtet deltok også styreleder og administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF.

Styret i Helse Sør-Øst RHF ba i møte 4. mars 2010 om en nærmere orientering fra administrerende direktør om status for gjennomføringen av omstillingsprogrammet, særlig knyttet til hovedstadsområdet. Dette vil bli ivare tatt gjennom et eget styreseminar i tilknytning til styremøtet 15. april, hvor også Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF deltar.

For å sikre nødvendig informasjonsutveksling, koordinering, rapportering, og oppfølging har administrerende direktør besluttet å etablere et særskilt oppfølgingsregime for hovedstadsprosessen. Dette kommer i tillegg til det etablerte rapporterings- og oppfølgingsregimet som omfatter alle helseforetakene/sykehusområdene. Fokus vil særlig være rettet mot de avhengighetene som er mellom foretakene i gjennomføringen av oppdragene. Oppfølgingsregimet for hovedstadsprosessen skal sikre at styret i det regionale helseforetaket og de respektive styrene i helseforetakene får løpende orientering om status og framdrift i omstillingsarbeidet og utgjøre en del av grunnlaget for helseforetaksstyrenes vurdering av risiko og eventuelt behov for å sette inn korrigerende styringsmessige tiltak. Informasjonsutvekslingen vil også danne grunnlag for en felles informasjon fra det regionale foretaket og de enkelte foretak.

## **2. Regelmessige oppfølgingsmøter**

Det avholdes månedlige oppfølgingsmøter med følgende deltakere:

- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styreleder og administrerende direktør i:
  - Oslo universitetssykehus HF
  - Akershus universitetssykehus HF
  - Vestre Viken HF

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF innkaller og leder møtene. Tema i møtene vil være gjennomgang av den regelmessige rapporteringen fra overføringsprosjektene og problemstillinger som knytter seg til dette. Deltakelse i møtene ut over de som er nevnt, besluttes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF vil i de ordinære oppfølgingsmøtene med eieravdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgå tilsvarende rapportering om gjennomføringen av hovedstadsprosessen.

## **3. Nærmere om grunnlag, tema og innhold i oppfølgingsmøtene**

Hovedformålet med dette oppfølgingsregimet er altså å sikre framdrift, nødvendig koordinering og rapportering om det igangsatte omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet samt sikre et felles informasjonsgrunnlag om pasienttilbudet, framdrift etc.. Grunnlaget er gitt gjennom RHF-styrets vedtak i sak 108-2008 og plan for strategisk utvikling. Disse er gjort bindende for helseforetakene i foretaksmøter i 2009 og 2010. Videre vil de særskilte oppdragene som er gitt til Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF om overføring av opptaksområder og pasientbehandling inngå i grunnlaget for oppfølgingen.

Det forutsettes at det foreligger omforente og styrevedtatte framdriftsplaner i alle tre helseforetakene som gir en detaljert oversikt over alle aktiviteter og milepæler i overføringsprosjektene. Oppfølgingsmøtene vil konsentrere seg om å se til at de vedtatte aktiviteter gjennomføres i henhold til plan. Videre vil en gjennomgå oppdaterte risikovurderinger og de tiltak som iverksettes for å redusere risiko og sikre framdrift i arbeidet. Ut over dette vil også møtet kunne drøfte aktuelle tema/saker med relevans for det oppdraget som skal gjennomføres og identifisere aktuelle saker av felles interesse som bør fremmes for behandling i HF-styrene, basert på felles saksutredninger fra de tre helseforetakene.

## **4. Fast rapportering til styrene i helseforetakene, RHF-styret og Helse- og omsorgsdepartementet**

Det utvikles en enkel mal for felles rapportering fra gjennomføringen av hovedstadsprosessen som legges frem for de tre styrene i helseforetakene, RHF-styret og som oversendes Helse- og omsorgsdepartementets eieravdeling.

De tre helseforetakene skal innen fastsatt frist utarbeide månedlige rapporter som viser framdrift på de planlagte aktiviteter, risiko og iverksatte og planlagte nye tiltak i tråd med de oppdrag som er gitt. Det utarbeides delrapporter for følgende aktiviteter;

- Overføringen mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus

- Overføringen av funksjoner mellom Oslo universitetssykehus og Vestre Viken
- Overføringen av funksjoner mellom Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Disse rapportene behandles i oppfølgingsmøtet. I tillegg vil aktiviteter knyttet til funksjonsfordelingen innad i sykehusområde Oslo (med de private sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet) være tema i møtet. Disse sykehusene involveres på egnet vis gjennom dette opplegget og gjennom øvrig planlagt aktivitet. Det samme gjelder framdrift og leveranser som Sykehuspartner er ansvarlig for i tilknytning til gjennomføringen av endringene.

## 5. Møteplan

Det er fastsatt følgende møteplan for perioden fram til sommeren 2010:

<b>Tid</b>	<b>Sted</b>	<b>Kommentar</b>
7. april 2010 kl 1730-1930	GW5	Oppstartmøte. Behandle opplegg for rapporteringsregimet og felles mal for rapportering
28. april 2010 kl 1600-1730	GW5	Rapport per 20. april (for styreorientering i mai 2010)
28. mai 2010 kl 1400-1530	GW5	Rapport per 20. mai
24. juni 2010 kl 1600-1730	GW5	Rapport per 20. juni



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

## Delrapport x for overføringsprosjektet mellom OUS og AHUS

Rapportperiode	Uke xx-yy, 2010
Ansvarlig	NN/MM

### 1 Overordnet status

Tabellen under viser overordnet status per hovedområde. Det vises til punkt 3 for detaljer.

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

## 2 Fremdrift

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

Milepælene vil bli markert med farge alt etter status på aktiviteten. Nærmere omtale av særskilte områder vil være under punkt 3.

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

### **3 Detaljer per område**

Aktiviteter markert i rød status omtales her ytterligere. For Vestre Viken omtales også status i forhold til de forskjellige fagområder.

**Område 1:**

**Område 2:**

**Område 3:**

**Område 4:**

**Område 5:**

**Område 6:**

**Område 7:**

## 4 Risiko

Risikomatrise med viktigste risikopunkter:

Disse er også beskrevet i tabellen under.

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

Id	Beskrivelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Tiltak
1	Risiko	sd	sd	Beskrivelse

## 5 Oppfølgingspunkter

## 6 Beslutningspunkter

Beskrivelse av forestående avklaringer/beslutninger for å sikre fremdrift

- Styringsgruppen
- Styrene i helseforetakene
- Helse Sør-Øst RHF

## Møtereferat - Styringsgruppe overføringsprosjekt OUS - Ahus 08.04.2010

Tilstede:	Øyvind Graadal, adm. dir. Ahus - leder Siri Hatlen, adm. dir., OUS Hulda Gunnlaugsdottir Prosjektleder, OUS Stig Grydeland Utviklingsdirektør, Ahus Stein Vaaler, dir. med. divisjon, Ahus, til 9.30 Recep Øzeke Den norske legeförening, OUS Birgit Aandraa, Norsk psykologforening, OUS Are Saastad, Fagforbundet OUS, Andreas V. Seljeseth, Norsk psykologforening, Ahus Kai Øivind Brenden, NSF Ahus Elna Knutsen, Fagforbundet Arne Ellingsberg Brukerrådet ved OUS Gerd Myrberg, Brukerrådet ved Ahus, Johan Torper, Bydelsoverlege Stovner bydel Björg Toril Madsen, avd. sjef Alna bydel Øystein Mæland, Klinikksjef, OUS Lena Gjevvert Klinikksjef, OUS Svein Erik Urstrømmen, NSF, OUS Siri Hovd, rådmann Aurskog-Høland, SNR Per Oddvar Synnes, HVO, OUS	Møte:	Styringsgruppe overføringsprosjektet OUS -Ahus
Fraværende:	Unni-Berit Schjervheim, kommuneoverlege Ullensaker, ØRU Trond Rangnes Direktør Psykisk helsevern, Ahus Odd Grenager, Den norske legeförening, Ahus Finn Halvorsen, hovedverneombud Ahus Georg Stub, Ordfører Ski kommune	Møtedato:	08.04.2010
		Møtested:	Ahus
Referent:	Ingvild Bryde-Erichsen, Ellen Andersen	Møteleder:	Øyvind Graadal
Kopi:	Helse Sør-Øst, Pål Christian Roland	Vår ref.:	09/04306-39

### Saksliste

Saksnr.	Tittel	Ansvar/Frist
12/10	<b>Godkjenning av referat fra møte 04.02.2010</b>	
	Referatet godkjent uten merknader.	
13/10	<b>Revidert fremdriftsplan</b>	
	<b>Revidert fremdriftsplan, ekskl. HR</b>	
	Det var i forkant av møtet utsendt forslag til en revidert milepælsplan. I denne var framdrift knyttet til HR ikke revidert. (Se punkt under)	
	Hulda Gunnlaugsdottir redegjorde for kritiske områder i fremdriftsplanen:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Avklare grunnlagsdata medisinske og ikke medisinske støttefunksjoner</li></ul>	



Saksnr.	Tittel	Ansvar/Frist
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Areal for psykisk helse Ahus i OUS lokaler</li> <li>• IKT</li> <li>• HR prosessen</li> </ul>	
	<p>Forslag til fremdriftsplan, eksklusivt HR-delen er et omforent forslag fra felles prosjektstab. Fremdriftsplanen vil etter behandling i styringsgruppen bli undergitt en formell behandling i de to foretakene.</p> <p><u>Momenter fra diskusjonen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Når det gjelder fremdrift knyttet til TSB er leveransedato ikke avklart, men foretakene er i en god prosess som forventes å avklare dette. Orientering om arbeidet med TSB forelegges styringsgruppa i neste møte</li> <li>• Når det gjelder fremdrift for avklaring av areal til Psykisk helsevern Ahus i OUS sine lokaler er det etablert en arbeidsgruppe for avklaring av dette. Gruppen er knyttet til det overordnede arealprosjektet i OUS og har leveransefrist 10.05.2010. Orientering om arbeidet forelegges styringsgruppa i neste møte</li> <li>• Når det gjelder IKT er det igangsatt et arbeid med avklaring av oppgave. Orientering om dette forelegges Styringsgruppa i neste møte</li> </ul>	<p>TR/ØM /6.mai</p> <p>ØM/ 6. mai</p> <p>Prosjektstab/6.mai</p>
	<p><b><u>Prosedyre HR-prosessen</u></b></p> <p>Det var i forkant av møtet utsendt et dokument, ført i pennen av OUS, kalt "Forslag til overordnet modell for omfang av personell".</p> <p>Hulda Gunnlaugsdottir innledet ved å poengtere at dokumentet er uferdig, og forelegges styringsgruppa for kommentarer slik at disse kan innarbeides i den videre bearbeidelsen av dokumentet.</p> <p><u>Momenter fra diskusjonen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En viktig målsetting med notat for modellbeskrivelse er å motivere for at OUS-ansatte skal ønske seg til Ahus. Det gjør at man i dokumentet må åpne for å beskrive de positive muligheter som foreligger.</li> <li>• Ansatte ved OUS har behov for en samtidighet i informasjon om hva Ahus har behov for og hva OUS har behov for fremover, derfor er fristen 01.01.2011 krevende</li> <li>• Når det gjelder virksomhetsoverdragelser forventes en snarlig avklaring av spørsmål rundt Alna DPS.</li> <li>• Virksomhetsoverdragelse Ski sykehus er dette noe mer komplisert og dermed tidkrevende.</li> </ul>	
	<p><b><u>Oppsummering</u></b></p> <p>Det kom en rekke gode innspill i diskusjonen, momentene fra diskusjonen tas inn i videre arbeid med dokumentet. Det forventes at drøftingsnotat ferdigstilles i løpet av en uke.</p>	Prosjektstab/16 april
	<p><b><u>Fremdrift HR-prosess</u></b></p> <p>Det var i forkant av møtet sendt ut et dokument utarbeidet av OUS "Tentative aktivitets- og tidsplaner for overgang av personell til Ahus". Dokumentet skisserte to alternative datoer for overgang av personell, 1. januar 1011 og 1. april 2011. i tillegg en tentativ tidsplan for enheter som virksomhetsoverdra.</p> <p><u>Øyvind Graadal</u> innledet med å påpeke at foretakene i felleskap har fått et oppdrag om å endre opptaksområder fra 01.01.2011. Ahus er beredt til å gjøre dette. Nytt bygg er ferdigstilt til 01.01.2011 Utvidet opptaksområde er imidlertid avhengig av at foretaket har tilstrekkelig personell til å ivareta oppgavene. Primært ønsker Ahus at dette er personell som rekrutteres fra OUS, for å sikre kontinuitet for pasienter og redusere overtallighet i OUS. Øyvind Graadal ber styringsgruppa kommentere et forslag som</p>	

Saksnr.	Tittel	Ansvar/Frist
	<p>innebærer å etablere en parallell prosess med intern utlysning i OUS og en ekstern utlysning, der ansatte i OUS gis fortrinnsrett. Spørsmålet stilles om fra hvilket tidspunkt en slik parallell prosess kan være aktuell.</p> <p><u>Siri Hatlen</u> innledet å informere om at hun har drøftet med sitt styre og med HSØ mulighetene for å flytte måldato 3 måneder ut i tid, til 1.4.2010. Hun presiserer at behovet for dette er begrunnet i interne prosesser ved OUS og ikke i behov ved Ahus. HSØ har gitt tilbakemelding om at de vil vurdere en mulig utsettelse dersom det kommer en felles henvendelse fra begge foretak om at det er nødvendig og ønskelig. Hun understreket at man i dagens møte bør avklare hvorvidt det er aktuelt å be om en utsettelse av måldato 1.1.2011, da foretakene må jobbe etter den samme avklarte fremdriftsplan. Ved en opprettholdelse av måldato 1.1.2011 må OUS etter beste evne tilpasse seg dette og samtidig ivareta de øvrige interne prosessene på best mulig måte. Det refereres til styrevedtak i helse Sør-Øst i sak 108/08 som er grunnlaget for overføringsprosessen.</p> <p><u>Momenter fra diskusjonen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må avklares juridisk hvorvidt det er mulig å lyse ut stillinger eksternt med fortrinn for ansatte ved OUS. Psykologforeningen OUS anbefaler at man ikke gjennomfører en parallellutlysning internt og eksternt. Det kan være hensiktsmessig å lyse ut eksternt i forhold til det vi vet vil være mangelpersonell i begge foretak. Videre påpekes nødvendigheten av at de ansatte i OUS har informasjon om hva som blir igjen av aktivitet i OUS samtidig som det annonseres etter behov i Ahus. Når det gjelder kompetanseoverføring fra OUS – Ahus vil det viktigste være personelloverføringen og dialog mellom klinikkene</li> <li>• Fra brukerne ble det etterspurt status på etablering av områder geriatri/rehabilitering, likeverdige helsetjenester og samhandlingsreformen i relasjon til måldato 1.1.2011. Øyvind Graadal orienterte om status for dette arbeidet. Arbeidsgrupper er nedsatt og dialog innledet med OUS-miljøet. Prosjekt likeverdige helsetjenester er igangsatt. Det rapporteres om status i dette arbeidet i neste styringsgruppemøte</li> <li>• Oslo kommune påpeker at det for befolkningens del vil bli problemer knyttet til overføringen, for eksempel økte ventelister, da det ikke er lagt inn omstillingsmidler i dette prosjektet. Disse problemene er uavhengig av overføringstidspunktet. Psykisk helsevern oppleves av bydelen (Stovner) å ha et lavere tilbud i Ahus enn i OUS.</li> <li>• Nedre Romerike ser at det er hensiktsmessig med tid til gode prosesser, men etterspør konsekvensanalyse av en utsettelse.</li> <li>• Siri Hatlen påpekte at hun har respekt for oppdraget og frist satt av HSØ. Ahus har gjort sine forberedelser ihht dette, og dersom Ahus ikke ønsker en utsettelse må OUS forholde seg til det.</li> </ul> <p><u>Oppsummering</u>  Selv om mange medlemmer av styringsgruppa uttrykte klart ønske om en utsettelse er ikke styringsgruppa samlet om en slik anbefaling. Styrevedtaket i HSØ i sak 108/08 er derfor å anse som førende for den videre planlegging, det er ikke styringsgruppen som har beslutningsmyndighet i denne saken.. De to administrerende direktører tar med seg sterke ønsker fra flere av styringsgruppens medlemmer knyttet til ønske om utsettelse av overføringstidspunkt, og vil kommunisere dette til HSØ i direkte dialog samme dag.</p>	Prosjektstab/6.mai
14/10	<b>Risikovurdering</b>	
	Sak om revidert risikovurdering og revidert risikomatrixe var sendt ut i	

Saksnr.	Tittel	Ansvar/Frist
	<p>forkant av møtet.</p> <p><u>Stig Grydeland innledet.</u> I relasjon til diskusjonen under forrige punkt og revisjon av risikovurderingen er det helt sentralt at pasientbehandlingen blir ivaretatt på en god måte. Videre prosess må være med utgangspunkt i dette. For å sikre dette er rekruttering essensielt.</p> <p>Siri Hatlen påpeker at det er viktig å sikre at risikovurderingen ikke blir en gjennomsnittsbetraktning, og at ulik vektning mellom foretakene må ivaretas.</p> <p><u>Momenter fra diskusjonen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvre Romerike Utvikling påpeker at område 4 er satt med for lav risiko og for lav konsekvens. Samhandlingen mellom sykehus og foretak er en utfordring, og for kommunene på Romerike vil dette kunne ytterligere vanskeliggjøres id en prosessen man nå gjennomfører der fokus i stor grad er nye bydeler/kommuner.</li> <li>• Konkrete innspill fra Oslo kommune: punkt 2 – sannsynligheten økes punkt 6 – sannsynligheten økes punkt 9 – sannsynligheten økes punkt 13 flyttes til svært alvorlig og svært stor</li> <li>• Konkrete innspill fra brukerne Ahus: punkt 2 – flyttes til svært stor punkt 3 flyttes fra moderat til stor</li> <li>• Fagforbundet OUS stilte spørsmålsteget ved at punkt 8 var flyttet ned til moderat, jfr dagens diskusjon. Til avklaring er aktiviteter knyttet til HR-prosessen er ivaretatt i punkt 12 og fremdriften</li> <li>• Brukerne fra OUS påpeker at punktene 3 og 4 omhandler informasjon, og bør flyttes til mer alvorlig enn slik det fremkommer i matrisen.</li> </ul> <p><u>Oppsummering</u></p> <p>Prosessen frem til neste revisjon i styringsgruppen er en gjennomgang i ledergruppene på de to foretakene, før prosjektstaben utarbeider forslag til oppdatert vurdering.</p> <p>I tilknytning til diskusjon om risikobildet var styringsgruppa opptatt av kontakt og relasjon til eier og oppdragsgiver.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra Stovner bydel ser det som ønskelig med en gjennomgang av styringsgruppens rolle/funksjon – og HSØ sin rolle i forhold til denne.</li> <li>• Styringsgruppa er ikke tilfreds med at HSØ ikke deltar i styringsgruppa. HSØ sin rolle bør avklares på nytt</li> <li>• det kan være hensiktsmessig å ta frem oppdraget/mandatet på nytt å avklare om arbeidet er i samsvar med dette.</li> </ul>	
15/10	<p><b>Eventuelt</b></p> <p>Georg Stub har, på vegne av kommunene i Follo, anmodet om at Follorådet blir representert i styringsgruppen med ytterligere en person. Begrunnelsen for dette er at arbeid med overføringsprosjektet er av særlig stor betydning for Follobefolkningen, informasjonsbehovet er stort, og bør om mulig deles på flere.</p> <p>Styringsgruppen har ingen innsigelser mot dette. Follo kan heretter representeres med 2 representanter.</p> <p>Neste styringsgruppemøte er torsdag 6. mai kl.- 12.00 – 14.30 i OUS sine lokaler.</p>	

---

<b>Saksnr.</b>	<b>Tittel</b>	<b>Ansvar/Frist</b>
----------------	---------------	---------------------

---

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 22. april 2010

Dato møte: 29. april 2010

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin og helsefag

---

### **SAK 47/2010 STATUS DAG 2 FORBEREDELSE MED IKT - EKSTERN KVALITETSSIKRING AV IKT PROSJEKTENE**

#### **1. Sammendrag**

Styret gis i denne saken en orientering om status for arbeidet med å nå Dag 2, som er den neste viktige milepælen i integrasjonsarbeidet. Status for det videre arbeidet med å utvikle Oslo universitetssykehus mot 2012 gis i sak 48/2010.

Ved Dag 2 skal det være lagt til rette for at Oslo universitetssykehus i organiseringen av pasientbehandlingen skal kunne fungere som et helhetlig og et integrert sykehus. Først når Dag 2 er gjennomført, vil det være fullt ut mulig å flytte pasienter og personell mellom de tidligere helseforetakene, samt å løpende samordne ventelister på tvers av geografi.

Styret har tidligere blitt informert om detaljene i Dag 2-leveransene i styresak 31/2010. Der ble det lagt frem at leveransen av Klinisk arbeidsflate er fortsatt vurdert som kritisk. Det vil bli redegjort for status i styremøte.

#### **2. Status innen de åtte hovedområdene**

Oppdatert status vil bli gitt i styremøtet.

##### **2.1 Fag**

Nye og enhetlige pasientbrev, basert på Helsedirektoratets maler, er utarbeidet og gjort klar for Dag 2.

Det arbeides med nye og enhetlige nivå 1-prosedyrer knyttet til innføring av nye kliniske systemer til Dag 2. Prosedyrene omfatter blant annet henvisningshåndtering, ventelistebehandling, registrering av pasient og utkvitterte prøvesvar. Arbeidet koordineres av Dag 2-prosjektet og involverer flere stabsenheter.

##### **2.2 Felles klinisk arbeidsflate**

Felles klinisk arbeidsflate vil sikre at man kan hente ut relevant klinisk

informasjon på tvers av lokalisasjoner og enheter.

Klinisk arbeidsflate er et krevende prosjekt. Leveransen av prosjektet er forsinket i forhold til fremdriftsplanen. Oslo universitetssykehus ser svært alvorlig på forsinkelsen og det har vært flere møter med leverandør på toppledernivå med representanter fra både Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF. Det vil bli gitt en oppdatert status i styremøte.

### **2.3 Pasientlogistikk**

Felles pasientadministrativt system for hoveddelen av Oslo universitetssykehus vil legge til rette for felles ventelister og henvisningshåndtering ved foretaket. Oppstart av nytt pasientadministrativt system på Radiumhospitalet og en betydelig oppgradering av systemet på Ullevål ble gjennomført 11. april 2010. Sykehuset har i etterkant av oppgraderingen hatt driftsproblemer og aktivert ekstraordinær beredskap. I løpet av mandag 19. april ble situasjonen vurdert til å være normalisert og IKTs kriseledelse ble avvirket. Feilretting i det videre blir håndtert i linjen hos Sykehuspartner IKT. Det er fortsatt feil i hovedinstallasjonen og løsningen er per tidspunkt i drift på reserveløsning. Arbeidet med feilretting og høyt tidspres har gitt ekstra slitasje på nøkkelpersonell.

Det er tatt initiativ til en evalueringsprosess for læringsoverføring fra hendelsen ved produksjonssetting på Radiumhospitalet og for utvikling av bedre kvalitetssikringsrutiner ved fremtidige oppgraderinger. I tillegg vil Sykehuspartner IKT og IKT-organisasjonen i Oslo universitetssykehus HF gjennomgå ansvarsfordeling og rutiner for håndtering av store driftsavvik.

### **2.4 Organisering**

Det har vært gjennomført en kvalitetssikring av foreslåtte enhetsnavn i ny organisasjonsstruktur.

### **2.5 Personal**

Det er gjennomført et forprosjekt for å se på mulig løsninger for felles arbeidsplansystem. På bakgrunn av dette, er det under utarbeidelse et prosjektmandat som skal sikre planlegging og implementering av midlertidige løsninger og rutiner for et utvalg enheter fra Dag 2. Prosjektet vil kunne forenkle overgangen til regional GAT-løsning.

### **2.6 Økonomi og styringssystemer**

Felles økonomiløsning er levert i henhold til plan.

### **2.7 Infrastruktur**

Samtlige leveranser er i henhold til plan for Dag 2.

I samarbeid med Sykehuspartner arbeides det for å etablere en hensiktsmessig driftsmodell, med tilhørende brukerstøtte, for felles kliniske systemer fra Dag 2.

## **2.8 Kommunikasjon**

Kommunikasjonsstrategien skal sikre en felles og enhetlig formidling både internt og eksternt av forhold knyttet til organisering, pasienttilbud og henvisningshåndtering.

Det er nedsatt en gruppe som arbeider med ”økt beredskap” i foretaket knyttet til Dag 2 og innføring/endringer i organisasjonsstruktur. Målsetningen med arbeidet er å gjøre kjent endringene i organisasjonen, at det etableres nødvendige verktøy for å holde seg orientert samt at pasienter og pårørende finner frem til riktig sted i sykehuset. Bl.a. vil man sørge for at kompetanse om ny og gammel organisasjonsstruktur finnes ved sentralbord, ekspedisjoner, akuttmottak, AMK og postmottak.

## **3. Ekstern kvalitetssikrer**

Ekstern kvalitetssikrer for IKT-prosjektene vil rapportere i styremøte.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar administrerende direktørs redegjørelse og redegjørelse fra ekstern kvalitetssikrer til orientering.*

Oslo den 22. april 2010

Siri Hatlen



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	22. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Saksbehandler:	VAD medisin og helsefag
Vedlegg:	Presentasjon til styret i Helse Sør-Øst RHF

---

### **SAK 48/2010 STATUS ARBEIDET MED HOVEDPLAN OMSTILLING OG INTEGRASJONSARBEID FRAM MOT 2012**

Integrasjonsarbeidet i Oslo universitetssykehus skal videreføres basert på tidlige styrevedtak og strategiske diskusjoner i styret.

Arbeidet med å etablere en hovedplan for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF er i gang. Hovedplanen vil ha fokus på perioden fram til 2012 (Dag 4), men skal også ivareta behovene for å fullføre en vellykket utvikling av Oslo universitetssykehus i tråd med målene for Hovedstadsprosessen jf. styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF. I denne prosessen søkes det på best mulig måte å ta vare på det grunnlag som finnes, både fra hovedstadsprosessen og det arbeid som er gjort i Oslo universitetssykehus, både i 2009 og gjennom starten på 2010.

Vedlagt en presentasjon som administrerende direktør holdt til styret i Helse Sør-Øst 15. april i år. I styremøtet vil det bli gitt en oppdatert orientering om status. Hovedplanen med mandat for videre arbeid er planlagt presentert i styremøte 27. mai.

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering.*

Oslo den 22. april 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus

## Status, utfordringsbildet 2010-12 og veien videre

Presentasjon for styret i Helse Sør-Øst

15. April 2010

# Oslo universitetssykehus

En riktig og viktig beslutning

En fantastisk mulighet

En treparts fusjon parallelt med store omstillinger

Et flerårig og krevende prosjekt med flere faser



# Styrevedtak i HSØ og i OUS legger premissene for omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus

## Styresak 108-2008



- Tilpasse ressurser til redusert opptaksområde (Ahus/VV prosessen)
- Forsterke rollen til lokalsykehus
- Samle dagens 28 regionsfunksjoner
- Redusere areal
- Langsiktig mål bilde er å samlokalisere regions- funksjonene på Gaustad

## Andre sentrale vedtak

### HSØ-styresaker

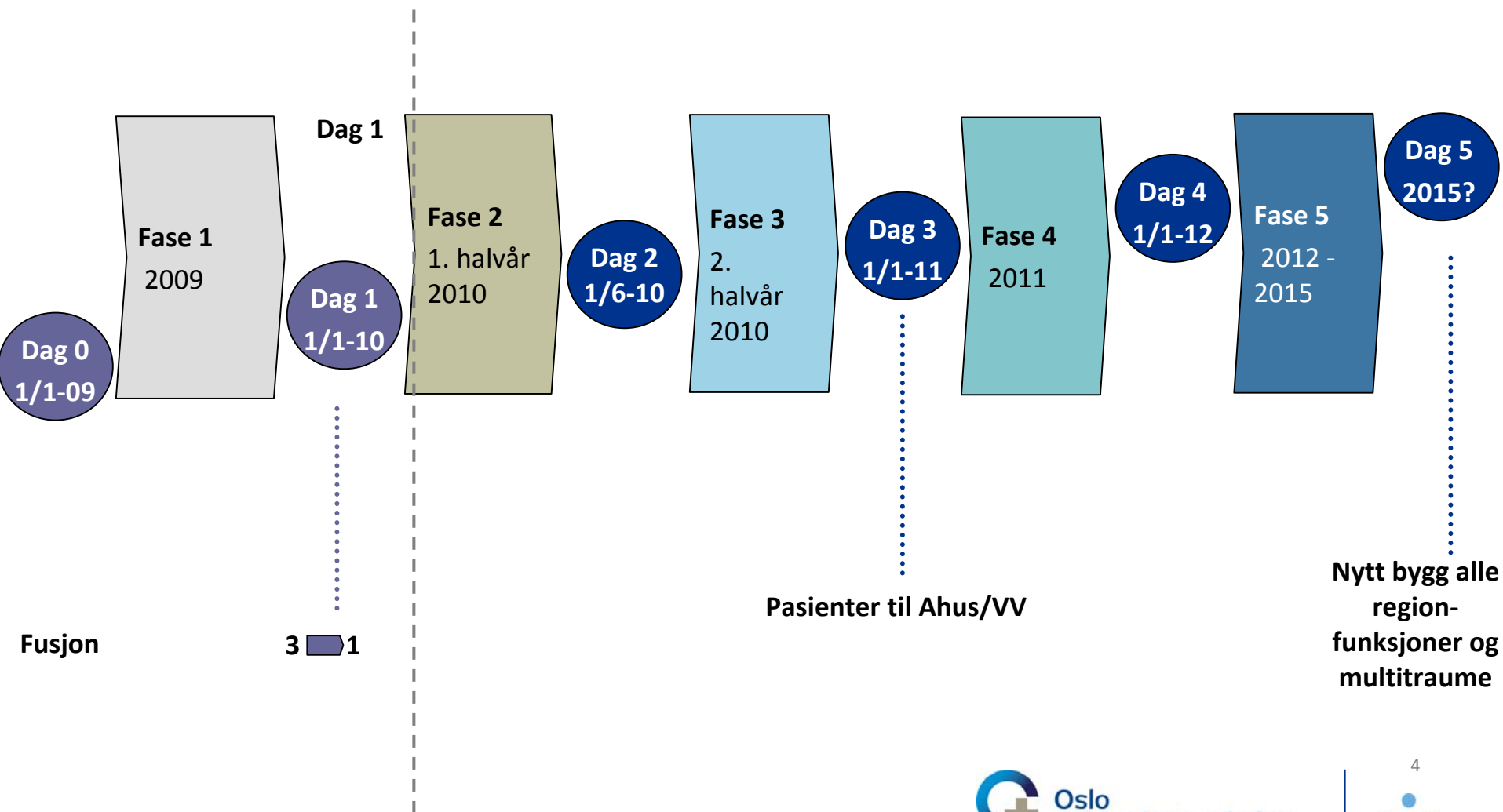
- 130-2008: Plan for strategisk utvikling
- 133-2008: Gjennomføringsplan

### OUS-styresaker

- 9-2010: Utvikling av lokalsykehusfunksjonen i OUS
- 7-2010: Kartlegging av bygningsmassen i OUS
- 24-2010: Oppdrag og bestilling 2010 OUS



# HSØ styrevedtak 108 – et prosjekt over flere år



Fusjon

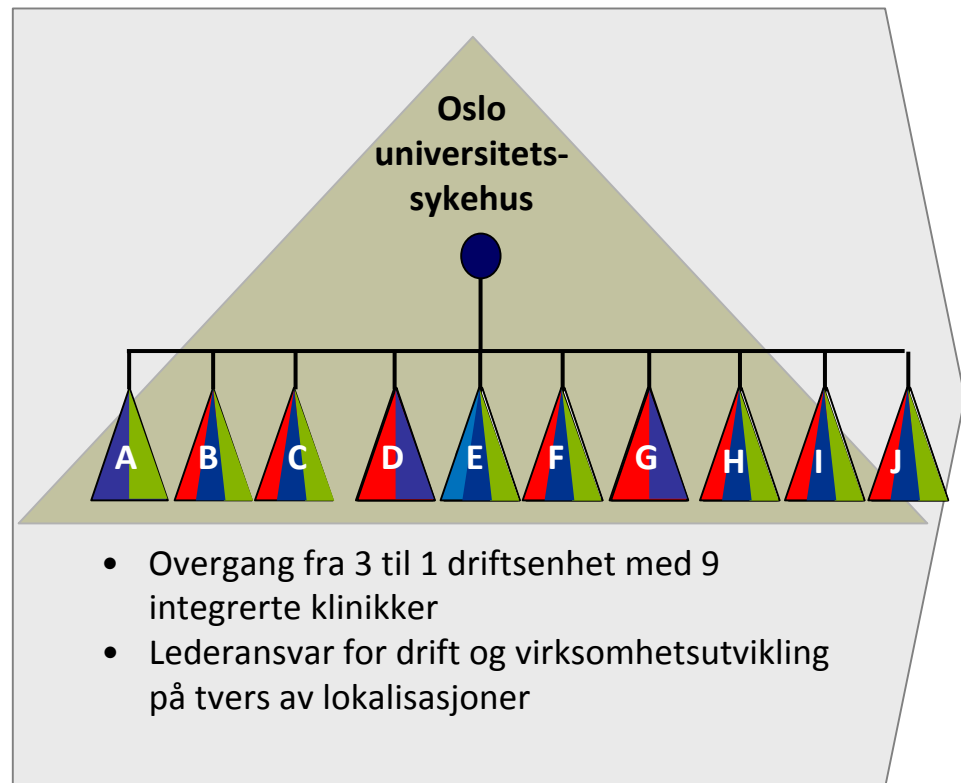
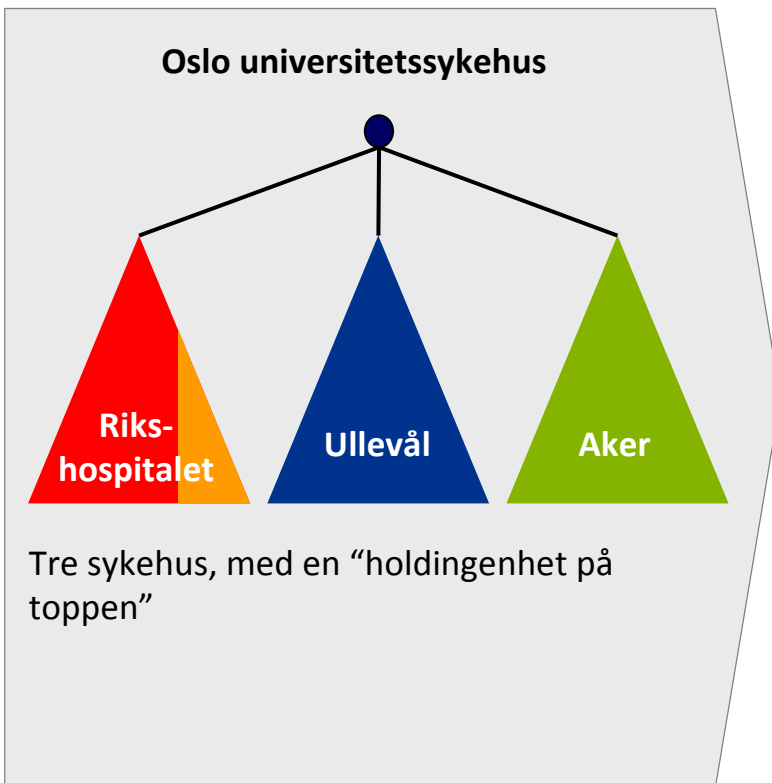
3 → 1

Pasienter til Ahus/VV

Nytt bygg alle region-funksjoner og multitraume

# Dag 1 er passert – organisasjonen er integrert

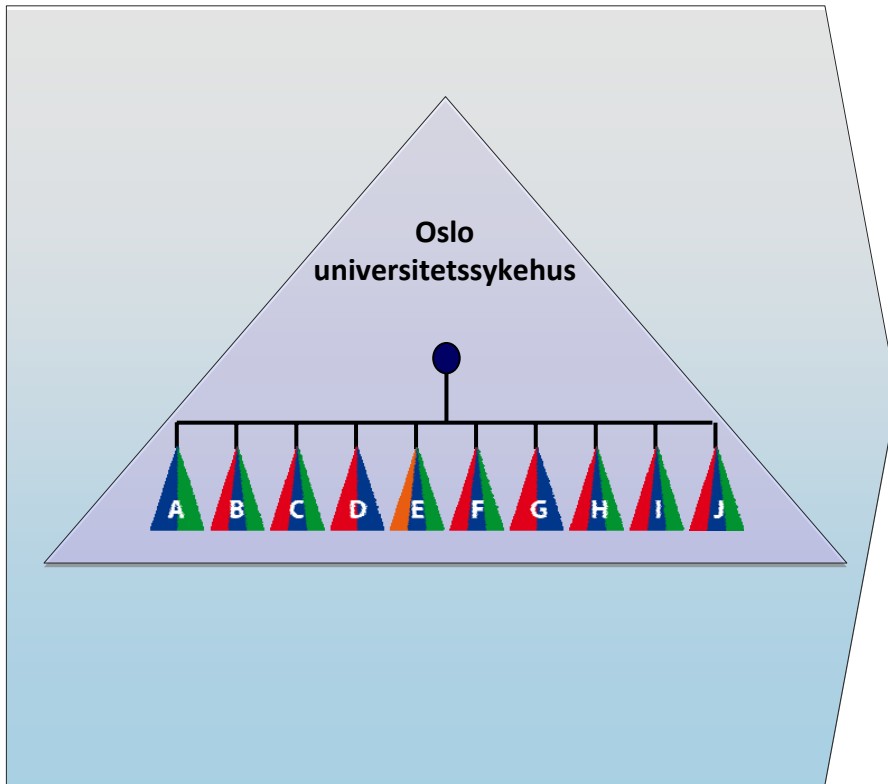
Dag 1  
1/1-2010



# Felles pasientadministrativt system (PAS) og Klinisk arbeidsflate (KA) under implementering

Dag 2  
1/6-2010???

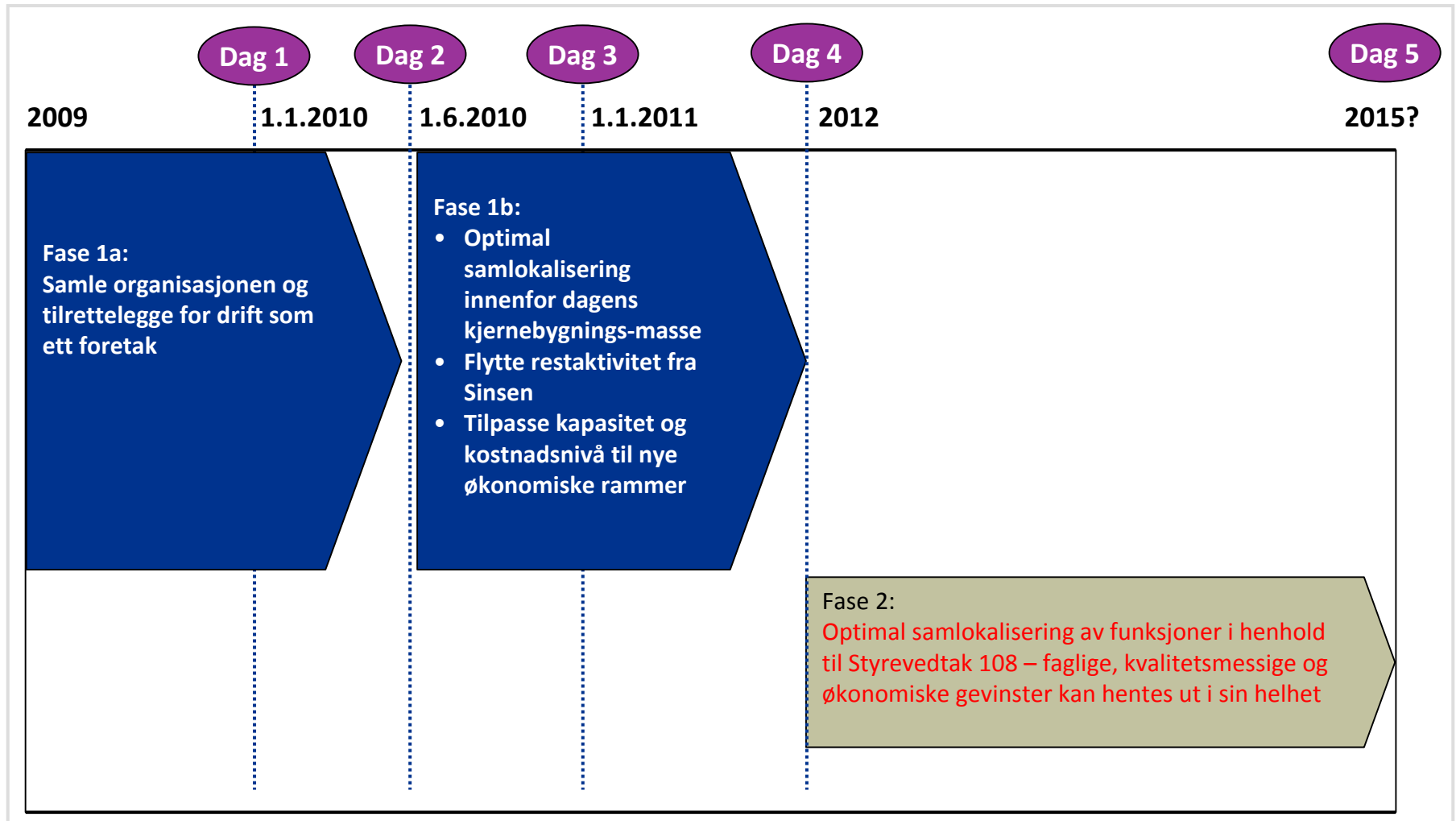
Ett integrert Oslo universitetssykehus



Felles informasjon gir samkjørt drift



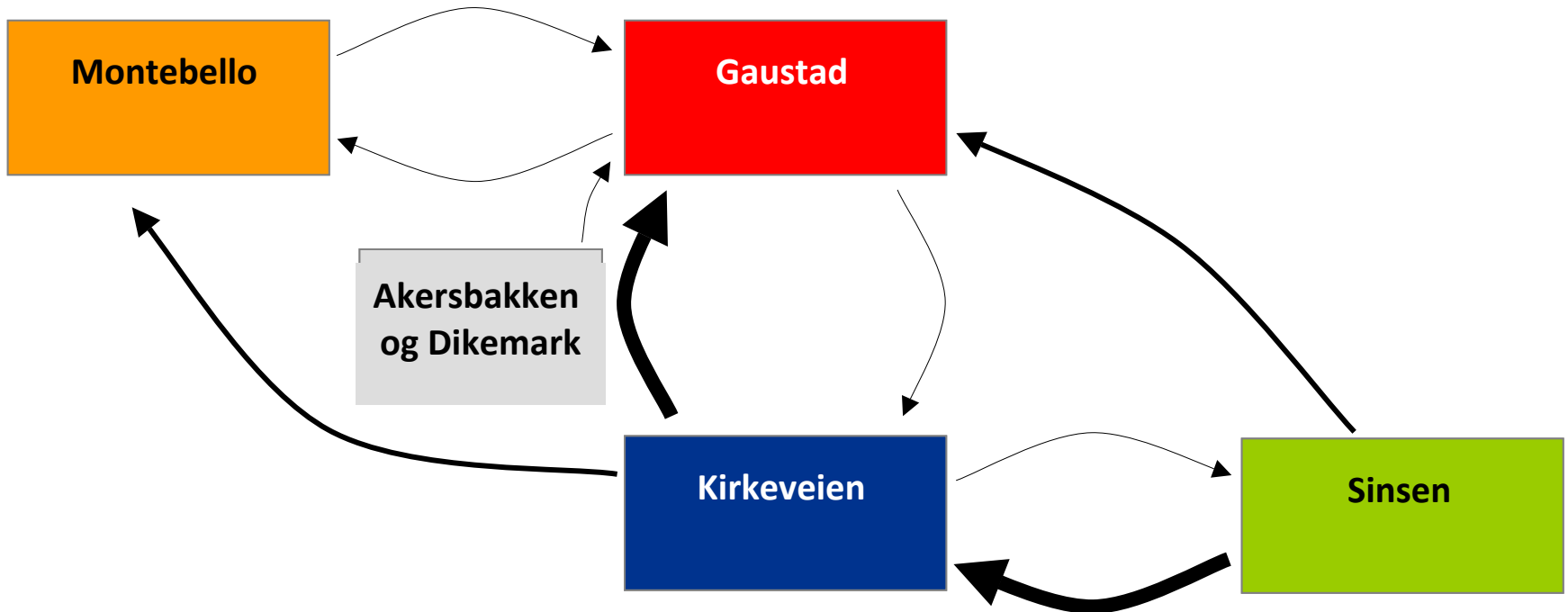
# Realisering av styrevedtak 108 kan deles i to hovedfaser





# Omfattende flyttinger kreves for å samlokalisere OUS restvirksomhet etter overføring til AHUS/VV

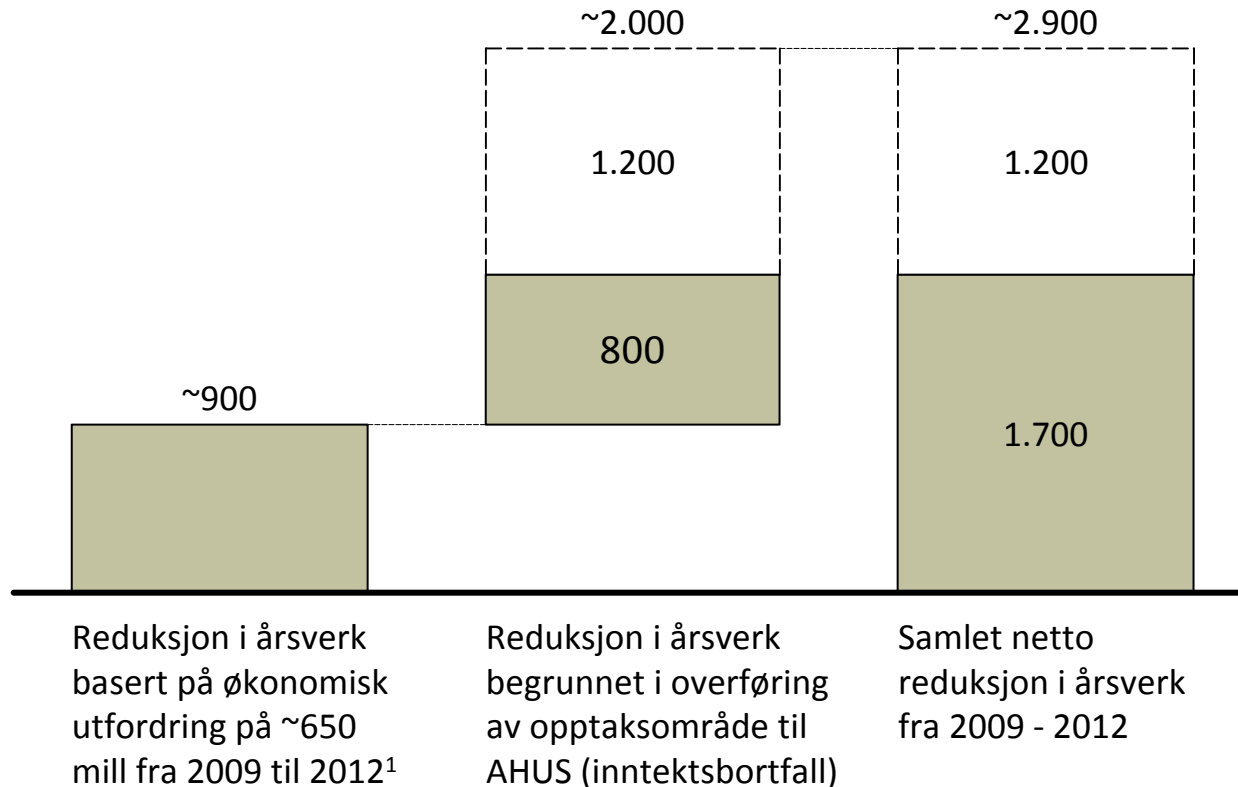
- Omfattende
- Noe
- Begrenset



# Hele omstillingsutfordringen er lagt til OUS!!

Reduksjon i årsverk

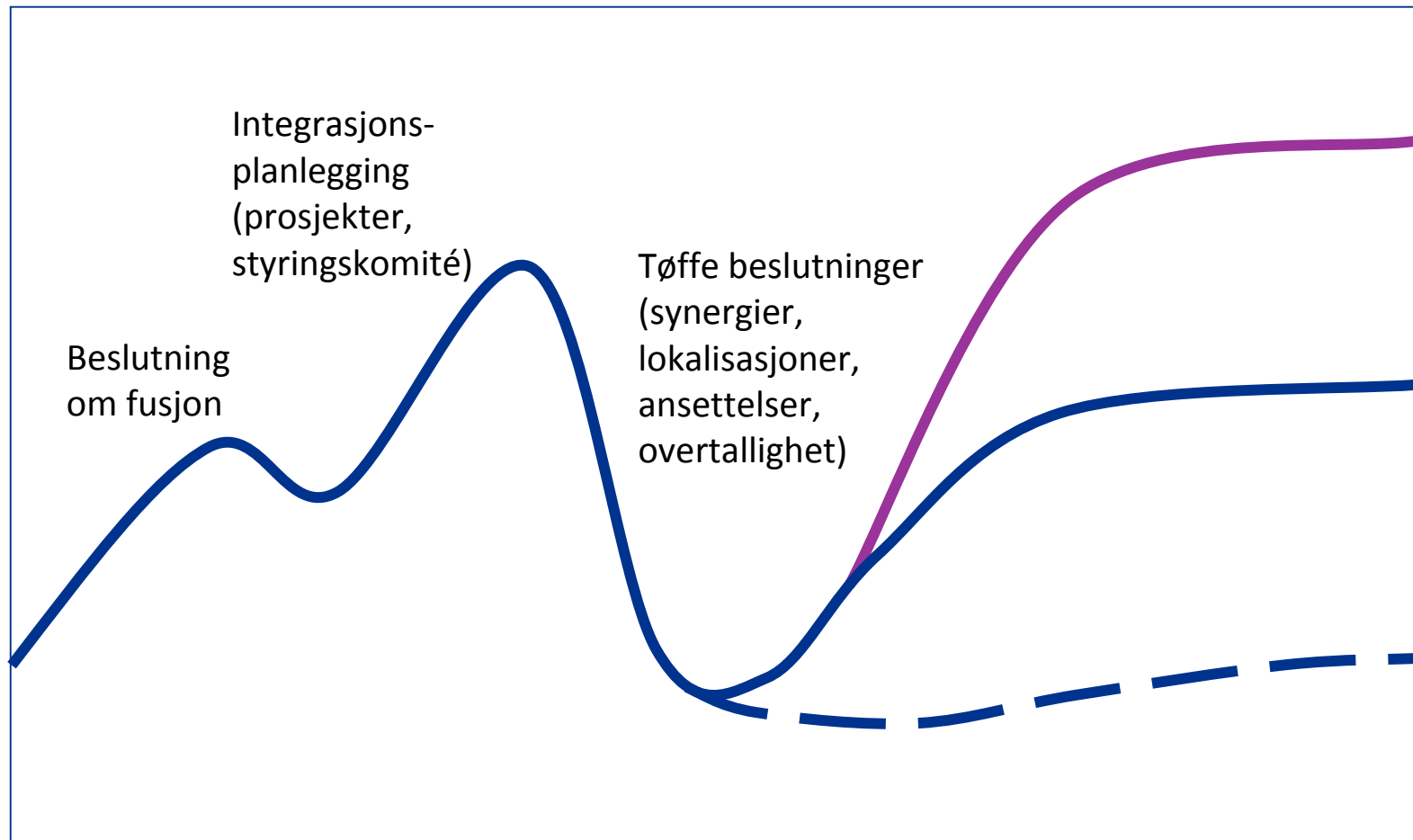
☐ Ansettes i Ahus (estimert)



- Forutsetter pukkel- og fusjonskostnader kun i 2010 og 2011 (optimalisert drift på 3 steder i 2012)
- Inkluderer ikke overføring til Vestre Viken

1 (inntektsfordelingsmodell, andre inntektsreduksjoner, andre endringer, ekskl. overføring til Ahus)

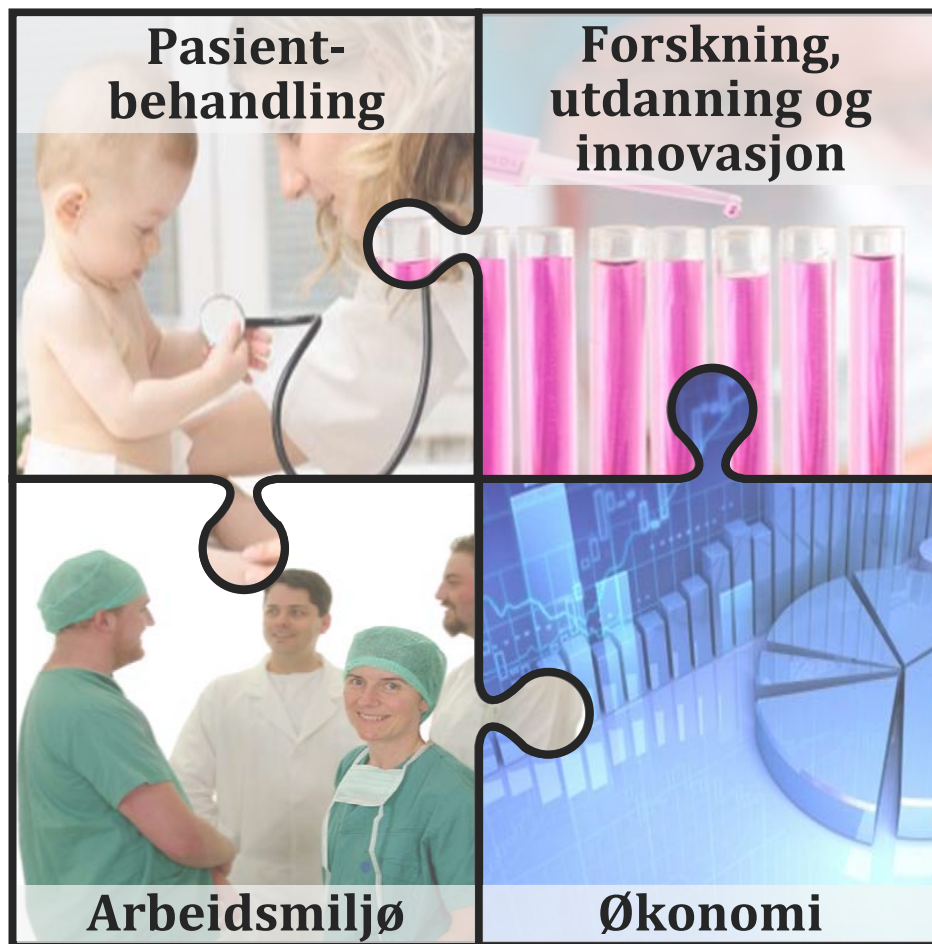
# Stemningskurve for fusjoner



# Vårt foreløpige målbilde

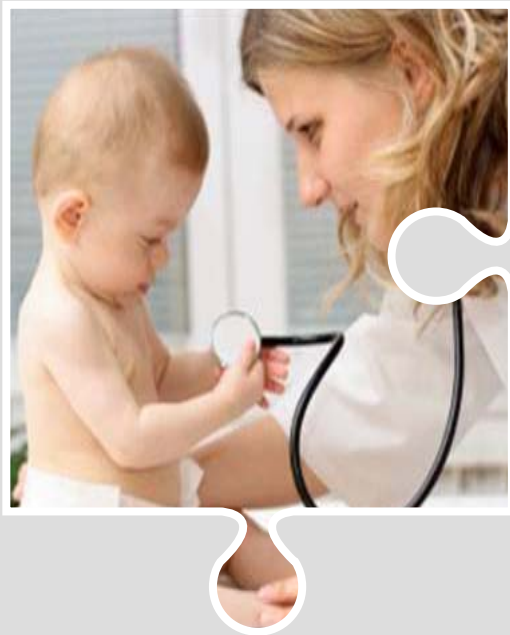


Oslo universitetssykehus skal gi den beste behandlingen for dagens og fremtidens pasienter



# Bærekraftig pasientbehandling

## Målbilde-2015- ” rett behandling på rett sted til rett tid”



- Storbysykehuset for Oslos befolkning er etablert og oppleves som ”en dør inn”
- Lands- og regionssykehuset er etablert på Gaustad med multitraumatologi
- OUS er referansesykehus for norsk helsevesen
- OUS er utviklingslaboratoriet i norsk helsevesen
- Sykehuset er ”råest” på LEON og dyktige på all pasient-kommunikasjon (også flerkulturell)



# Bærekraftig forskning, utdanning og innovasjon

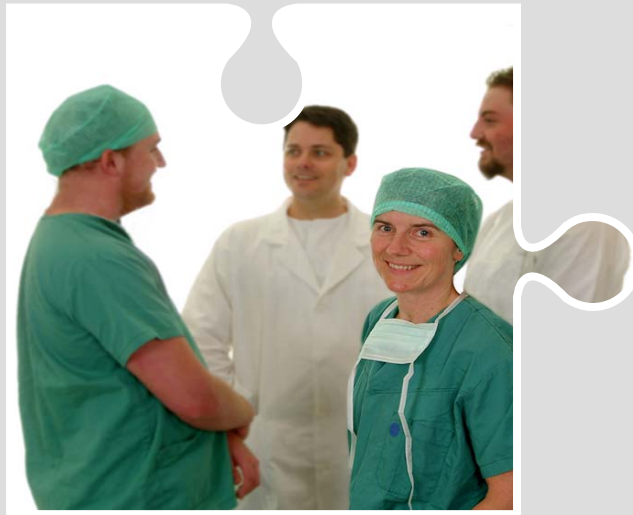
## Målbilde-2015



- Skandinavias ledende forskningssykehus
- Ledende i Europa innen tre definerte forskningsområder
- OUS utvikler nye forskningsområder basert på samfunnsbehov (Storbysykehusets pasientgrunnlag)
- Er i samarbeid med universitet og høyskoler det mest attraktive utdanningssted for helsearbeidere
- Er anerkjent utviklingslaboratorium for forskning, utdanning og innovasjon
- OUS er kjent som et av Europas mest nytenkende sykehus - der ideer realiseres
- OUS er etablert som nav i regionen og kjent for å dele kunnskap

## Bærekraftig arbeidsmiljø - medarbeidere og ledere- Målbilde 2015 -

” Ett sted der det er bruk for min kunnskap og jeg utvikler meg ”



- OUS er utviklingslaboratorium for ledere og medarbeidere i helsevesenet
- OUS kjennetegnes av ansatte som tar medansvar for helheten i sykehuset
- Ledere som tar ansvar for resultater og tenker helhet og samarbeid
- Ledere med fokus på medarbeidere og deres utvikling
- Medarbeidere som bruker sin kunnskap til kvalitetsforbedring og utvikling av pasienttjenestene
- Har en åpen og lærende kultur, kjennetegnet av medvirkning og medbestemmelse



# Bærekraftig – økonomi

## Målbilde 2015 - ”Investeringssykehuset”



- **OUS har gjennom god økonomistyring skapt rom for å investere**
    - I medarbeidere
    - I utstyr og infrastruktur
- slik at pasientene har fått bedre tilbud og sykehuset overleveres til neste generasjon i bedre stand**



# Verdiskapningsprosjektet 2008 identifiserte et betydelig potensial for det nye sykehuset

## Forbedre pasientbehandling

- Større pasientvolum
- Større fagmiljø
- Effektiv utveksling av medisinsk informasjon (fjerne IKT-barrierer)
- "Én-dør" prinsippet, bedre koordinering og prioritering av behandling

## Snu den økonomiske situasjonen

- Samordning og samlokalisering muliggjør en årlig økonomisk gevinst på 300-800 millioner kroner (kort/mellomlang og lang sikt)

## Frigjøre ressurser til forskning og utvikling

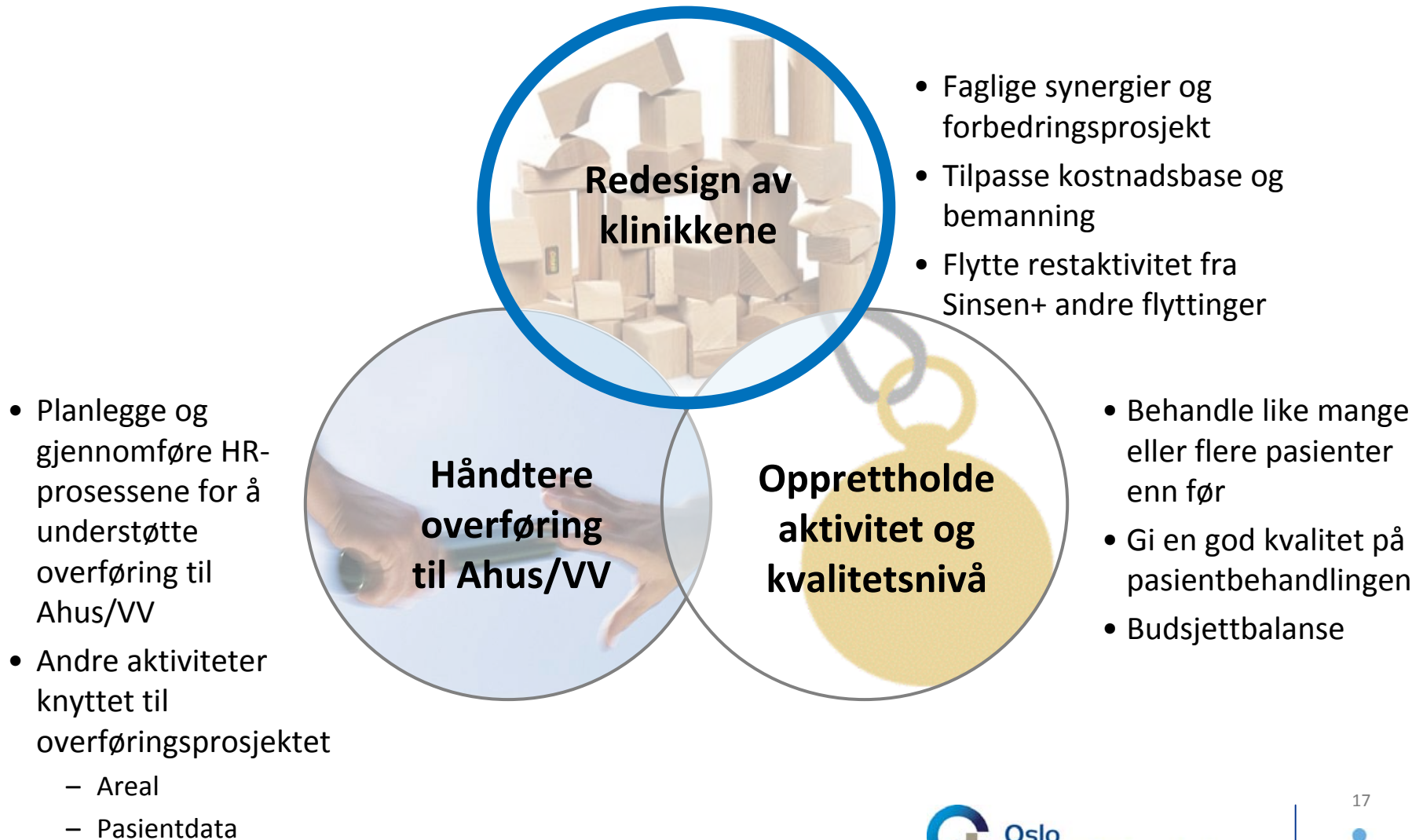
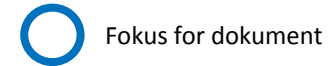
- Tettere samarbeid mellom forskere og forskermiljøer
- Større pasientmateriale
- Økt mulighet for tverrfaglig forskning
- Styrket renommé øker tilgang på midler og internasjonale rekrutteringsmuligheter
- Bedre utnyttelse av kjernefasiliteter

## Forbedre arbeidsmiljø

- Større miljøer kan øke trivsel/minske sårbarhet
- Mulighet for hyppigere internundervisning



# Klinikkenes videre arbeid i 2010 kan organiseres tre-delt



# Foreløpig overordnet ambisjon (målilde) for Dag 3-4 (2012)



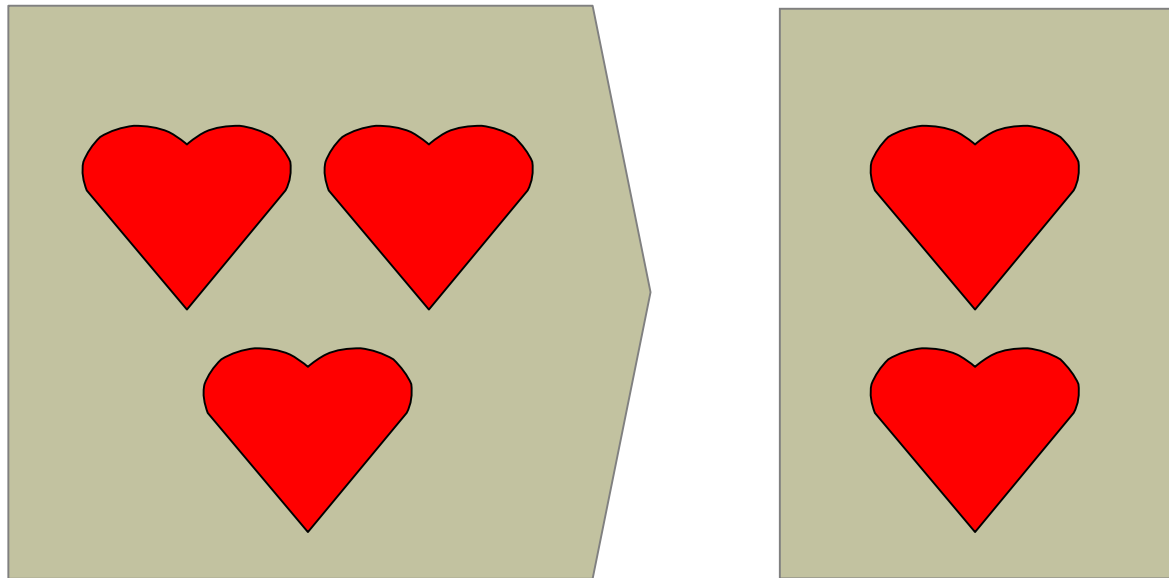
1. Klinikkene er samlokalisert så langt som mulig innenfor eksisterende bygningsmasse i Kirkeveien, Gaustad og Montebello. Fokus på muligheter innen fag og kvalitet.
2. Rest-virksomhet er flyttet fra Sinsen og Dikemark<sup>1</sup>, og kjernevirksomheten drives kun på OUS' kjernearealer
3. Kostnadsbasen er tilpasset og legger grunnlag for videre utvikling av OUS i tråd med overordnet målilde innen kvalitet, pasientbehandling og FOU



# Flyttinger ”Pulje 1”

- **Hjertekirurgi**
  - Redusert drift i Akersbakken fra 1. juni – full stans fra 4. juli
  - 2. august oppstart Kirkeveien og Gaustad
- **Avdeling rusakuttmottak**
  - Fase 0: Midlertidig rusakuttmottak med fagteam: 15. desember 2009 – Slutført iht tidsplan.
  - Fase 1: Åpning av sengepost med 12 plasser: planlagt til 30. august 2010 – I rute.
  - Fase 2: Samlokalisering av enheter for avgiftning og abstinensbehandling planlagt lokalisert i Bygg 12 som nå huser akuttpsykiatrisk avdeling (usikkert utflyttingstidspunkt)
- **Olafiaklinikken**
  - Inngått ny leiekontrakt med KLP
  - I rute til innflytting og drift i nye lokaler 1. desember
- **Administrativt personell – 500 personer**

# OUS redusere antall lokaliseringer for hjertekirurgi pga. overkapasitet i HSØ



## Pulje 2

### Fra Kirkeveien til Gaustad

- Hematologi
- Plastikkirurgi
- Kjevekirurgi
- Kirurgiske sengeposter barn

## Pulje 3

### Fra Kirkeveien til Gaustad

- Ablasjoner
- Vaskulær nevrokirurgi

### Fra Kirkeveien/Gaustad til Montebello

- Gynekologisk onkologi

### Fra Gaustad til Kirkeveien

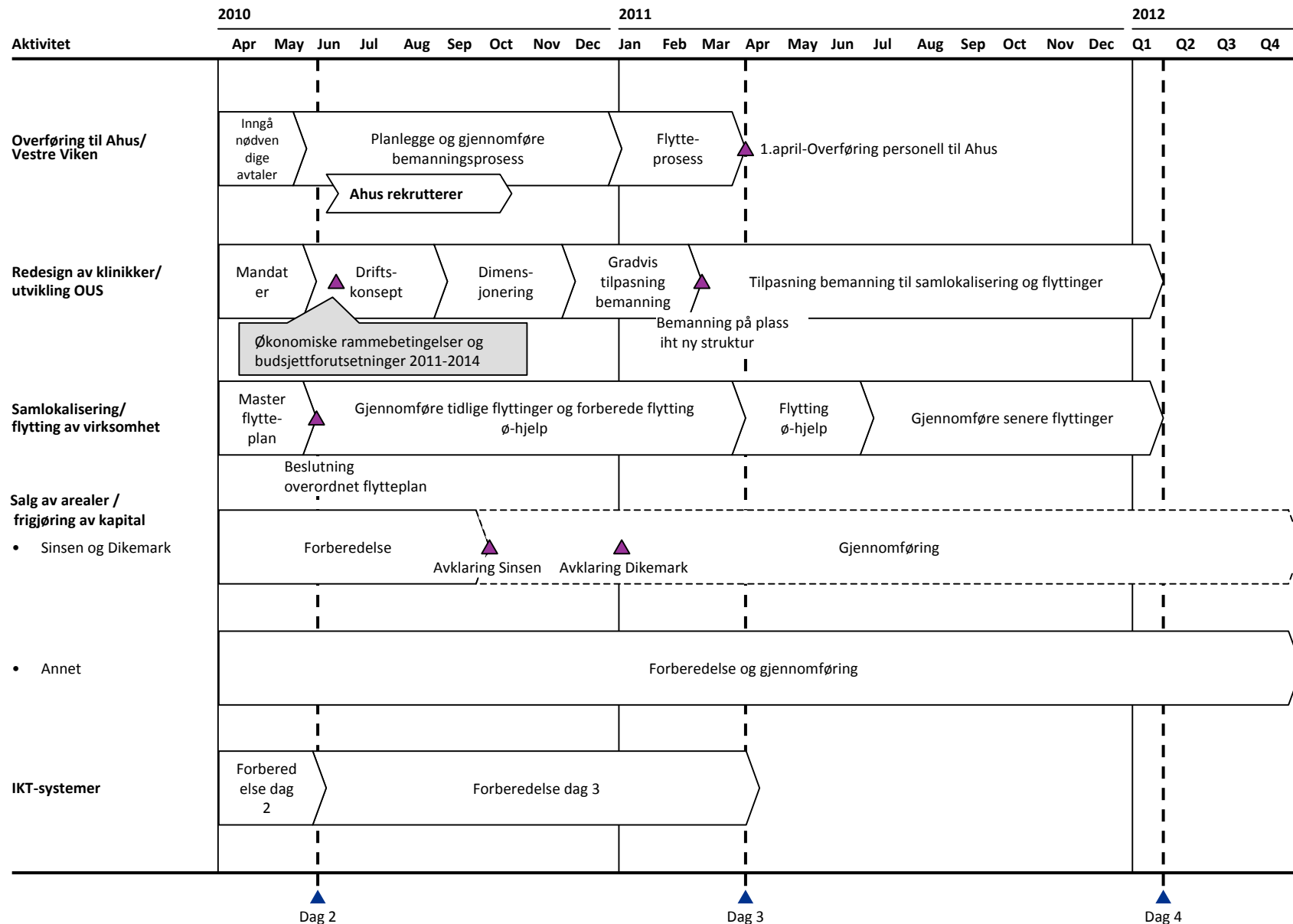
- Generell gynekologi

### Fra Kirkeveien, Gaustad, Montebello og Forskningsveien til Kirkeveien og Forskningsveien

- Felles prøvemottak og samling av medisinsk genetikk



# Første utkast på helhetlig plan frem til 2012



# Overordnet risikobilde OUS 2010-12(fase 1)

- **Likviditetssituasjonen** (forsterkes av rekkefølgeproblematikk)
  - flerårlig gjennomføringsplan
  - risiko for å bli "sittende fast" i kostbar driftssituasjon
- **Bygningsmassen i Kirkeveien – nødvendige flyttinger**
  - kostnads- og tidkrevende å oppgradere og tilpasse
  - forsinker faglig og økonomisk gevinstuttak
- **Avhengigheter mot andre aktører (asymmetriske prosesser)**
- **Høy samlet gjennomføringsrisiko - omfang og kompleksitet**
  - overføringsprosessen AHUS/VV + nedbemanning
  - omfattende IKT implementeringer
  - Dag 3 redesign/tilpasning av drift





# Resultatutvikling OUS i 2009

- Inngangsfart i 2009 ca. (350 mnok)
- Årsresultat 2009: ca. (100 mnok) (\*)
- Estimert inngangsfart i 2010: ca. (150 mnok)
- Samlet utfordringsbilde drift ca. (5-600 mnok) (\*\*)
- Foreløpig akk. resultatavvik per mars ca. (80 mnok)

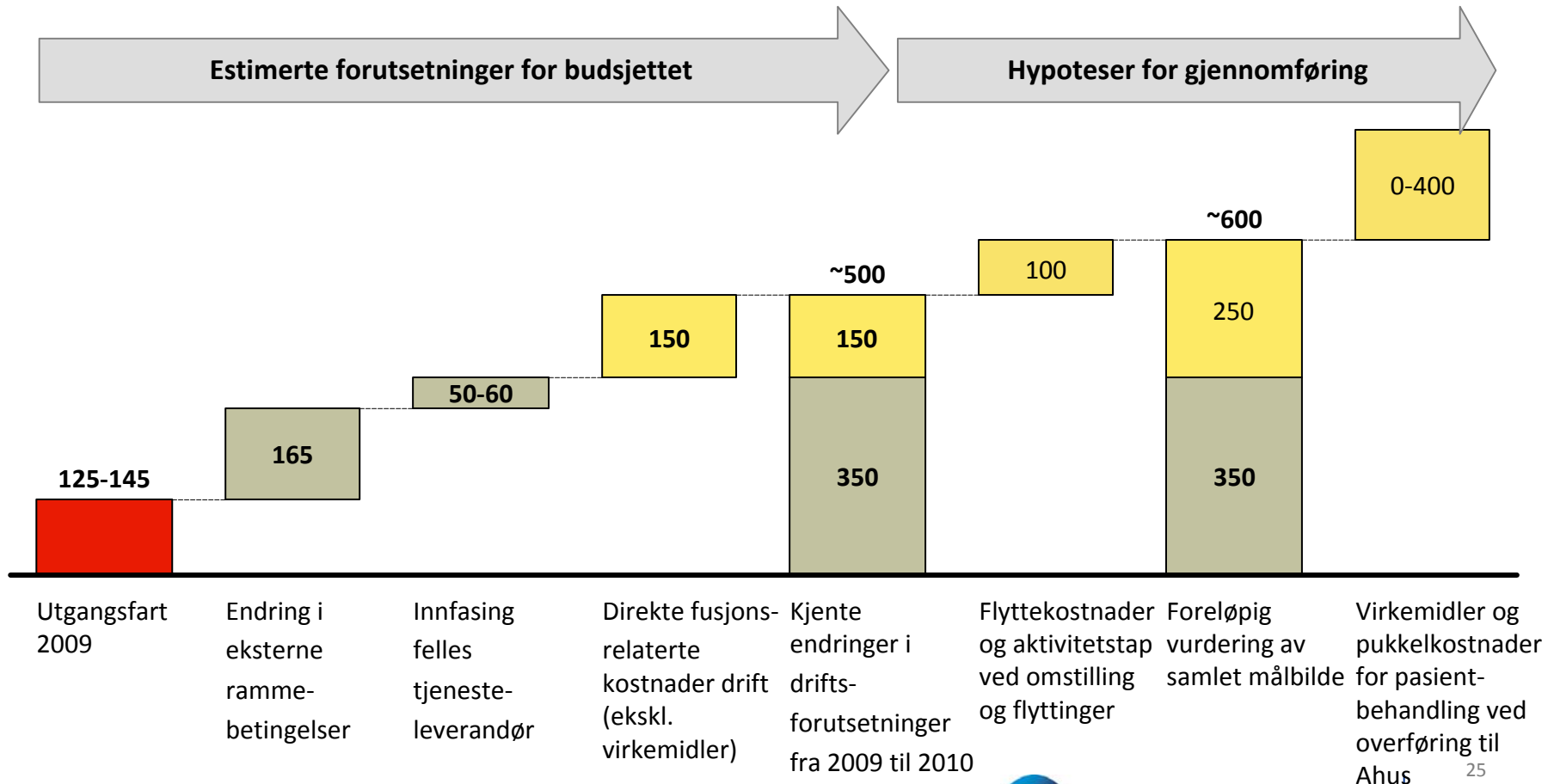
(\*) Resultat korr. for salg av eiendom: (182 mnok)

(\*\*) Pukkelkostnader + endring rammebetingelser

# Økonomisk utfordring i 2010

## Estimater for 2010 relatert til 2009

- Krav til varig reduksjon av driftskostnader
- Integrasjonskostnader (gjennomføring, omstilling, flytting)



# Oppsummering av økonomisk utfordringsbilde frem til Dag 4 (2012) – Drift, omstilling og investeringer 2010 - 2011 (NB ex. pukkelkostnader/virkemidler knyttet til AHUS overføringen)

NOK millioner

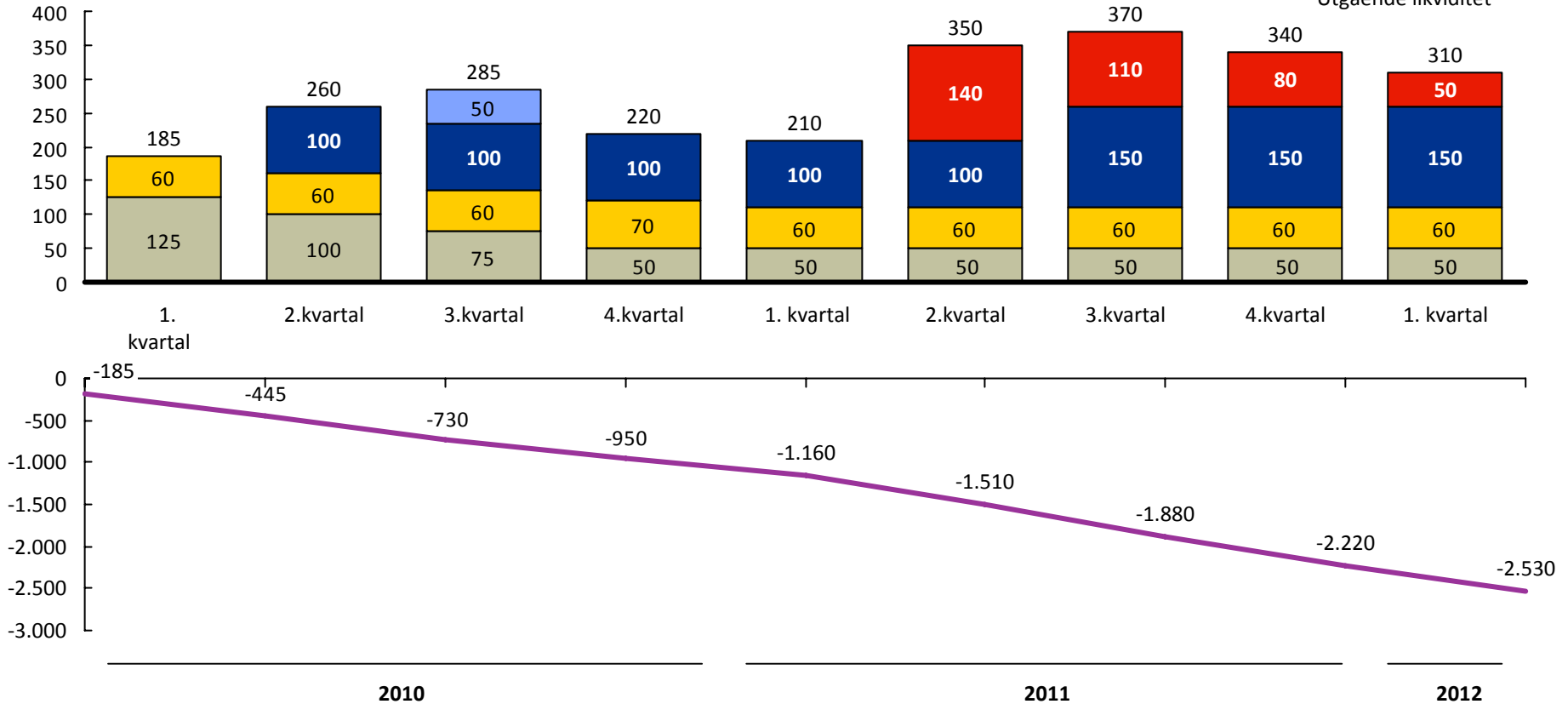
	2010	2011	Total 2010-2011
• Krav til varig reduksjon av driftskostnader	~ 350	~ 1650	~ 2000
• Estimat på integrasjons- og flyttekostnader 2010-2011 (ekstraordinære engangskostnader)	~250	~250	~500
• Estimat på investeringer 2010-2011	200-300	400-700	600-1000

# Likviditetsutfordring 2010 -2011

## Foreløpig illustrasjon

Millioner NOK

- IKT - ekstraordinære kostnader
- Kostnader knyttet til overkapasitet ved overføring Ahus
- Investeringer knyttet til flytting
- Integrasjons- og flyttekostnader
- Underskudd drift
- Utgående likviditet

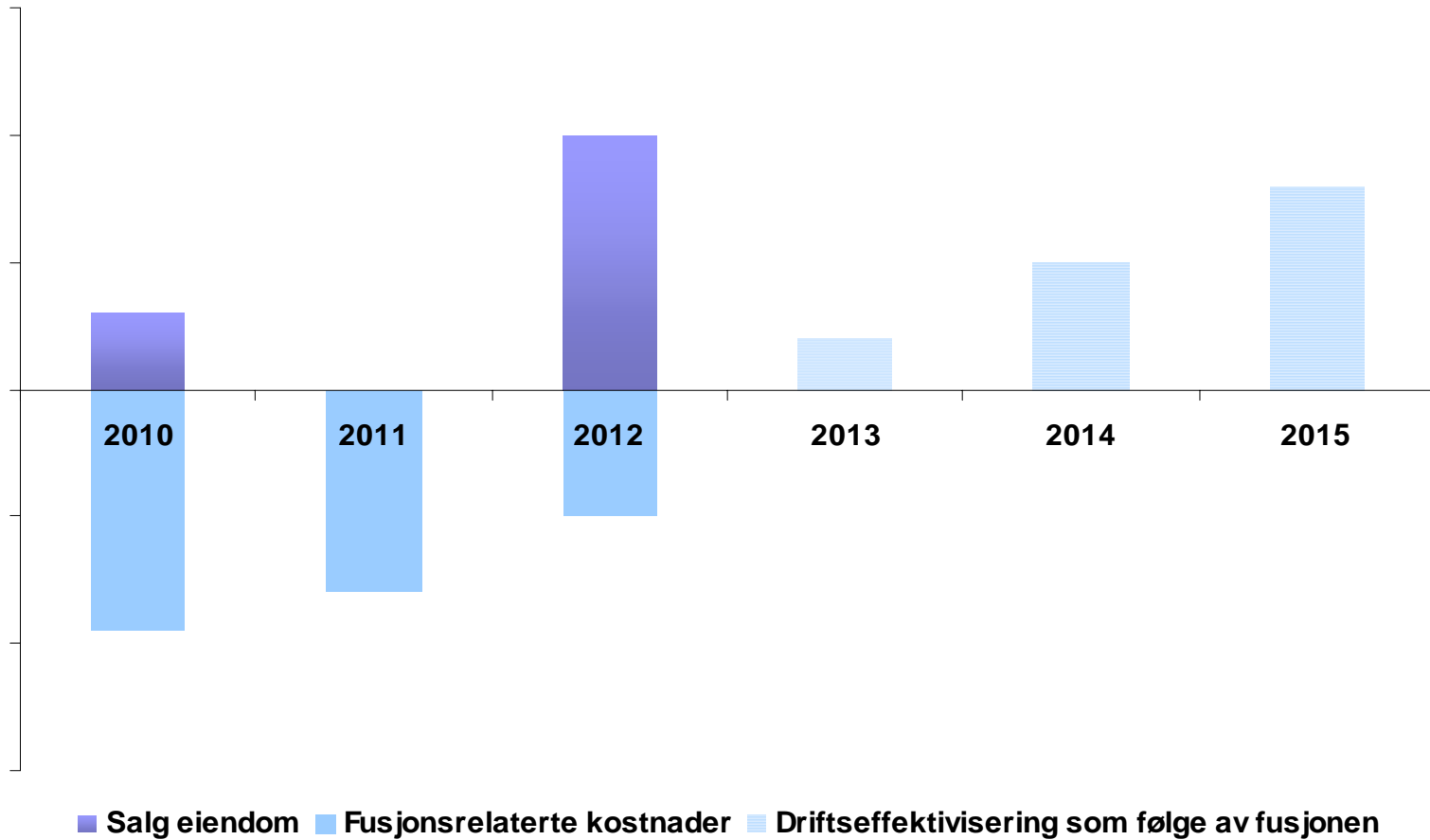


**Prognose drift:** ~350  
**Prognose integrasjons- og flyttekostnader:** ~250  
**Prognose investeringer knyttet til flytting:** ~300  
**Prognose ekstraordinær kostnad IKT:** ~50

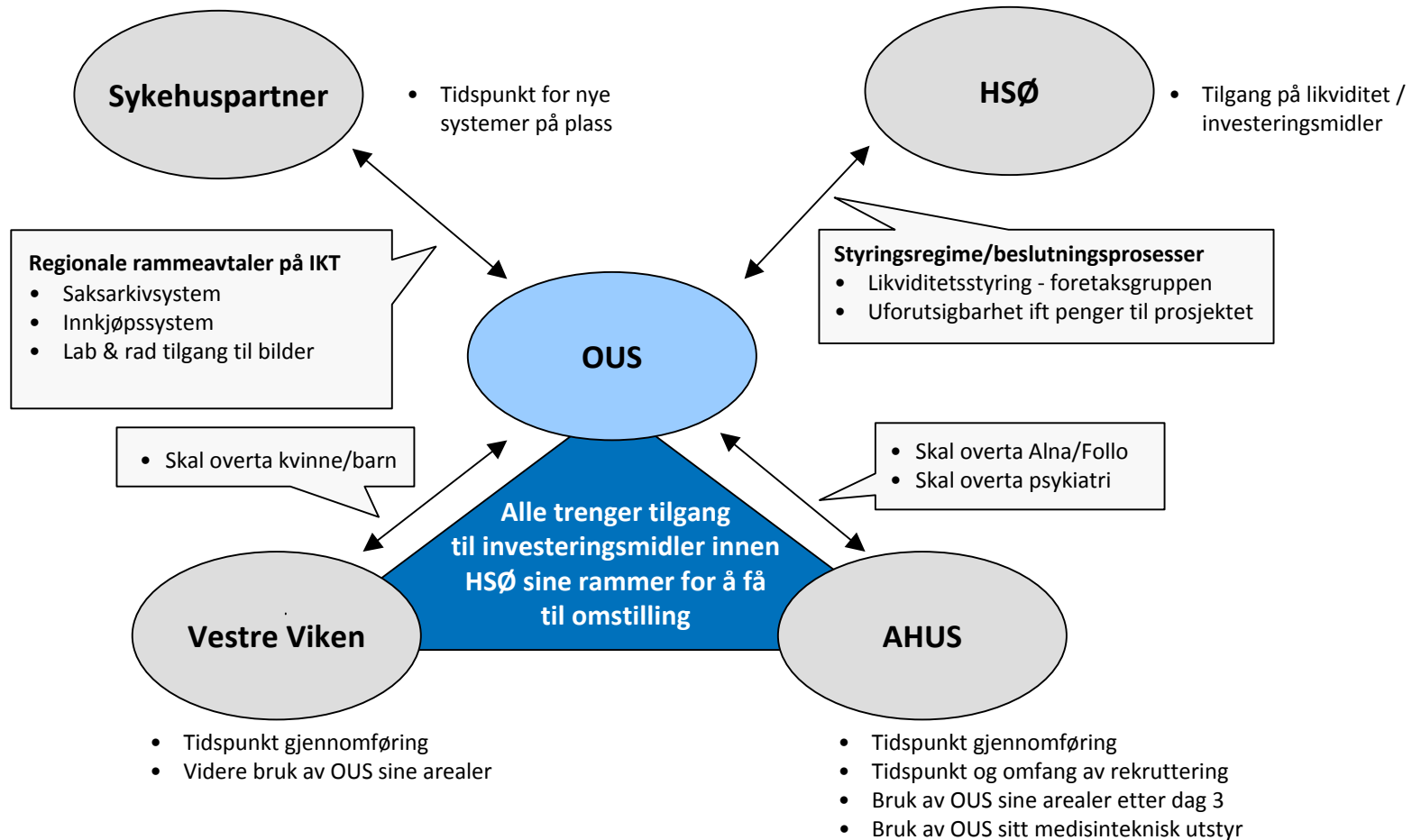
**Prognose drift:** ~200 (2011)  
**Prognose integrasjons- og flyttekostnader:** ~250  
**Prognose investeringer knyttet til flytting:** ~650  
**Kostnader knyttet til overkapasitet ved overføring Ahus:** ~380

# Utvikling av Oslo universitetssykehus er et flerårig investeringsprosjekt

- salg av eiendom kan bidra til løsning



# Viktige avhengigheter til andre foretak og Sykehuspartner stiller krav til god planlegging og samarbeid



# OUS anbefaler en flerårig gjennomføringsstrategi som må forankres i HSØ økonomisk langtidsplan 2011-14 (fase 1)

	Beskrivelse	Vurdering
1	<b>Flerårig perspektiv, gjennomføring i hht "sak 108"</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Flerårig perspektiv reflektert i en forpliktende masterplan (2 hovedfaser)</li><li>• Skal gi bærekraftig driftsbalanse innen 2012</li><li>• Plan for effektivisering, kapasitetstilpasning og reduksjon av en hovedlokalisasjon gjennomføres</li><li>• Nødvendig likviditet sikres til omstilling, flytting og investeringer</li><li>• Planlegging for fase 2 kan startes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gir større forutsigbarhet</li><li>• Midlertidig økte driftskostnader og investeringsbehov under gjennomføringen</li><li>• Betydelige gevinster for pasientbehandling, forskning og økonomi fra 2012</li><li>• Krever videreføring i en fase 2</li></ul>
2	<b>Ettårig perspektiv, "Status quo"</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fortsatt drift på 4 hovedlokalisasjoner</li><li>• Lite samling av likeartet aktivitet blir mulig</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Større risiko og uforutsigbarhet</li><li>• U hensiktsmessig drift – særlig på Aker</li><li>• Fusjonen kan forvitre/stoppe gradvis opp</li><li>• Økonomisk, organisatorisk, styrings- og driftsmessig lite gunstig</li><li>• Vanskelig å oppnå økonomisk og driftsmessig stabil situasjon fra 2012</li></ul>



# Oslo universitetssykehus

- Der barna våre vil jobbe
- Der de får den beste behandlingen når de blir syke
- Som de har råd til å betale for





# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.:	22. april 2010
Dato møte:	29. april 2010
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Inntektsmodell HSØ – OUS notat vedr prissetting av abonnement

---

### **SAK 49/2010 – INNTEKTSMODELL HSØ OG BUDSJETT 2011**

#### **1. Innledning**

Det vises til styremøte 24. mars i år der styret kort ble orientert om det videre arbeidet med felles inntektsmodell for Helse Sør-Øst. I denne saken gis en oppdatert status, og det informeres om videre tidsplan for arbeidet. I tillegg forelegges styret Oslo universitetssykehus HF sine kommentarer og forslag med hensyn til abonnementsordningen for lands- og regionsfunksjoner.

Styret gis videre en kort orientering om hvordan arbeidet med intern inntektsfordeling som grunnlag for budsjett 2011 planlegges gjennomført.

#### **2. Administrerende direktørs vurdering**

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

Det gir grunn til bekymring at foreløpige beregninger viser overføring av inntekter fra Oslo sykehusområde til de andre sykehusområdene utover det som følger av overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus. Det er risiko knyttet til at denne omfordelingen kan sementere seg før det er gjort tilstrekkelige vurderinger av modellen. Administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i arbeidet med ny inntektsmodell, særlig innenfor psykiatri/rus og spesialisert somatikk. Utgangspunktet er å bidra til en så rettferdig fordeling som mulig samtidig som en skal sikre interessene til de pasienter som Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å gi et godt tilbud til.

### 3. Inntektsmodell Helse Sør-Øst

#### 3.1 Prosess

Arbeidet med en felles inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF er gjennomført i flere etapper. Forslag til modell ble forelagt styremøte i Helse Sør-Øst 28. mai 2009 (sak 41-2009). Modellen ble da vedtatt samtidig som styret bad Helse Sør-Øst arbeide videre med noen områder.

Helse Sør-Øst la fram planene for det videre arbeidet i sin styresak 70-2009 til møtet 23. september 2009. Det ble i den forbindelse etablert en hovedprosjektgruppe med tilhørende arbeidsgrupper innen:

- Psykiatri og rus
- Abonnement av lands- og regionsfunksjoner
- Kapital

Nedenfor gis en status for arbeidet med inntektsmodell på nevnte områder og informasjon om de merknadene Oslo universitetssykehus HF har meldt inn.

Arbeidet i disse gruppene avsluttes i disse dager og arbeidsgruppene rapporter oversendes hovedprosjektgruppen, som skal levere sluttrapport til Helse Sør-Øst innen 28. april. Styret i Helse Sør-Øst RHF antas å behandle videre utvikling av inntektsmodellen i sitt møte 9. juni. d.å.

De økonomiske effektene av inntektsmodellen for somatikk er innfaset fra og med budsjettet for 2010 og planlegges innført fullt ut fra og med budsjettet for 2012. For psykiatri og rus er det på dette tidspunkt ikke avklart når de økonomiske effektene skal innarbeides i fordelingen av inntekter mellom helseforetakene.

#### 1.2 Status for arbeidet med inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF

##### Psykiatri og rus

Arbeidsgruppen hadde sitt siste møte 13. april. Modellene for fordeling av inntekter til psykiatri og rus bygges opp etter samme mal som for somatikk med en behovskomponent (basert på demografi og sosiale kriterier), en kostnadskomponent og en mobilitetskomponent. Hovedpunktene i inntektsfordelingsmodellene som nå vurderes er:

- Innvandrerkriteriet i modellen for psykiatri og storbykriteriet i modellen for rus fra Magnussen-utvalget foreslås erstattet med et nytt storbykriterium.
- Kostnadskomponenten skal dekke ekstra kostnader knyttet til undervisning og forskning, lange reiseavstander og ikke-vestlige innvandrere.
- Det innføres gjestepasientoppgjør i hele Helse Sør-Øst.
- Inndekning av Helse Sør-Øst RHF's kostnader til private institusjoner og private avtalespesialister med avtale med RHF-et gjøres ved at helseforetakene trekkes etter bruk av disse.
- Regionale funksjoner holdes utenfor modellen og finansieres særskilt. Regionale behandlingsavdelinger delfinansieres gjennom gjestepasientoppgjør og toppfinansieres utenfor modellen.

Oslo sykehusområde har vært representert i arbeidsgruppen av representanter fra Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Merknadene og kommentarene fra disse representantene til arbeidsgrupperapportene som nå er sendt til hovedprosjektgruppen, er stort sett sammenfallende. Hovedpunktene er følgende:

- Sykehusområdene bør ikke trekkes fullt ut for bruk av private tjenester (private institusjoner og avtalespesialister) siden foretakene ikke har styring med ressursbruken, og ikke kan prioritere hvilke plasser og avtaler man har behov for.
- Det er overkompensert for reiseavstander i modellen.
- I mangel av bedre objektive data, er det riktig å benytte en "storby-komponent" for å fange opp de særskilte storbyproblemene.
- Arbeidet med inntektsmodellen for rusområdet må fortsette med mer utredning for å sikre et bedre tallgrunnlag før modellen implementeres i sin helhet. Det må vurderes å inkludere flere variabler evt. høyere innvekting av storbykomponenten.

Omfordelingsvirkningene for sykehusområdene vil endre seg vesentlig avhengig av hvordan merknadene behandles i det videre arbeidet.

#### Abonnement av lands- regionsfunksjoner (spesialiserte funksjoner)

Oslo universitetssykehus HF har etter oppdrag fra arbeidsgruppen utarbeidet et forslag til prissetting på dette området med utgangspunkt i de prinsippene som Helse Sør-Øst RHF legger til grunn. Hovedinnholdet er følgende:

- Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det skal etableres en kapasitet til svarende 40,5 DRG-poeng (utenom poliklinikk) per 1000 innbygger i Helse Sør-Øst innenfor lands- og regionsfunksjoner. Hoveddelen av aktiviteten innenfor spesialiserte funksjoner vil finne sted i Oslo universitetssykehus HF og utgjøre om lag halvparten av helseforetakets aktivitet.
- Med gitt volum er utfordringen å sette en pris som gjør at aktiviteten kan drives i økonomisk balanse. KPP-beregninger (kostnad per pasient) med utgangspunkt i Rikshospitalets kostnader fra 2006-2009 tilsier at det er nødvendig med en kostnadsindeks (relativ refusjonssats i forhold til DRG-prisen) som er høyere enn det som er lagt til grunn tidligere. Beregningene er foreløpige og kan bli justert som følge av kvalitetssikring og nærmere avstemning med inntektsmodellen til Helse Sør-Øst RHF.

#### Kapital

Det er foreløpig uavklart om finansiering av kapital vil inkluderes i modellen i denne omgang. Man har foreløpig vurdert om inntektene kan følge av inntektsmodellene innen somatikk, psykiatri og rus. Både omfang og videre framdrift er uavklart.

## **4. Budsjett 2011**

### 4.1 Utgangspunkt for inntekter for Oslo universitetssykehus HF

Det er usedvanlig stor usikkerhet knyttet til hvilke budsjetterammer og

aktivitetskrav Oslo universitetssykehus HF vil få for 2011. Dette henger sammen med følgende forhold:

- 2011 er det første året ny inntektsmodell for somatikk i Helse Sør-Øst er planlagt implementert med noen vesentlig tyngde (55 pst).
- Som følge av overføring av virksomhet til Ahus vil inntektsgrunnlaget for Oslo universitetssykehus HF svekkes vesentlig. De marginale beregningene av dette er det også knyttet usikkerhet til.
- Som følge av overføring av virksomhet til Ahus vil det måtte bli store endringer i relative fordeling av ressurser internt i Oslo universitetssykehus HF.
- De samlede rammene for spesialisthelsetjenesten vil bli tilpasset endrede makroøkonomiske rammebetingelser.

Helse Sør-Øst RHF har anslått at de samlede inntektene for Oslo universitetssykehus vil kunne bli redusert med i størrelse 1 800 mill. kroner fra 2010 til 2011 som følge av overføring av aktivitet til Ahus. Tabellen nedenfor viser de foreløpige beregningene vi har fått oversendt. I disse tallene inngår ikke eventuelt bortfall av kompensasjon til økte pensjonskostnader eller endret finansiering av kapitalkostnader. Videre er ikke inntektseffekt av lavere aktivitet innen laboratoriene og radiologi inkludert.

Sum tjenesteområder	Tusen kroner
Endring basis somatikk	(800 000)
Endringer ISF og GP	(160 000)
Endring basis psykisk helsevern	(690 000)
Endring basis TSB	(130 000)
<b>Sum inntektsendringer tjenesteområder</b>	<b>(1 800 000)</b>

*Foreløpige beregninger fra Helse Sør-Øst*

Det legges til grunn at overføring av aktivitet til Vestre Viken i seg selv ikke fører til endret rammefinansiering av Oslo universitetssykehus HF fordi det samlede opptaksområdet allerede ligger til grunn for nåværende rammefinansiering av Vestre Viken HF.

#### 4.2 Interne budsjetter for klinikkene i Oslo universitetssykehus HF

Overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken vil slå ulikt ut for de enkelte nivå 2-enhetene i Oslo universitetssykehus HF. Tidligere budsjetter – 2010 budsjettene – kan derfor ikke lenger legges til grunn for intern budsjettfordeling fra og med 2011. Hvordan Oslo universitetssykehus HF er finansiert bør også ha betydning for hvordan ressurser fordeles internt i helseforetaket. Det legges opp til at det så langt som mulig lages en intern inntektsfordeling som speiler den måten Oslo universitetssykehus HF er finansiert på. Det betyr adskilte inntektsstrømmer så langt det lar seg gjøre til:

- Lokal- og områdesykehusfunksjoner
- Spesialiserte funksjoner
- Forskning, særlige kostnadskomponenter

Skal budsjettene fordeles med dette utgangspunktet kreves det et omfattende arbeid i planlegging av budsjettene for 2011. Dette er i ferd med å starte opp. Arbeidet er tidkrevende og det er lagt opp til bred involvering internt i organisasjonen. Arbeidet kan ikke slutføres før etter at Helse Sør-Øst har avsluttet sitt arbeid med inntektsfordelingsmodell for regionen. I praksis vil det si at budsjettrammene for 2011 først blir klare sent ut på høsten.

For klinikkene er det imidlertid viktig nå å kunne ha noen rammer å forholde seg i når det skal gis signaler til ansatte om framtidige bemanning i OUS og når de skal starte arbeidet med planlegging av virksomheten etter 2011. For OUS er det viktig at dette gjøres på en likeartet måte mellom de ulike klinikkene og på en måte som er konsistent med den kunnskapen vi har om våre framtidige inntekter.

For å håndtere denne situasjonen foreslås det å lage foreløpige budsjettrammer (og aktivitetskrav) for 2011. Inntil videre legges følgende prinsipper til grunn:

- utgangspunkt i rammer for 2010
- trekke ut øremerkede midler
- korrigere rammen for klinikk psykiatri og rus med utgangspunkt i forventet inntektsbortfall for psykiatri (ny inntektsmodell i HSØ og overføring av aktivitet til A-hus)
- redusere klinikkrammene for de somatiske klinikkene i samsvar med det aktivitetsnedtrekk som er beregnet som følge av overføring til Ahus og Vestre Viken og korrigere som følge av forventet inntektsbortfall ved ny inntektsmodell (full effekt, dvs 2012-nivå)
- beregne redusert belastning på/bruk av medisinsk service samt for stab og Oslo sykehuservice med utgangspunkt i redusert aktivitet
- avstemme mot forventet inntektsbortfall for OUS samlet

### **Forslag til vedtak**

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

*Styret ber administrerende direktør sikre at Oslo universitetssykehus HF bidrar aktivt i arbeidet med ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF for å sikre tilstrekkelig finansiering til de oppgavene helseforetaket forventes å skulle utføre, samt at det omfattende omstillingsprogrammet i Oslo universitetssykehus blir tatt hensyn til i innføring av ny inntektsmodell.*

Oslo den 22. april 2010

Siri Hatlen

**Oslo universitetssykehus HF**  
**Økonomistab**  
**16.04.2010**

**Prissetting av lands- og regionsfunksjoner (spesialiserte funksjoner)**

**1. Sammendrag**

I inntektsmodellen for Helse Sør-Øst forutsettes lands- og regionfunksjoner finansiert særskilt gjennom en såkalt abonnementsordning. Oppbygning av abonnementsordningen er vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i likhet med forbruksnivået for lands- og regionsfunksjoner. Det vil si at til forskjell fra resten av pasientbehandlingen (lokal- og områdefunksjoner) som finansieres basert på befolkning og sosioøkonomiske faktorer, definerer inntektsmodellen omfanget av spesialisert behandling i form av DRG-poeng. Oslo universitetssykehus, som er det dominerende helseforetaket i å gi spesialisert behandling, er dermed pålagt å utføre eller i alle fall ha kapasitet for å kunne utføre et gitt omfang lands- og regionsfunksjoner. Med volumet gitt må det etableres et prinsipp for prissetting som sikrer kostnadsdekning. I dette notatet gjennomgås beregninger basert på kostnad per pasient som grunnlag for nevnte prinsipp for prissetting for lands- og regionsfunksjoner.

En landsfunksjon for en pasientgruppe tildeles formelt av Helse- og omsorgsdepartementet for å bedre pasientenes prognose og etter kriterier for kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng, herunder stort ressursforbruk pr pasientforløp med stort behov for støttfunksjoner og medisinsk-teknisk utstyr. En regionfunksjon omfatter et pasientrettet tilbud som samles på ett sted i regionen, vanligvis regionspsykehuset. Generelt vil små pasientgrupper med behov for spesialisert medisin og komplekse pasienter være regionspasienter. Det samme gjelder pasienter med kostnadsdrivende tilleggsdiagnoser (f. eks nyresvikt, blødertilstander, avansert hjertelidelse, m.m.) og små barn. I dette notatet brukes begrepet spesialiserte funksjoner om landsfunksjoner og regionsfunksjoner samlet.

Beregningene tar utgangspunkt i Kostnad pr pasient utarbeidet ved tidligere Rikshospitalet HF (i 2009 en adskilt driftsenhet i Oslo universitetssykehus HF). Beregningsprinsippene er i samsvar med det som nå utvikles som nasjonal standard for Kostnad pr pasient. Videre er effekt av avskrivninger synliggjort, og forhold finansiert gjennom inntektsmodellens kostnadskomponent og økte pensjonskostnader trukket ut av kostnadsbasen. Beregningene inneholder tall for 2006-2009.

Beregningene viser Kostnad pr pasient pr sykehusområde sett i forhold til DRG-pris det aktuelle året (kostnadsindeks). Det er videre beregnet en totalindeks der pasientbehandling fra alle regioner og sykehusområder inngår. Denne totalindeksen er imidlertid påvirket av at Rikshospitalet utfører en rekke områdefunksjoner for Oslo og for de nærliggende sykehusområdene. Det er derfor beregnet egne indekser hvor Oslo og de andre nærliggende

sykehusområdene er holdt utenfor. Denne indeksen vurderes å være bedre dekkende for kostnadsnivået for de rene lands- og regionsfunksjonene.

Beregningen viser foreløpig at gjennomsnittlig kostnad pr DRG ligger 41 – 67 pst over DRG-prisen gitt at Oslo, Follo og Asker og Bærum holdes utenfor. Det er da i beregningene trukket ut de kostnadskomponentene som vil få en annen særskilt finansiering i inntektsmodellen for Helse Sør-Øst.

Det vil bli utarbeidet en egen pakke med grunnlagsdata for kostnadsindeksene som omtales i dette notatet så snart tallmaterialet er ferdig kvalitetssikret. Tallene i dette notatet kan også endres som følge av kvalitetssikring.

## 2. Bakgrunn

Arbeidet med en felles inntektsmodell for Helse Sør-Øst er gjennomført i flere etapper. Status for arbeidet ble forelagt styremøte i Helse Sør-Øst 28. mai 2009 (sak 41-2009). Resultat av det videre arbeidet med modellen skal etter planen forelegges styret i Helse Sør-Øst 9. juni 2010.

### 2.1. *Behandling i styremøtet i Helse Sør-Øst 28. mai 2009*

Styret i Helse Sør-Øst ble i nevnte styresak forelagt et forslag til modell for finansiering av somatiske helsetjenester. Modellen er i hovedsak bygget opp av tre komponenter:

- Behovskomponent – basert på befolkningstall og sosioøkonomiske faktorer som skal finansiere de helsetjenester som skal utføres innenfor hvert sykehusområde.
- Kostnadskomponent – knyttet til særskilte funksjoner/forhold for noen sykehusområder, f eks forskning, undervisning, reiseavstand.
- Mobilitetskomponent – som skal finansiere de helsetjenester sykehusområdene utfører for personer fra andre sykehusområder, dvs gjestepasienter og abonnement av lands- og regionsfunksjoner.

I det videre fokuserer dette notatet på abonnementsordningen innenfor mobilitetskomponenten.

Slik modellen ble foreslått for styret i mai 2009 skulle abonnement av lands- og regionsfunksjoner baseres på et gitt forbruk pr sykehusområde og et gitt prisnivå.

Nivå for forbruk av lands- og regionfunksjoner ble analysert og beregnet ut fra gjeldende forbruk og geografisk avstand til tjenestene. Analysene indikerte etter Helse Sør-Øst sin vurdering at antallet pasienter som får høyspesialisert behandling samsvarer med en norm på 40,5 DRG-poeng pr. 1 000 innbygger (før poliklinikk ble innarbeidet i DRG-tallene). Det betyr at for Helse Sør-Øst totalt skulle heldøgns- og dagbehandlingen av lands- og regionspasienter utgjøre totalt ca 102 000 DRG-poeng. Av dette kommer om lag 23 000 fra Oslo. Dermed vil om lag 80 000 DRG-poeng bli finansiert av abonnementsordningen. Det aller meste av denne aktiviteten blir utført i Oslo universitetssykehus HF.

Prisnivå for lands- og regionsfunksjonene ble av Helse Sør-Øst RHF anslått til 120 pst av DRG-pris. Grunnlaget for dette var i hovedsak SAMDATA 2007. Både beslutningsgrunnlaget og selve prisnivået ble bestridt av Oslo universitetssykehus HF.

Styret gav sin tilslutning til modellens oppbygning og forbruksnivået for lands- og regionsfunksjoner. Styret bad dessuten Helse Sør-Øst arbeide videre med prisenivået for lands- og regionfunksjoner. Punkt 5 fra vedtaket:

*Det gjennomføres en ytterligere vurdering av størrelsen på enkelte elementer i modellen, bl.a. abonnementsprisen for spesialiserte tjenester. Det må også foretas en oppdatering av relevante data. Styret legger videre til grunn at alle elementer som kan tas inn i 2010 blir hensyntatt i modellen. Styret ber om at resultatet av dette blir presentert for styret når det foreligger.*

## **2.2.      **Prosess etter styremøtet 28. mai 2009****

Helse Sør-Øst la fram planene for det videre arbeidet med felles inntektsmodell i sin styresak 70-2009 til møtet 23. september 2010. Prissetting av lands- og regionsfunksjoner inngår som ett element i dette arbeidet. Det ble etablert en egen arbeidsgruppe dedikert til formålet.

En grunnleggende utfordring for denne arbeidsgruppen var å finne et beregningsgrunnlag som kunne la seg bruke i det videre arbeidet. Oslo universitetssykehus foreslo å bruke en modell for beregning av kostnad pr pasient (KPP) på pasientpopulasjonen ved Rikshospitalet. Bakgrunnen for dette var at pasientpopulasjonen ved Rikshospitalet med visse modifikasjoner kan være representativ for spesialiserte funksjoner. Rikshospitalet har ikke hatt ansvar for et eget opptaksområde og har således i utgangpunktet ikke et tungt innslag av lokal- og områdefunksjoner. I tillegg er arbeidet med kostnad pr pasient (KPP) ved Rikshospitalet kommet langt og er standardisert nasjonalt slik at det lar seg bruke til dette formålet. Den underliggende forutsetningen er derfor at KPP-beregninger for Rikshospitalet således burde være egnet for å kunne vurdere kostnadsnivået for spesialiserte funksjoner i Helse Sør-Øst (herunder Ullevål og Aker, dvs hele Oslo universitetssykehus HF som vil stå for det aller meste av disse funksjonene).

Arbeidsgruppen aksepterte å bruke forslaget fra Oslo universitetssykehus og ble i første runde forelagt datagrunnlaget for 2008 i sitt møte 18. januar 2010. Tilbakemeldingen etter dette møtet var at man ønsket et oppdatert grunnlag der følgende forhold var håndtert:

- Utgangpunktet er totale kostnader for RH.
- De uttrekk som gjøres for å komme frem til det kostnadsgrunnlaget som legges til grunn skal spesifiseres.
- Beregninger av gjennomsnittlig kostnadsindeks gjøres for pasienter for sykehusområder i Helse Sør-Øst, unntatt Oslo og Akershus.
- Det gjøres beregninger både med og uten avskrivninger.
- Hvis det er gjort opp- eller nedskrivninger som har påvirket driftsresultatet ved RH i aktuelle år skal håndtering av dette spesifiseres.
- Inntektsmodellens kompensasjon av merkostnader i pasientbehandlingen som følge av forskningsaktivitet og utdanning av leger i spesialisering og turnuskandidater - må kunne tas ut av kostnadsgrunnlaget eller på annen måte hensyntas ved beregning av gjennomsnittskostnad.
- Det skal utarbeides beregninger for årene 2006-2009.

Disse forholdene er nå tatt hensyn til i datagrunnlaget fra Oslo universitetssykehus (vedlagt) som legges til grunn for det videre arbeidet med prissetting av lands- og regionfunksjoner.



Arbeidet skal avsluttes slik at styret i Helse Sør-Øst kan behandle videre utvikling av inntektsmodellen i sitt møte 9. juni.

### **3. Nasjonalt prosjekt for Kostnad per pasient i regi av Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet har de senere år ledet et arbeid med å utvikle en nasjonal standard for Kostnad per pasient (Nasjonal KPP). Det foreliggende regelverket har i 2009 vært testet ut i norske sykehus – deriblant Rikshospitalet. Sluttrapport fra prosjektet skal leveres Helse og omsorgsdepartementet 15. mai 2010.

En felles nasjonal spesifisering for KPP-regnskap forutsetter etablering av nasjonale standarder knyttet til fire forhold:

- Fastsette hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som skal omfattes og dermed hvilke kostnadselementer som skal inngå i KKP-regnskapet.
- Kategorisere de pasientspesifikke tjenestene og fastsette hvordan disse tjenestene skal dokumenteres.
- Fastsette prinsippene for hvordan de pasientspesifikke tjenestene som ytes under et opphold skal kostnadsberegnes.
- Definere hvordan de tjenestene som ikke er pasientspesifikke skal grupperes, og fastsette hvordan kostnadene for disse fellestjenestene skal fordeles til den enkelte pasient.

### **4. Kostnad per pasient – Rikshospitalets tilnærming**

Rikshospitalets arbeid med en KPP-modell startet i 2004. Rikshospitalet har i likhet med Ullevål vært aktiv bidragsyter til den nasjonale standarden for KPP og Rikshospitalets modell slik den nå foreligger, er i samsvar med de regler den nasjonale standarden for KPP setter.

#### ***4.1. Modellens oppbygning***

Modellen kobler regnskapsdata til aktivitetsdata hver måned. All pasientaktivitet ved kliniske og medisinske serviceenheter er inkludert. Dvs. alle tjenester levert til både inneliggende og polikliniske pasienter kostnadsberegnes.

For å kunne gjennomføre beregningene har man for tjenestene anestesi, laboratorie, stråleterapi og radiologi utarbeidet undersøkelsesspesifikke vektorer. Disse reflekterer de relative forskjeller i ressursbruk mellom undersøkelsene pr behandlingsenhet. Dette arbeidet har blitt gjort i samarbeid med avdelingene. For beregning av øvrige tjenestekostnader brukes registrerte tider i grunnsystemene. Det differensieres etter når på døgnet en tjeneste utføres, for eksempel er en radiologisk undersøkelse tatt om natten dyrere enn om den blir tatt på dagtid.

Modellen beregner slik *kostnadsstrukturen* til alle tjenester utført ved sykehusets om lag 230 behandlingseenheter.

På denne måten vil alle tjenester utført i et gitt pasientforløp være kostnadsberegnet og summere seg opp til en total kostnad for det aktuelle pasientforløpet.

## 4.2. Hva som er holdt utenfor kostnadsbasen

Hvilke kostnader som skal ekskluderes følger retningslinjene i det nasjonale kostnadsvekstarbeidet (Nasjonal KPP). I prinsippet skal kostnader som ikke kan knyttes til pasientbehandling ekskluderes. Dette omfatter all aktivitet som har separat finansiering (eks. Behandlingsreiser, Krefregisteret, øremerket finansiering til forskning mv.). Kostnader knyttet til parkeringsanlegg samt andel av felleskostnader til drift av utleiearealer (UiO) er også ekskludert. Avskrivninger er i utgangspunktet ekskludert i presentasjon av resultatene. Egne rapporter dokumenterer dette. I 2009 ble nær 1,6 mrd kr ekskludert av Rikshospitalets totale kostnader ekskludert.

Årlig kostnadsbase som er lagt til grunn er:

	2006	2007	2008	2009
Samlede kostnader Rikshospitalet	6,83	7,05	7,11	6,83
Ekskluderte kostnader	1,59	1,83	1,94	1,58
Kostnadsbase som inngår i KPP	5,24	5,22	5,17	5,25

Følgende DRG-pris og behandlingvolum er benyttet:

	2006	2007	2008	2009
ISF enhetspris 100%	31 614	32 490	33 647	35 127
DRG-opphold	71 377	71 657	69 876	72 199
Polikliniske konsultasjoner	187 683	193 920	211 882	219 941

Tallene omfatter Rikshospitalet HF for årene 2006-2008 og delregnskapet for driftenheten Rikshospitalet som del av Oslo universitetssykehus HF for 2009. Spesialsykehuset for rehabilitering og Spesialsykehuset for epilepsi er holdt utenfor for alle årene. Bergningene som nå foreligger er gjort stegvis. I første steg vises modellen slik den foreligger med de uttrekk den nasjonale standarden krever. I de påfølgende beregningene presenteres tallene for de forhold arbeidsgruppen ønsker synliggjort eller trukket ut:

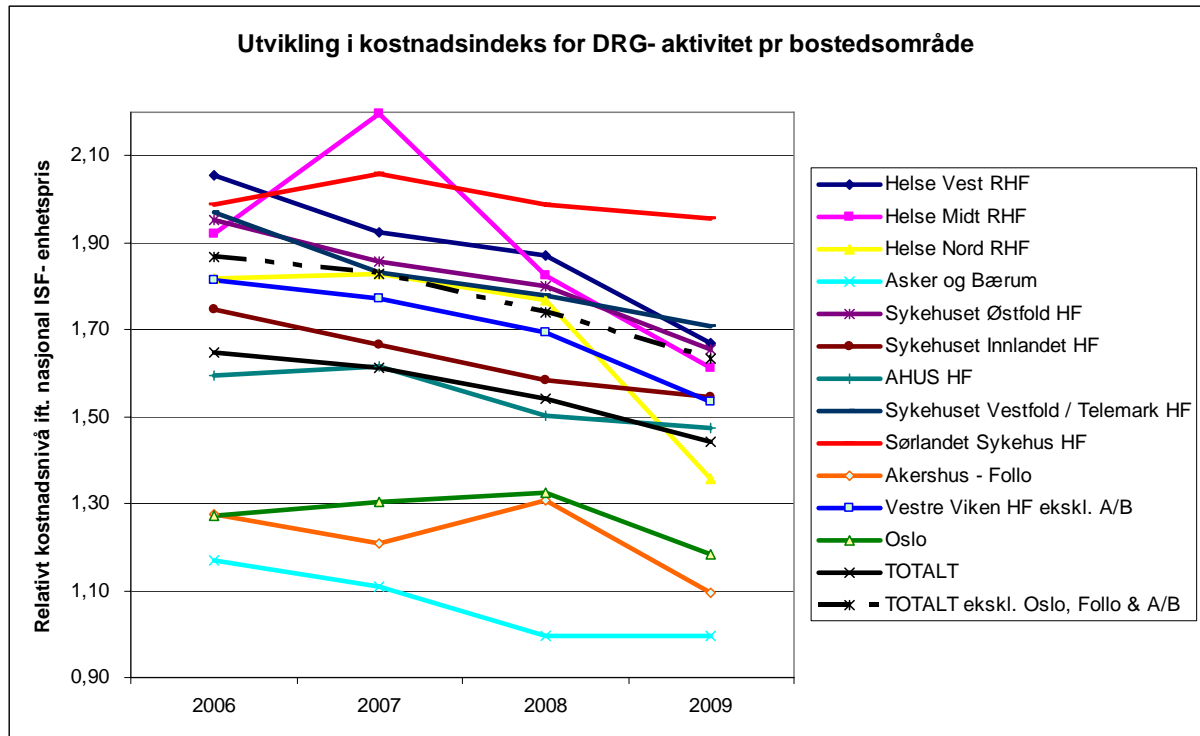
- synliggjøring av avskrivningenes effekt
- kostnadskomponentens bidrag til forskning
- kostnadskomponentens bidrag til leger i spesialisering
- pensjonstildelingen sykehusene har mottatt som følge av endrede pensjonsberegninger

Disse beregningene er ikke gjort gjennom modellen, men er lagt utenpå og bidrar til å trekke kostnadsindeksen totalt og pr sykehusområde ned parallelt.

## 4.3. Hva viser bergningene?

Beregningene omfatter tall fra 2006 til 2009. Pasientforløpene er gruppert etter hvilket sykehusområde pasientene kommer fra. Pasienter fra Asker og Bærum er trukket ut fra Vestre Viken.

Tallene viser kostnader sett i forhold til DRG-pris (kostnadsindeks) innenfor det aktuelle år. Tallene forstås slik at for pasienter fra Sørlandet ligger gjennomsnittlig kostnad pr pasient noe over 90 pst høyere enn DRG-prisen. For pasienter fra Oslo ligger gjennomsnittlig kostnad mellom 15 og 30 pst over DRG-pris. Pasientene fra Asker og Bærum ligger fra 20 pst over til om lag på samme nivå som DRG-prisen.



Figur 1 Utvikling i kostnadsindeks for DRG- aktivitet pr sykehusområde (ref. ISF- enhetspris)

<b>Opphold gruppert som dag/døgn ref. ISF- enhetsprisen</b>				
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Helse Vest RHF	2,05	1,92	1,87	1,67
Helse Midt RHF	1,92	2,20	1,82	1,61
Helse Nord RHF	1,82	1,83	1,77	1,36
Asker og Bærum	1,17	1,11	1,00	0,99
Sykehuset Østfold HF	1,95	1,86	1,80	1,65
Sykehuset Innlandet HF	1,75	1,67	1,58	1,54
AHUS HF	1,59	1,62	1,50	1,47
Sykehuset Vestfold / Telemark HF	1,97	1,83	1,78	1,71
Sørlandet Sykehus HF	1,99	2,06	1,99	1,96
Akershus - Follo	1,28	1,21	1,31	1,09
Vestre Viken HF ekskl. A/B	1,81	1,77	1,69	1,54
Oslo	1,27	1,31	1,33	1,18
<b>TOTALT</b>	<b>1,65</b>	<b>1,61</b>	<b>1,54</b>	<b>1,44</b>
<b>TOTALT ekskl. Oslo, Follo &amp; A/B</b>	<b>1,87</b>	<b>1,83</b>	<b>1,74</b>	<b>1,63</b>
Andre	2,12	2,26	2,01	3,50

Tabell 1 Utvikling i Kostnadsindeks for DRG- aktivitet pr sykehusområde med og uten Oslo, Follo, Asker og Bærum.

Tallene reflekterer at pasientene fra for eksempel Sørlandet ligger lengre samt får flere og mer kostbare tjenester under oppholdet enn gjennomsnittspasienten fra Oslo, Follo, Asker og Bærum.

Det relative kostnadsnivå mellom pasienter fra de enkelte sykehusområder fluktuerer noe gjennom fireårsperioden. For Ahus HF viser tallene en meget kraftig økning fra 2008 til 2009. Økningen har særlig sammenheng med en markert økning i intensivdøgn for pasienter fra AHUS sykehusområde i 2009 (svineinfluensa, m.m.) og illustrerer modellens følsomhet for endringer i pasientflyt for en geografisk avgrenset befolkning.

I tillegg til kostnadsindeks pr sykehusområde er det utarbeidet en totalindeks der samtlige sykehusområder inngår. Denne viser at pasienter fra alle sykehusområdene har en gjennomsnittlig kostnad som ligger mellom 44 og 65 pst over DRG-prisen. Det er videre utarbeidet en totalindeks der pasienter fra Oslo, Follo og Asker og Bærum holdes utenfor. Denne viser at gjennomsnittlig kostnad for pasienter fra resterende sykehusområder ligger mellom 63 og 87 pst over DRG-pris.

#### 4.4. Synliggjøring av avskrivninger

Arbeidsgruppen bad særskilt om å få synliggjort tallmateriale inklusive avskrivninger. Når vi legger til disse viser beregningen følgende totalindeks med og uten pasienter fra Oslo, Follo og Asker og Bærum:

Opphold gruppert som dag/døgn ref. ISF- enhetsprisen				
	2006	2007	2008	2009
Helse Vest RHF	2,16	2,06	1,99	1,77
Helse Midt RHF	2,02	2,34	1,94	1,71
Helse Nord RHF	1,92	1,96	1,89	1,44
Asker og Bærum	1,23	1,19	1,06	1,06
Sykehuset Østfold HF	2,06	1,98	1,91	1,75
Sykehuset Innlandet HF	1,85	1,79	1,69	1,64
AHUS HF	1,68	1,73	1,60	1,56
Sykehuset Vestfold / Telemark HF	2,07	1,96	1,89	1,81
Sørlandet Sykehus HF	2,09	2,20	2,11	2,06
Akershus - Follo	1,35	1,29	1,39	1,16
Vestre Viken HF ekskl. A/B	1,91	1,89	1,80	1,63
Oslo	1,35	1,40	1,42	1,26
<b>TOTALT</b>	<b>1,74</b>	<b>1,72</b>	<b>1,64</b>	<b>1,53</b>
<b>TOTALT ekskl. Oslo, Follo &amp; A/B</b>	<b>1,97</b>	<b>1,95</b>	<b>1,85</b>	<b>1,73</b>
Andre	2,24	2,43	2,14	3,70

Tabell 2 Synliggjøring av beregning der avskrivninger inngår).

#### 4.5. Håndtering av interne kostnader til forskning

Inntekstmodellens kostnadskomponent forutsettes å kompensere for merkostnader i pasientbehandlingen som følge av forskningsaktivitet. Man la til grunn en sats på 470 000 kroner (2007-kroner) multiplisert med institusjonens årlige NIFU-step poeng, dvs. publikasjonspoeng og doktorgradspoeng (jf vedlegg ).

Når vi reduserer kostnadsbasen med denne kompensasjonen viser beregningen følgende totalindeks med og uten pasienter fra Oslo, Follo og Asker og Bærum:

<b>Opphold gruppert som dag/døgn ref. ISF- enhetsprisen</b>				
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Helse Vest RHF	1,85	1,73	1,67	1,50
Helse Midt RHF	1,73	1,98	1,63	1,44
Helse Nord RHF	1,64	1,65	1,58	1,22
Asker og Bærum	1,05	1,00	0,89	0,89
Sykehuset Østfold HF	1,76	1,67	1,61	1,48
Sykehuset Innlandet HF	1,58	1,50	1,42	1,38
AHUS HF	1,44	1,46	1,34	1,32
Sykehuset Vestfold / Telemark HF	1,78	1,65	1,59	1,53
Sørlandet Sykehus HF	1,79	1,85	1,78	1,75
Akershus - Follo	1,15	1,09	1,17	0,98
Vestre Viken HF ekskl. A/B	1,64	1,60	1,51	1,38
Oslo	1,15	1,18	1,19	1,06
<b>TOTALT</b>	<b>1,49</b>	<b>1,45</b>	<b>1,38</b>	<b>1,29</b>
<b>TOTALT ekskl. Oslo, Follo &amp; A/B</b>	<b>1,69</b>	<b>1,65</b>	<b>1,56</b>	<b>1,46</b>
Andre	1,91	2,04	1,80	3,14

Tabell 3 Utvikling i Kostnadsindeks for DRG- aktivitet pr sykehusområde med og uten Oslo, Follo, Asker og Bærum (korrigert for kompensasjon i kostnadskomponenten for forskning).

#### **4.6. Håndtering av kostnader til leger i spesialisering**

Inntektmodellens kostnadskomponent forutsettes også å kompensere for merkostnader i pasientbehandlingen som følge av utdanning av leger i spesialisering. Man la til grunn en sats på 100 000 kroner (2007-kroner) multiplisert med antall leger i spesialisering (280 i 2008).

Når vi reduserer kostnadsbasen med denne kompensasjonen i tillegg til kompensasjonen for forskning, viser beregningen følgende totalindeks med og uten pasienter fra Oslo, Follo og Asker og Bærum:

<b>Opphold gruppert som dag/døgn ref. ISF- enhetsprisen</b>				
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Helse Vest RHF	1,84	1,72	1,66	1,48
Helse Midt RHF	1,72	1,96	1,62	1,43
Helse Nord RHF	1,63	1,63	1,57	1,21
Asker og Bærum	1,05	0,99	0,88	0,88
Sykehuset Østfold HF	1,75	1,66	1,60	1,47
Sykehuset Innlandet HF	1,57	1,49	1,41	1,37
AHUS HF	1,43	1,45	1,33	1,31
Sykehuset Vestfold / Telemark HF	1,76	1,64	1,58	1,52
Sørlandet Sykehus HF	1,78	1,84	1,76	1,74
Akershus - Follo	1,14	1,08	1,16	0,97
Vestre Viken HF ekskl. A/B	1,63	1,59	1,50	1,37
Oslo	1,14	1,17	1,18	1,05
<b>TOTALT</b>	<b>1,48</b>	<b>1,44</b>	<b>1,37</b>	<b>1,28</b>
<b>TOTALT ekskl. Oslo, Follo &amp; A/B</b>	<b>1,67</b>	<b>1,63</b>	<b>1,54</b>	<b>1,45</b>
Andre	1,90	2,03	1,79	3,11

Tabell 4 Utvikling i Kostnadsindeks for DRG- aktivitet pr sykehusområde med og uten Oslo, Follo, Asker og Bærum (korrigert for kompensasjon i kostnadskomponenten for forskning og leger under spesialisering).

#### 4.7. Håndtering av økte pensjonskostnader fra 2007

Sykehusenes pensjonskostnader økte relativt markert fra 2006 til 2007. Grunnen til dette var at det ble lagt til grunn endrede økonomiske forutsetninger for pensjonsberegningene.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i Rikshospitalets pensjonskostnader (både SPK, KLP og Vital) i perioden. For å kompensere for økte pensjonskostnader fikk Rikshospitalet mulighet til å avvike fra balansekravet i 2007. For 2008 fikk Rikshospitalet mulighet til å avvike fra balansekravet med 56 mill kroner i tillegg til at det gjennom revidert nasjonalbudsjett ble tildelt 249,7 mill kroner til dekning av Rikshospitalets økning i pensjonskostnader, totalt 305,7 mill kroner. I 2009 ble tildelingen 110,9 mill kroner.

År	2006	2007	2008	2009
Pensjonskostnad (tall i hele 1000)	369 203	662 676	774 384	578 726
Styringsmål		211 974	305 700	110 936

Dersom denne kompensasjonen trekkes ut av kostnadsbasen i tillegg til forholdene nevnt i avsnitt 4.4 og 4.5 viser beregningen følgende totalindeks med og uten pasienter fra Oslo, Follo og Asker og Bærum:

Opphold gruppert som dag/døgn ref. ISF- enhetsprisen				
	2006	2007	2008	2009
Helse Vest RHF	1,84	1,63	1,52	1,44
Helse Midt RHF	1,72	1,86	1,49	1,39
Helse Nord RHF	1,63	1,54	1,44	1,17
Asker og Bærum	1,05	0,94	0,81	0,86
Sykehuset Østfold HF	1,75	1,57	1,46	1,43
Sykehuset Innlandet HF	1,57	1,41	1,29	1,33
AHUS HF	1,43	1,37	1,22	1,27
Sykehuset Vestfold / Telemark HF	1,76	1,55	1,45	1,47
Sørlandet Sykehus HF	1,78	1,74	1,62	1,69
Akershus - Follo	1,14	1,02	1,07	0,94
Vestre Viken HF ekskl. A/B	1,63	1,50	1,38	1,33
Oslo	1,14	1,10	1,08	1,02
<b>TOTALT</b>	<b>1,48</b>	<b>1,36</b>	<b>1,25</b>	<b>1,24</b>
<b>TOTALT ekskl. Oslo, Follo &amp; A/B</b>	<b>1,67</b>	<b>1,54</b>	<b>1,42</b>	<b>1,41</b>
Andre	1,90	1,91	1,64	3,02

Tabell 5 Utvikling i Kostnadsindeks for DRG- aktivitet pr sykehusområde med og uten Oslo, Follo, Asker og Bærum (korrigert for kompensasjon i kostnadskomponenten for forskning og leger under spesialisering samt kompensasjon for økte pensjonskostnader).

## 5. Tolkning av materialet som foreligger

Generelt kan man si at datagrunnlaget foreløpig viser to hovedfunn. Det første er at gjennomsnittlig kostnad pr DRG korrigert for ovenstående forhold ligger mellom 41 og 67 pst over DRG-prisen dersom man holder områder med presumptivt høy andel lokalsykehusfunksjoner utenom (Oslo, Follo og Asker og Bærum). Det andre er at gjennomsnittlig kostnadsnivå endres fra år til år.

Tallene slik de foreligger viser markert skille i kostnadsnivå mellom pasienter fra Oslo og områdene umiddelbart rundt Oslo på den ene siden og pasienter fra områder som har større avstand til Oslo og dermed Rikshospitalet på den andre siden. Hovedforklaringen på dette antas å være det forhold at Rikshospitalet ikke bare utfører lands- og regionsfunksjoner, men også har et betydelig innslag av områdefunksjoner for pasienter fra nærliggende områder. På noen områder er dette avtalt, jf pågående prosess med tilbakeføring av funksjoner til Vestre Viken, et stort innslag av normalfødsler mv, og på noen områder antas dette å følge av fritt sykehusvalg og dermed preferanser hos pasienter og henvisende leger. Videre antas det at jo lengre avstanden er geografisk til Rikshospitalet jo større er innslaget av spesialiserte funksjoner. Dermed burde indeksene for de områdene som ligger utenfor en viss minimumsavstand til Rikshospitalet være best egnet som grunnlag for prissetting av spesialiserte funksjoner.

## **6 Hvilket prisnivå bør legges til grunn for spesialiserte funksjoner?**

Inntektsmodellen for Helse Sør-Øst legger til grunn at omfanget av spesialiserte funksjoner er gitt. Utfordringen er dermed å sette et prisnivå som gjør det mulig å levere tjenestene i økonomisk balanse. I forslaget som ble forelagt styret i Helse Sør-Øst i mai 2009 ble 120 pst av DRG-prisen lagt til grunn, men det ble altså bedt om en nærmere vurdering. Beregningene som her er presentert indikerer at 120 pst av DRG-prisen ikke vil gi kostnadsdekning for spesialisert somatisk pasientbehandling. Beregningene slik de nå ligger indikerer at en pris i området 140 pst bør legges til grunn. Beregningene må imidlertid kvalitetssikres ytterligere sammen med Helse Sør-Øst RHF. Det er blant annet viktig å sikre at kostnadsuttrekket fra den samlede kostnadsmassen er helt ut konsistent med den inntektsmodellen Helse Sør-Øst RHF vil innføre.

## **7 Tilknyttede problemstillinger**

I forbindelse med prissetting av lands- og regionsfunksjoner vil vi peke på et par problemstillinger relatert til forhold som ikke ivaretas i inntektsmodellen på dette stadiet.

### **7.1 Oslo universitetssykehus HF sin særstilling mht DRG-refusjon til lokalsykehus- og spesialiserte funksjoner**

Et normalt forløp for en pasient utenfor Oslo (e.g. utenfor de bydeler Oslo universitetssykehus HF har ansvar for) som blir en lands- eller regionspasient i Oslo universitetssykehus HF er vanligvis at vedkommende legges inn på lokal-/områdesykehuset og blir henvist videre til Oslo universitetssykehus HF for spesialisert diagnostikk og behandling. Videre vil mange av pasientene bli tilbakeført til det opprinnelige lokal- og områdesykehuset etter at den spesialiserte behandlingen er utført. For pasienter som kommer fra bydelene i Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde vil all behandling skje innenfor samme institusjon.

Kostnadene for hele behandlingsforløpet er i modellen forutsatt å være sykehusområdets ansvar uansett om pasienten er fra Oslo eller ikke. Dette prinsippet ligger til grunn for etablering av mobilitetskomponenten i inntektsmodellen. I så måte ble Oslo universitetssykehus HF ansvarlig for de samlede kostnadene for sine pasienter og andre HF ansvarlig for de samlede kostnadene for sine pasienter. Behovskomponenten i

inntektsmodellen skal sørge for denne finansieringen og abonnementsordningen sørger for betaling fra pasienteiende HF til det HF-et hvor den spesialiserte behandlingen foregår. Forskjellene oppstår imidlertid i hvilke aktivitetsbaserte inntekter de respektive HF-ene mottar.

Sammenligningen nedenfor viser hvilken finansiering sykehus utenfor Oslo mottar for en pasient fra sitt sykehusområde og hvilken finansiering Oslo universitetssykehus vil motta for en pasient fra Oslo:

	Lokalsykehusopphold	Spesialsykehusopphold	Oppfølging
Sykehus utenfor Oslo	40 pst DRG	40 pst DRG	40 pst DRG
Oslo universitetssykehus	40 pst		

Vi ser av eksemplet at Innlandet sykehus HF her vil motta i alt 40 pst DRG for tre opphold, mens Oslo universitetssykehus kun vil motta refusjon for ett opphold. Med noen mindre forskjeller (reisekostnader, hotell mv) vil imidlertid kostnadene være de samme. Problemet her skyldes at Oslo universitetssykehus vil ta i bruk kun et institusjonsnummer og ikke legger opp til å skille organisatorisk og administrativt internt i institusjonen mellom lokal- og områdefunksjonen (storbyesykehuset) og de spesialiserte funksjonene til tross for at det i økende grad blir skilt mellom funksjonene geografisk (jf oppfølging av styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF).

## 7.2 Flerområdefunksjoner

Etableringen av sykehusområder innebærer at aktivitet så langt det er hensiktsmessig skal utføres innenfor det enkelte sykehusområde. På enkelte områder har Helse Sør-Øst RHF lagt opp til at vil det være formålstjenlig å dele funksjoner mellom områder, dvs etablere flerområdefunksjoner.

Finansiering av flerområdefunksjoner er ikke adressert presist nok i arbeidet med inntektsmodell så langt. Det er viktig å ta stilling til hvordan disse funksjonene skal finansieres slik at det etableres et felles prinsipp o på regionsnivå for hvordan dette skal gjøres.

Vedlegg:

Det vil bli uarbeidet en egen pakke for grunnlagsdata, hva som inngår, hva som ekskluderes, hva som ligger til grunn for tilpasning til kostnadskomponenten.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 21. april 2010

Dato møte: 29. april 2010

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøter i Helse Sør-Øst RHF

---

### **SAK 50/2010 PROTOKOLL FRA STYREMØTE I HELSE SØR-ØST RHF**

Vedlagt er foreløpig protokoll fra styremøte 15. april 2010 i Helse Sør-Øst RHF.

#### **Forslag til vedtak**

*Styret tar foreløpig protokoll fra styremøte 15. april 2010 i Helse Sør-Øst RHF til etterretning.*

Oslo, 21. april 2010

Siri Hatlen

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Sykehuset Innlandet, Gjøvik
<b>Dato:</b>	Styremøte 15. april 2010
<b>Tidspunkt:</b>	KI 0930-1700

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Hanne Harlem	Styreleder	
Frode Alhaug	Nestleder	Forfall
Kirsten Brubakk		
Morten Falkenberg		
Anne Hagen Grimsrud		
Terje Keyn		
Andreas Kjær		
Knut Even Lindsjorn		Forfall
Berit Eivi Nilsen		
Dag Stenersen		
Randi Talseth		
Anne Carine Tanum		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Linda Verdal		
Finn Wisløff		
Svein Øverland		

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Ingen

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Bente Mikkelsen  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Konserndirektør Steinar Marthinsen, konserndirektør Peder Olsen,  
viseadministrerende direktør Bård Lilleeng, viseadministrerende direktør Atle  
Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, konsernrevisjonen ved Liv  
Todnem.

---

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

020-2010	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 4. MARS 2010</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 4. mars 2010 ble godkjent.

021-2010	<b>ÅRSBERETNING OG REGNSKAP FOR 2009</b>
----------	--

I tilknytning til styrets behandling av saken ble det delt ut møteprotokoll fra drøftinger 13. april mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.

Revisor PricewaterhouseCoopers ved Tom Henry Olsen deltok under behandlingen av saken.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner årsberetning og regnskap for 2009. Styret viser også til årlig melding 2009 vedtatt av styret i møte 4. mars 2010 som gir en samlet fremstilling av virksomheten i Helse Sør-Øst og oppnådde resultater for 2009.
2. Styret uttrykker tilfredshet med den vesentlige resultatforbedringen som er oppnådd i 2009 sammenlignet med 2008-resultatet.
3. Styret gir styreleder fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen 2009, basert på innspill gitt i styremøtet.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Falkenberg, Keyn, Thorkildsen og Øverland:

*Viser til drøftingsprotokoll til saken av 13.04.10, inngått mellom konserntillitsvalgte og Helse Sør-Øst RHF*

022-2010	<b>AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR 2010</b>
----------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per februar 2010 til etterretning.

2. Styret er bekymret for det negative budsjettavviket per februar 2010. Det samme gjelder utviklingen i aktivitet. Styret ber administrerende direktør iverksette nødvendige tiltak slik at foretakene har fokus på nødvendig omstilling og effektivisering slik at det oppnås et resultat for 2010 i tråd med budsjett og resultatkrav. Utfordringsbildet er ulikt for foretakene i foretaksgruppen. Styret ber administrerende direktør differensiere oppfølging av foretakene for å redusere risikobildet.
3. Styret ber om en oppsummering av de styrebehandlede oppfølgingsregimene i foretakene, jfr styrevedtak fra september 2009.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Falkenberg, Keyn, Thorkildsen og Øverland:

Det forutsettes at det foretas gode konsekvensanalyser både i forhold til pasienttilbud og konsekvenser for ansatte og at det kun iverksettes tiltak med akseptable konsekvenser.

<b>023-2010</b>	<b>OPPNEVNING AV NYE STYRER I HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST 2010</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst:

**Styret i Akershus universitetssykehus HF**

Styreleder:	Peder Olsen		gjenvalg
Nestleder:	Leif Frode Onarheim	H	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Grete Botten		NY
	Bente Fredheim	Ap	gjenvalg
	Trond Jensrud	Ap	gjenvalg
	Geir Nilsen		NY
	Caroline Engelsrud Salberg	H	gjenvalg

**Styret i Oslo universitetssykehus HF**

Styreleder:	Steinar Marthinsen		gjenvalg
Nestleder:	Göran Stiernstedt		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Gro Balas		NY
	Marianne Borgen	SV	gjenvalg
	Ellen Christine Christiansen	H	gjenvalg
	Guro Fjellanger	V	NY
	Tor Ingebrigtsen		NY
	Barbro-Lill Hætta Jacobsen	Ap	gjenvalg
	Anders Utne	Ap	gjenvalg

### Styret i Psykiatrien i Vestfold HF

Styreleder:	Stein Are Agledal (1)		NY
Nestleder:	Karen Anne Kjendlie	H	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Ole Andreassen		gjenvalg
	Lisbeth Horn Bakken	H	gjenvalg
	Arnhild Danielsen		NY
	Lars Egeland	SV	gjenvalg
	Rune Høiseth	Ap	gjenvalg

(1) Fra 1. september 2010. Nestleder ivaretar styreleder funksjonen i denne perioden

### Styret i Sunnaas sykehus HF

Styreleder:	Tor Berge		gjenvalg
Nestleder:	Ingrid Stange		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Beathe Garfelt		NY
	Mazyar Keshvari	FrP	NY
	Margareth Sandøy Ramberg	H	gjenvalg
	Kjell Veivåg	V	gjenvalg
	Trygve Westgaard	Ap	gjenvalg

### Styret i Sykehusapotekene HF

Styreleder:	Karl Glad		gjenvalg
Nestleder:	Einar Hysing		NY
<u>Styremedlemmer:</u>	Einfrid Halvorsen	Ap	gjenvalg
	Ulla Higdem	SV	NY
	Geir Almåsvold Mo	FrP	gjenvalg

### Styret i Sykehuset i Vestfold HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		NY
Nestleder:	Bjørn Walle		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Ole Johan Bakke		gjenvalg
	Anne Sollie Hem	Ap	gjenvalg
	Karen Anne Kjendlie	H	NY
	Kari Rasmussen	H	gjenvalg
	Bjørn Kåre Sevik	FrP	gjenvalg

### Styret i Sykehuset Innlandet HF

Styreleder:	Bente H. Mejdell		gjenvalg
Nestleder:	Paul Hellandsvik		gjenvalg, ny som nestleder
<u>Styremedlemmer:</u>	Hedi Anne Birkeland		gjenvalg
	Marit Gilleberg	Ap	gjenvalg
	Dag Erik Pryhn	Ap	NY
	Nils Røhne	Ap	gjenvalg
	Hans Seierstad	Sp	NY

### Styret i Sykehuset Telemark HF

Styreleder:	Stein Are Agledal		NY
Nestleder:	Elisabeth A. Nilsen	Ap	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Gunnar Eilifstjønn	uavh.	NY
	Åse Himle		NY
	Inger Stokstad	KrF	gjenvalg
	Thorleif Vikre	FrP	gjenvalg
	Bjørn Walle		gjenvalg

### Styret i Sykehuset Østfold HF

Styreleder:	Peder Olsen		gjenvalg
Nestleder:	Olav Mugaas		gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Petter Brelin		gjenvalg
	Hans Jakobsen	H	gjenvalg
	Siv H. Jakobsen	Ap	NY
	Greta Kant	H	gjenvalg
	Inger-Christin Torp	Ap	gjenvalg

### Styret i Sørlandet sykehus HF

Styreleder:	Peder Olsen		gjenvalg
Nestleder:	May Britt Lunde	Ap	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Eyolf A. Bakke	FrP	gjenvalg
	Camilla Dunsæd		gjenvalg
	Anne Halvorsen	SV	NY
	Harald Reiso		gjenvalg
	Jan Oddvar Skisland	uavh.	NY

### Styret i Vestre Viken HF

Styreleder:	Bente H. Mejdell		gjenvalg
Nestleder:	Ragnhild Røed	Ap	gjenvalg
<u>Styremedlemmer:</u>	Lars Bjerke		gjenvalg
	Oddvar Grøthe	Sp	NY
	Jarl Ovesen		gjenvalg
	Morten Strand	H	NY
	Brit Strandrud	FrP	gjenvalg

2. Nye styrer for helseforetakene bekreftes endelig i foretaksmøter.

Stemmeforklaring fra styremedlem Finn Wisløff:

*Jeg viser til det omfattende og gode samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo for å drive forskning, undervisning og pasientbehandling på høyt internasjonalt nivå. Med henvisning til mitt alternative forslag, beklager jeg derfor Universitetet i Oslo ikke lenger er representert i styret for Oslo universitetssykehus.*

024-2010	<b>HENVENDELSE FRA RIKSREVISJONEN OM UTVIDET KONTROLL - VALG, OPPFØLGING OG KONTROLL AV STYRET I UNDERLIGGENDE HELSEFORETAK</b>
----------	---

### Styrets enstemmige

### VEDTAK

Styreleder gis fullmakt til å besvare Riksrevisjonens henvendelse på vegne av styret med utgangspunkt i fremlagt notat og momenter som kom frem i diskusjonen i styremøtet.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

**ANDRE ORIENTERINGER:**

- Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsorienteringer streiken i bygge- og anleggsbransjen i forhold til Nye Ahus, om oppfølging av styresak 010-2010 og styresak 016-2010, samt status for arbeidet med oppfølging av miljøkravene i forhold til Gullaugtomten.
- Brev til Helse- og omsorgsdepartementet om oppfølging av protokoll fra foretaksmøtet desember 2007 – nybygg for psykiatrien til erstatning for Lier sykehus
- Brev til Helse- og omsorgsdepartementet om kreftregisterets screeningprogrammer – risiko og konsekvenser
- Brev til Helse- og omsorgsdepartementet om strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre – høringssvar
- Brev til Helsedirektoratet om legestillinger til spesialisthelsetjenesten 2011 - vurdering fra Helse Sør-Øst RHF
- Brev til Sørlandet Sykehus HF om stortingsbehandling av klausul knyttet til eiendomssalg ved Sørlandet sykehus.
- Brev til Vestre Viken HF om oppfølging av revisjonsrapporten fra internrevisjon på kirurgisk avdeling
- Brev til Akershus universitetssykehus HF vedr. plan for evaluering av tjenestetilbudet til befolkningen i Stovner og Grorud bydeler
- Brev til Fagforbundet Aker angående befolkningsgrunnet for Stortingets vedtak om Akershus universitetssykehus i 2003
- Uttalelse fra Porsgrunn Arbeiderparti om investeringer til sykehuset Telemark, Porsgrunn
- Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 8. april 2010
- Notat til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende oppslag i VG om nedleggingstruede sykehus – orientering om pågående prosesser i Helse Sør-Øst
- Brev til Helse- og omsorgsdepartementet om oppfølging av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statens interesser i selskaper – statsrådets redegjørelse for oppfølging av tidligere rapporterte forhold
- Henvendelse fra Venner av Ringerike sykehus og svarbrev
- Tilbakemeldingsskjema fra Initiativ for etisk handel etter årsrapportering 2009

## TEMASAKER

Følgende temasaker ble presentert for styret:

- Informasjon om Sykehuset Innlandet HF  
v/administrerende direktør Morten Lang-Ree
- Styreseminar om gjennomføringen av omstillingsprogrammet -  
hovedstadsprosessen

Orientering fra:

- Oslo universitetssykehus HF v/styreleder og administrerende direktør
- Akershus universitetssykehus HF v /styreleder og administrerende  
direktør
- Vestre Viken HF v/styreleder

Det ble delt ut kopi av et notat datert 8. april 2010 fra administrerende direktør til de tre foretakene vedr oppfølging av omstillingsprogrammet – hovedstadsprosessen.



Møtet hevet kl. 1700

Oslo, 15. april 2010

---

Hanne Harlem  
styreleder

---

Kirsten Brubakk

---

Anne Hagen Grimsrud

---

Andreas Kjær

---

Berit Eivi Nilsen

---

Randi Talseth

---

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

---

Finn Wisløff

---

Frode Alhaug  
nestleder

---

Morten Falkenberg

---

Terje Keyn

---

Knut Even Lindsjörn

---

Dag Stenersen

---

Anne Carine Tanum

---

Linda Verdal

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 22. april 2010

Dato møte: 29. april 2010

Saksbehandler: Styresekretær

---

### **SAK 51/2010 ANDRE ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Personvern og registerpolitikk i Oslo universitetssykehus (vedlegg)
2. Orientering om arbeid for å sikre utkvittering av prøvesvar (vedlegg)
3. Status sak hos helsetilsynet AMK/Tøyen (vedlegg)
4. Status for ablasjonsbehandling (vedlegg)
5. Status samling av hjertekirurgi ved Oslo universitetssykehus (vedlegg)
6. Beredskapsansvarlig i Oslo universitetssykehus (vedlegg)
7. Ventetider for behandling av prostata kreft (vedlegg)
8. Status for arealene på Dikemark (orientering i møte)
9. Møte med Oslo kommune (orientering i møte)
10. Ny innovasjon AS (vedlegg)
11. Utleie til folk på rehabilitering (orientering i møte)
12. Arealer og psykiatri i Akershus universitetssykehus (orientering i møte)
13. Foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 21. april 2010 (Vedlegg)

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 22. april 2010

Siri Hatlen

# Oslo universitetssykehus HF

## Personvern, informasjonssikkerhet og registerpolitikk i Oslo universitetssykehus

Styret har bedt om informasjon vedrørende personvern og registerpolitikk i Oslo universitetssykehus. I det følgende gis en kort redegjørelse. Det arbeides med detaljering av både kvalitetssikringssystemer, forskningsinstruks, rutiner og policy på området, som kan presenteres for styret på et senere tidspunkt. Helseforetaket har nylig avgitt høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet ifm. høringen ”Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre”. Uttalelsen finnes i sin helhet på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2009/strategi-for-modernisering-og-samordning/Horingsuttalelser.html?id=589299> . I høringssvaret påpekes blant annet at krav til sikring av helseregistrene ikke må bli et argument som går på bekostning av den enkeltes rett til medbestemmelse vedrørende egne helseopplysninger. Både sikring og rettigheter må hensyntas for at personvernet skal være håndtert.

### *Overordnet organisering og ansvar – datasikkerhet og personvern*

Personvern og sikkerhetshåndtering av forsknings- og kvalitetsregistre bygger på det foretaksomfattende styringssystem for informasjonssikkerhet som dekker hele foretakets behandling av helse- og personopplysninger., Styringssystemet er etablert i samsvar med personopplysningslov og sikkerhetsnorm og definerer foretakets sikkerhetsmål, –strategi og sikkerhetsorganisering samt akseptabelt risikonivå. Administrerende direktør er databehandlingsansvarlig, og organisering av informasjonssikkerhet er tillagt linjeansvaret. Uttalte krav til sikkerhet ved adferd, tilgang og bruk av personopplysninger er gitt i Sikkerhetsinstruks. Krav til sikkerhet i IT-løsninger blir avklart ved risikovurderinger. IKT-sikkerhetssjef har det utøvende ansvar for foretakets sikkerhetsarbeid. Foretaket har siden 2003 hatt personvernombud, som for hver studie/kvalitetsregister/annen databehandling kvalitetssikrer håndtering av personvern og sikkerhet.

### *Registre*

Oslo universitetssykehus har etablert en Seksjon for biobank og registerstøtte, med et strategisk, koordinerende og systemmessig ansvar. Enheten er organisert i linje til direktør forskning og utvikling. For all registrering og behandling av personopplysninger i foretaket, inkludert forskning og kvalitetsregistre, skal det sikres tilstrekkelig hjemmels- og behandlingsgrunnlag. Dette omfatter melding til personvernombudet av all behandling av personopplysninger, hvor både databehandlingsgrunnlag, varighet og sikring av opplysningene blir registrert. Eventuelle sikkerhetsmessige tillegg for å ivareta akseptabelt risikonivå blir pålagt av personvernombudet. Uttalte personvernrettigheter som innsyn, retting, sletting og sperring av personopplysninger skal sikres ved all behandling av

personopplysninger. Seksjon for biobank og registerstøtte arbeider systematisk for å bedre registerkvalitet og -sikkerhet, herunder etablere gode sporingssystemer for biobanker.

I denne sammenheng er prosjektet eBiobank sentralt. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sørlandet sykehus. eBiobank har som formål er å etablere en komplett og personvernøkende elektronisk forskningsinfrastruktur internt i sykehusene for klinisk forskning og translasjonsforskning. En god infrastruktur vil kunne gi en bedre utnyttelse av klinisk informasjon og innsamlet humansk biologisk materiale. En av de viktigste målsetningene med prosjektet er å etablere en infrastruktur som tar bedre vare på personvern og informasjonssikkerhet enn den sykehusene har i dag samtidig som forskningens direkte behov bedre blir ivaretatt. Prosjektet har søkt om investeringsmidler gjennom Helse Sør-Øst (SIKT) for 2010, men er så langt ikke prioritert. En justert søknad vil bli sendt inn også for 2011. Prosjektgruppen deltar også i det nasjonale storskala infrastrukturprosjektet Biobank Norway, som nettopp er blitt tildelt 80 mill. kroner samlet fra Norges forskningsråd, for å bygge opp en nasjonal biobankinfrastruktur av høy kvalitet. Oslo universitetssykehus vil disponere en del av disse midlene.

# Oslo universitetssykehus HF

## **Orientering om iverksatt arbeid og oppfølging av at utkvittering av prøvesvar blir iverksatt som forutsatt**

Prøvesvar sendes ut elektronisk. Svarene kan sendes ut flere ganger, en ny gang hver gang ett nytt svar i en prøvesamling foreligger. Noen prøvesvar sendes ut både elektronisk og på papir. Prøvesvarene skal aktivt utkvitteres. Det er mulig å lese svarene uten å utkvittere.

Det har hopet seg opp ukvitterte prøvesvar. Det er uakseptabelt ettersom det da ikke er mulig å ha sikkerhet for at alle prøvesvar er lest. Det er iverksatt et arbeid for å rydde opp i dette. Dette er ikke et nytt problem, men ledelsen har nå blitt oppmerksom på det og fått oversikt over omfanget.

Stabsenhet for Pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuerlig forbedring gjennomfører raskt:

- ROS-analyse. I hvilken grad er ukvitterte prøvesvar en risiko for pasientsikkerheten.
- Gjennomgang av systemansvar
- Kartlegger styringsdokumenter

Dag 2-prosjektet/Medisin og helsefag gjør følgende:

- Risikovurdering av løsning på Ullevål hvor det sendes svar både på papir og elektronisk. Formål: Stoppe parallell papirutsendelse
- Utarbeider ny felles prosedyre for kvittering av prøvesvar
- Gjennomgang av ny løsning. Formål: Sikre felles forståelse av arbeidsmetoder, rutiner og ansvarsforhold.

Alle klinikker er bedt om å rydde opp i dette, det følges opp i oppfølgingsmøtene i klinikkene.

# Oslo universitetssykehus HF

## **Status sak hos helsetilsynet – AMK/Tøyen**

Saken fra 3. januar 2010 der en kvinne døde mens hjelpemannskaper ble holdt tilbake på grunn av usikkerhet om det var sikkert å rykke inn, er av Helsetilsynet i Oslo og Akershus oversendt til Statens helsetilsyn den 26. mars i år for videre behandling. Helsetilsynet i Oslo og Akershus har ikke konkludert i saken.

# Oslo universitetssykehus HF

## Status ablasjoner i Oslo universitetssykehus

I oppdrag og bestillerdokument 2010 for Oslo universitetssykehus HF heter det:

### *Ablasjonsbehandling*

*Oslo universitetssykehus HF skal i løpet av 2010 ha bygget opp tilstrekkelig. Kapasitet for ablasjonsbehandling for hjertearrytmier til å dekke behovet til befolkningen i Helse Sør-Øst.*

Det eksisterer i dag ett laboratorium på Rikshospitalet og ett på Ullevål. De har nedslitt utstyr og de kan ikke gi den kapasitet som etterspørres. Drift på to geografiske steder gir urasjonell drift. Det er derfor vedtatt en samling. Det er satt i verk ombygninger på Rikshospitalet for å tilrettelegge for tre nye laboratorier. Dette er et prosjekt under regjeringens tiltakspakke. Anslått slutføring av de bygningsmessige tilpasningene er august 2010.

Det anskaffes utstyr til 46 millioner kroner hvorav 17 millioner kroner er en gave. Investeringene er avklart med Helse Sør-Øst. Det innebærer at de nye laboratoriene vil kunne tas i bruk etter sommeren.

I påvente av at de nye laboratoriene kan tas i bruk er åpningstiden utvidet til klokken 17 tre dager i uken på Ullevål for å øke kapasiteten.

Det er forventet en økning i antall ablasjoner per år fra 560 i 2009 til 1100 i 2011.

# Oslo universitetssykehus HF

## **Status hjertekirurgi i Oslo universitetssykehus – flytting av hjertekirurgien i Akersbakken til Gaustad og Kirkeveien**

Det er laget et flytteprosjekt for å oppfylle styrevedtaket (styresak 123/2009). Prosjektet har en styringsgruppe, en prosjektgruppe og følgende arbeidsgrupper:

Arbeidsgrupper Akersbakken-Rikshospitalet:

Sengepost, PO/intensiv, operasjon/perfusjonister, leger, fysioterapeuter, kontor  
Arbeidsgruppe Akersbakken-Ullevål  
Arbeidsgruppe MTU/Eiendom  
Arbeidsgruppe Avvikling Akersbakken

Arbeidet er godt i gang. Det er bestemt følgende timeplan:

Ordinær drift i Akersbakken til og med 31. mai 2010  
Fra 1. juni – 4. juli reduksjon i driften i Akersbakken til full stans, opplæring av personell i nye lokalisasjoner og flytting av utstyr.  
Ferieavvikling uke 27-29  
Fra 26. juli – 1. august forberedelse til oppstart  
Den 2. august oppstart på nye steder

Det er gjort nødvendige bestillinger av utstyr for innredning av operasjonsstuer.

Bygningsarbeider for omgjøring av to rom med fire senger til fire rom med to senger er startet.



Helse Sør-Øst RHF  
Postboks 404  
2303 Hamar

Deres ref:  
Vår ref: 2009/  
Dato: 14. april 2010

## KONTAKTPUNKTER I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

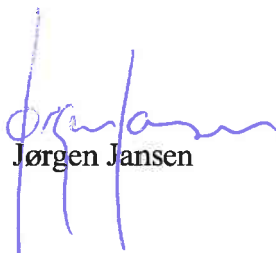
Vi viser til vårt brev av 14. desember 2009 om ovennevnte. Nedenfor fremgår endringer i kontaktpunkter med helseforetaket på en del områder.

Med bakgrunn i omfang og betydning integrasjons- og omstillingsprosjekt har for foretaket vil viseadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen konsentrere seg om dette arbeidet som leder av Programkontoret. Stab medisin og helsefag vil bli ledet av Einar Hysing med stedfortreder Erik Carlsen.

Einar Hysing er delegert myndighet til å lede beredkapsområdet i Oslo universitetssykehus HF. Einar Hysings stedfortreder i beredskapssaker er fagdirektør Erik Carlsen.

Etter dette er Einar Hysing eller hans stedfortreder Erik Carlsen rette vedkommende for henvendelser om fag og behandlingstilbud eller i beredskapssaker.

Med vennlig hilsen



Jørgen Jansen

Oslo  
universitetssykehus HF

Postadresse  
Trondheimsveien 235  
0514 Oslo  
Besøksadresse  
Forskningsveien 2B,  
Inngang D  
0373 Oslo

Sentralbord  
02770

Org. nr.  
NO 993 467 049 MVA

# Oslo universitetssykehus HF

## **Ventetider for behandling av prostatakraft**

Prostatakraft behandles på Aker sykehus og Radiumhospitalet. De to behandlingsstedene er fra og med 1. januar 2010 i samme organisatoriske enhet, Urologisk avdeling.

Urologisk avdeling har fått i oppdrag å øke kapasiteten på behandling av prostatakraft for å få ned ventetiden som var blitt uakseptabel lang. Avdelingen har øket den operative kapasiteten og ventetiden er nå 6-8 uker på Aker og 3 måneder på Radiumhospitalet og er på veg ned. Det er ansatt en ny urolog som begynner 1. mai 2010.

# Oslo universitetssykehus HF

## **Sammenslåing av Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS ved etablering av holdingselskapet "Ny Innovasjon AS"**

Det vises til Styresak 15/2010 Samordning mellom Birkeland Innovasjon AS og Medinnova AS – anbefaling om sammenslåing. Styret ga administrerende direktør fullmakt til å etablere et holdingselskap basert på føringer i styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo, Helse Sør-Øst og innovasjonsselskapene Medinnova AS og Birkeland innovasjon AS har i samarbeid utarbeidet vedtekter etc. i forbindelse med for det nye selskapet "Ny innovasjon AS".

Selskapet ble på denne bakgrunn stiftet den 21. april 2010.

Helse Sør-Østs eierkrav knyttet til selskapet ble vedtatt i foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus samme dag som selskapet ble stiftet. Se protokoll fra foretaksmøte 21. april 2010 som er vedlagt.

Oslo universitetssykehus vil utarbeide en egen avtale med "Ny innovasjon AS", som i mer detalj regulerer oppgavene som selskapet skal forvalte på vegne av Oslo universitetssykehus.

PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Onsdag den 21. april 2010 klokken 11:45 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

**Saksliste:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppnevning av styre for Oslo universitetssykehus HF
4. Eierkrav til Oslo universitetssykehus HF vedrørende etablering av Nye Innovasjon AS, herunder sammenslåing av Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Hanne Harlem.

I tillegg møtte fra Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen  
Spesialrådgiver Jostein F. Jensen, som også førte protokollen

Fra Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Steinar Marthinsen  
Styremedlem Bjørn Wølsted-knudsen

I tillegg møtte fra Oslo universitetssykehus HF:

Direksjonssekretær Jørgen Jansen med fullmakt fra administrerende direktør Siri Hatlen

Revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Sign:  SM  BM

### Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Hanne Harlem ønsket, som øverste eiermyndighet, velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen.

Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Steinar Marthinsen og administrerende direktør Bente Mikkelsen ble valgt til å underskrive protokollen.

Styreleder Hanne Harlem overlot møteledelsen til styreleder Steinar Marthinsen.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er loelig satt.*

### Sak 2: Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden.

Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Dagsorden godkjennes.*

### Sak 3: Oppnevning av styre for

Styreleder Hanne Harlem presenterte styrets innstilling til eieroppnevnte styremedlemmer i Oslo universitetssykehus HF.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Følgende eieroppnevnte styremedlemmer oppnevnes i styret for Oslo universitetssykehus HF for en periode på to år fra 21. april 2010.*

Styreleder	Steinar Marthinsen	
Nestleder	Göran Stiernstedt	
Styremedlem	Gro Balas	
Styremedlem	Marianne Borgen	SV
Styremedlem	Ellen Christine Christiansen	H
Styremedlem	Guro Fjellanger	V
Styremedlem	Tor Ingebrigtsen	
Styremedlem	Barbro-Lill Hætta Jacobsen	Ap
Styremedlem	Anders Utne	Ap

Sign:  SM  BM



**Sak 4: Eierkrav til Oslo universitetssykehus HF vedrørende etablering av Nye Innovasjon AS, herunder sammenslåing av Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS**

Foretaksmøtet viste til vedtak fattet i styret for Helse Sør-Øst RHF (sak 015-2010) og styret for Oslo universitetssykehus HF (sak 2010-015-00) om sammenslåing av Birkeland Innovasjon AS, org.nr. 987 129 352 og Medinnova AS, org.nr. 986 392 807. Sammenslåingen realiseres gjennom etablering av Nye Innovasjon AS som skal eie samtlige aksjer i Birkeland AS og Medinnova AS. Intensjonen bak sammenslåingen er å styrke eiernes innovasjonsarbeid, teknologi- og forretningsutvikling i samsvar med de målsetninger som til enhver tid fremgår av lovverket.

Foretaksmøtet viste videre til aksjonæravtalen som er inngått samt selskapets vedtekter. Oslo universitetssykehus HF er part i avtalen og eier 50 % av aksjene, mens Universitetet i Oslo eier tilsvarende andel. Med henvisning til dette presiserer foretaksmøtet at Oslo universitetssykehus HF skal ivareta et regionalt oppfølgingsansvar:

- Oslo universitetssykehus HF skal sørge for at selskapet bistår alle helseforetak i Helse Sør-Øst når det gjelder identifisering, oppfølging, beskyttelse, kommersialisering og næringsutvikling av ideer og oppfinnelser og andre immaterielle rettigheter. Oslo universitetssykehus HF skal i denne forbindelse etablere en egnet samordningsarena for ivaretagelse av regionale fellesinteresser hvor virksomhetene innen Helse Sør-Øst inviteres til å delta.
- Helse Sør-Øst RHF skal sikres innsyn i selskapets virksomhet.
- Før oppnevning av styrerepresentanter skal Oslo universitetssykehus konsultere Helse Sør-Øst RHF.
- I saker av vesentlig betydning skal Oslo universitetssykehus i god tid konsultere Helse Sør-Øst RHF. Dette inkluderer salg av eierandeler av vesentlig verdi, endringer i aksjonæravtalen eller selskapets vedtekter.
- Nye Innovasjon AS skal i første rekke være en internleverandør av tjenester til foretakene i Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus HF skal sørge for at selskapet til enhver tid holder seg innenfor de begrensninger som gjelder for offentlige anskaffelser.
- Oslo universitetssykehus HF skal ivareta ansvaret for den videre gjennomføring og oppfølging av de beslutninger som er fattet og den omforente aksjonæravtalen, herunder utforming av vedtekter for selskapet.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Foretaksmøtet tok eierkravene til Oslo universitetssykehus HF vedrørende etablering av Nye Innovasjon AS, herunder sammenslåing av Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS, til etterretning.*

Møtet ble hevet klokken 11:55.

Oslo, 21. april 2010.

  
Steinar Marthinsen

  
Bente Mikkelsen

Sign:  SM  BM

# Fullmakt

Undertegnede Siri Hatlen gir med dette Jørgen Jansen fullmakt til å møte for meg på foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 21. april 2010.

Oslo universitetssykehus HF, 21. april 2010



Siri Hatlen  
administrerende direktør