

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Dato møte:	24. november 2011
Møtetid:	Kl. 08.00 – 16.00
Møtested:	Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget seminarrom 1 og 2.

Sakliste:

- Sak 123/2011 Godkjenning av innkalling og sakliste
- Sak 124/2011 Beslutningssak: Ansettelse av administrerende direktør
- Sak 125/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 29. september 2011
- Sak 126/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 29. september 2011

- Sak 127/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 27. oktober 2011
- Sak 128/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 27. oktober 2011

- Sak 129/2011 Beslutningssak: Aktivitets- og økonomirapport per oktober
- Sak 130/2011 Orienteringssak: Budsjett 2012
- Sak 131/2011 Beslutningssak: Vurdering av investeringsvalg for pensjonsmidler

- Sak 132/2011 Orienteringssak: Medarbeiderundersøkelse i Oslo universitetssykehus HF

- Sak 133/2011 Orienteringssak: Gjennomføring av samhandlingsreformen i Oslo universitetssykehus HF

- Sak 134/2011 Beslutningssak: Møteplan 2012 for styret
- Sak 135/2011 Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Sakliste

SAK 123/2011: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

**SAK 124/2011: BESLUTNINGSSAK
 ANSETTELSE AV ADMINISTRERENDE
 DIREKTØR**

**Møtet vil lukkes ved behandlingen av saken. Vedtaket vil bli
opplest i åpent møte.**

Oslo, den 17. november 2011

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll – styremøte

Møtenavn:	Styremøte
	29. september 2011 kl. 08.00 – 14.00 Radiumhospitalet, Forskningsbygget
Referent:	Randi Borgen

Til stede:

Göran Stiernstedt, leder
Odd Christopher Hansen, nestleder
Gro Balas
Ellen Christine Christiansen
Tor Ingebrigtsen
Anders Utne

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

Forfall: Marianne Borgen, Guro Fjellanger, Barbro Lill Hætta

Til stede fra Brukerutvalget: observatør Nina Adolfsen

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

Til stede fra administrasjon: Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Jørgen Jansen, Einar Hysing, Anne-Margrethe Svanes, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erik Carlsen m.fl.

Sak 94/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Utsendt sakliste ble supplert med to nye saker som ble lagt fram i møtet; sak 108 og sak 109.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 95/2011 Godkjenning av protokoll ekstraordinært styremøte 19.08.2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra ekstraordinært styremøte 19. august 2011.

Sak 96/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling ekstraordinært styremøte 19.08.2011

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 97/2011 Beslutnings sak
Ledelsens gjennomgang 2 tertial**

Ledelsens gjennomgang er virksomhetsstyring satt i system og praksis og foregår i dialogmøter mellom ledernivåene i foretaket. Risikostyring og internkontroll er et sentralt element i dette. Ledelsens gjennomgang gir kunnskap om en har målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Saken omhandler gjennomgang av 2 tertial 2011 med bestemte områder som klinikkenes resultater med spesielt fokus på bemanningsreduksjon og tiltak, klinikkenes risikovurdering og budsjett 2012 med fokus på tiltak høsten 2011 – bemanningskrav.

Gjennomgangen viser at det har vært stor fokus på drift..

Det samlede risikobildet viser svær høy risiko knyttet til økonomisk resultat i 2011 samt samlede økonomisk bærekraft for foretaket. Gjennomføring av omstilling og utvikling i tråd med oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF vurderes som høy risiko i tillegg til arbeidsmiljø og omstilling og manglende IKT integrasjon på viktige områder. Det arbeidet målrettet i klinikkene med å sikre pasientene forsvarlig behandling.

Det ble gitt en kort presentasjon av direktør fag og pasientsikkerhet Eva Bjørstad. Det ble opplyst at en i saken skal se bort fra tabell i vedlegg 2 (s. 40) som ikke er verifisert.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2011 til etterretning.
2. Styret er svært fornøyd med at organisasjonen har stort fokus på pasientforløp og pasientsikkerhet i en krevende omstilling.
3. Styret berømmer sykehusets ansatte for stor innsats og god pasientbehandling i forbindelse med 22.07.
4. Styret forventer at de ansattes arbeidsmiljø blir ivaretatt på en fullt ut forsvarlig måte.
5. Styret ser alvorlig på brudd på arbeidstidsbestemmelsene i sykehuset og forventer at relevante tiltak blir iverksatt.

Stemmeforklaring fra styrerepresentantene Aasmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølstad-Knudsen:

Ansattrepresentantene mener det økonomiske fokus har medført at risikoanalysen for 2 tertial viser en så betydelig forverring at særskilte tiltak må iverksettes og deretter evalueres og justeres fortløpende.

Sak 98/2011 Beslutningssak Økonomi- og aktivitetsrapport per august

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

Samlet ser aktivitetsutviklingen ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Somatisk poliklinisk aktivitet er imidlertid høyere enn planlagt. Andel korridorpasienter og andel utskrivningsklare pasienter er redusert fra 2010, men er fortsatt for høyt. Andel fristbrudd har siden mai vært stabilt på om lag 11 pst, men økte i august til 13 pst totalt, økningen relateres til sommerferieavviklingen.

Det er fortsatt negativt økonomisk resultat som viser at foretaket så langt ikke har klart å ta ned bemanningen og kostnadene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Som en konsekvens av beslutning fra eier i foretaksmøte er det satt i verk ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011 for på kort sikt å redusere det negative resultatavviket. Regnskapet viser et negativt avvik på 327 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate. Bemanningen ble redusert med drøyt 1000 årsverk i begynnelsen av året, men har vært stabil de siste månedene. Sykefraværet hittil i år er 7,7 pst og har vært stabil de siste månedene på rundt 7 pst.

Det ble gitt en presentasjon av viseadministrerende direktør økonomi og finans Morten Reymert.

Det ble votert over forslag til vedtak og følgende stemmer ble gitt:

Til vedtak punkt 1:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Til vedtak punkt 2:

Samtlige stemte for.

Til vedtak punkt 3:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Til vedtak punkt 4:

6 styrerepresentanter stemte for,
5 styrerepresentanter stemte mot.

Etter voteringen ble vedtaket følgende:

1. Styret tar rapporteringen per august til etterretning.
2. Styret er bekymret for at aktiviteten innen somatisk pasientbehandling er redusert mindre enn befolkningsgrunnlaget, og ber administrerende direktør iverksette tiltak for å sikre bedre prioriteringer og aktivitet i overensstemmelse med plantallene.
3. Styret forutsetter at administrerende direktør gjennomfører de foreslåtte tiltakene for å redusere bemanning og kostnader mot slutten av 2011. Styret viser i denne sammenhengen til at antall månedsverk for leger ikke er redusert i særlig grad, og ber administrerende direktør rette særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger.
4. Styret viser til orienteringen i sak 100/2011 i Budsjett 2012, der det er beskrevet planer for oppretting av Stabens arbeidsgruppe for budsjett 2012. Styret ber om at gruppen opprettes umiddelbart for å sikre tilstrekkelig støtte for linjelederne. I forbindelse med nedbemanningen forutsetter styret at alle nødvendige virkemidler, eventuelt også oppsigelser, tas i bruk.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Asmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølstaad-Knudsen:

Ansattrepresentantene kan ikke stille seg bak punkt 1, 3 og 4. Forslagene til innsparingstiltak er ikke risikovurdert med hensyn til konsekvenser for pasienter og arbeidsmiljø, ei heller er de 12 prinsipper for medvirkning i omstilling ivaretatt.

Ansatterepresentantene vurderer at eiers resultat- og omstillingskrav for 2011 ikke er realistiske og gjennomførbare. Foretakets krevende drifts- og investeringssituasjon er en konsekvens av de omstillingsprosesser foretaket er blitt pålagt fra 2009.

Sak 99/2011 Orienteringssak
Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse

Saken ble trukket fra behandling og utsatt til neste møte. Styremedlemmene ble oppfordret til å sende eventuelle kommentarer/innspill til utsendt styresak som administrasjonen kan innarbeide til kommende behandling. Innspill sendes styresekretær.

Sak 100/2011 Orienteringssak
Budsjett 2012

Saken omhandler den interne arbeidsprosessen for arbeidet med budsjett. Arbeidet med å tilpasse kostnadene til de økonomiske rammene for 2011 og 2012 har høy prioritet og lederfokus. Et budsjett for 2012 innen forutsetningene krever at sykehusets oppgaver forbedres og effektiviseres samt en omfattende nedbemanning i virksomheten.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til orientering.

Sak 101/2011 Beslutnings sak
**Utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål –
forslag til forprosjekt**

Forprosjektrapporten beskriver hvordan en økning av kapasitet i akuttfunksjonene ved Ullevål sykehus kan etableres for å kunne overføre akutt- og somatisk døgnvirksomhet fra Aker sykehus. Forslaget vil realisere etablering av akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ og oppvåkning/intensiv. Byggearbeidene vil omfatte nybygg og ombygging i eksisterende bygg og utstyr. Saken er sentral i arbeidet med å etablere storbysykehuset.

Forslag til forprosjekt er en bearbeiding av tidligere forprosjekt som har vært behandlet i styret og er i samsvar med premisser fra Helse Sør-Øst RHF for utnyttning av kapasitet. Det nye akuttbygget vil inngå som en del av den framtidige løsningen i en samlet arealplan/utviklingsplan for Oslo universitetssykehus HF.

I saken bes det om fullmakt til å inngå kontrakt med totalentreprenør for byggearbeidene så snart godkjenning foreligger fra Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektleder Gunnar Stumo fra Hospitalitet gav en presentasjon av saken.

Oslo universitetssykehus HF protokoll styremøte 29. september 2011

side 5 av

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar til etterretning at de forhold som er tatt opp av Helse Sør-Øst RHF med hensyn til utnyttelse av kapasitet for akuttfunksjoner ved Ullevål sykehus, bl.a. av operasjonsstuer, er hensyntatt i planleggingen av økt akuttvirksomhet ved Ullevål, jf forprosjektrapport av 21.09.2011.
2. Styret godkjenner forslaget til forprosjekt med en kostnadsramme (eksklusive verdi av tomt og byggelånsrenter) på henholdsvis 378 mill kroner (P50, dvs 50 pst sikkerhetsnivå) og 394 mill. Kroner (P85, dvs 85% sikkerhetsnivå) og ber administrerende direktør legge dette til grunn for videre planlegging, kontraktsinngåelse og gjennomføring av prosjektet.
3. Styret ber administrerende direktør framsende forprosjektet og forslag til kostnadsramme for endelig behandling i Helse Sør-Øst RHF.
4. Styret gir fullmakt til administrerende direktør til å inngå avtale om byggearbeidene med totalentreprenør for å gjennomføre prosjektet, når godkjenning av forprosjektet i Helse Sør-Øst RHF foreligger.
5. Styret forutsetter at prosjektet gjennomføres i samsvar med omtalen i styresak 100/2011 og forprosjektrapport av 21.09.2011 og ber om å bli orientert om status for prosjektet og kostnader under byggeperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges fram for styret på et egnet tidspunkt etter at prosjektet er sluttført.

**Sak 102/2011 Beslutnings sak
Revisjon av behandlingsreiser**

Behandlingsreiser til utlandet er et fast tilbud til utvalgte diagnosegrupper. Oslo universitetssykehus HF forvalter tilskuddsordningen som har egen finansiering over statsbudsjettet. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har gjennomført en revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen. Saken omhandler revisjonsrapporten og etterfølgende handlingsplan med tiltak. handlingsplan som er utarbeidet i etterkant

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapport 3/2011 om revisjon av tilskuddsordning for behandlingsreiser til utlandet til etterretning.
2. Styret legger til grunn at foretaket følger opp de fremlagte tiltakene som beskrevet i handlingsplanen og ber om status senest i rapport for tredje tertial 2011.

Sak 103/2011 Beslutningssak
Salg av eiendommer med mer

Saken omhandler salg av tre andelsleiligheter i Villaveien borettslag på Dikemark, anbefaling av salg av eiendommer (84 leiligheter og en barnehage) som Oslo universitetssykehus HF administrerer, men hvor eierforholdet ikke er avklart mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital. I tillegg orienteres det om leiligheter og institusjonsbygg som foretaket administrerer og som skulle ha vært overført fra Oslo kommune til foretaket i forbindelse med helseforetaksreformen. Ytterligere orienteres det om manglende fradeling av sykehuseiendom på Gaustad i Oslo og registrering på Oslo universitetssykehus HF.

Det ble votert over forslag til vedtak og følgende stemmer ble gitt:

Til punkt 1:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 2:

5 styremedlemmer stemte mot,
6 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 3:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Til punkt 4:

1 styremedlem stemte mot,
10 styremedlemmer stemte for.

Etter voteringen ble vedtaket følgende:

1. Styret vedtar salg av følgende leiligheter i Villaveien borettslag gnr.89, bnr.30 i Asker kommune: Leilighet 201 i Villaveien 22, leilighet 301 i Villaveien 22 og leilighet 405 i Villaveien 26. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salgene.
2. Styret anbefaler salg av følgende eiendommer i Oslo kommune som Oslo universitetssykehus HF administrerer: Montebellobakken 5, gnr. 29, bnr. 130, Abbedikollen 32, gnr. 30, bnr. 176, Ullernchausseen 72, gnr. 28 bnr. 100. Styret anbefaler videre salg av 76 andelsleiligheter helseforetaket administrerer i Husebybakken borettslag (Husebybakken 1 og Ullernchausseen 46), i Elvefaret borettslag (Møllefaret 44A-68) og i Lysejordet borettslag, (Vækerøveien 116-130).

Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Stiftelsen Det Norske Radiumhospital og foreslå salg av eiendommene med plassering av salgssummen på konto som en mulig løsning frem til eierskapet til eiendommene er avklart. Administrerende direktør har fullmakt til å inngå avtale om en slik fremgangsmåte.

3. Styret tar redegjørelse for status til orientering og ber administrerende direktør følge opp med sikte på å få en avklaring av eiendomsretten mot Oslo kommune og Helse- og omsorgsdepartementet til de syv andelsleilighetene i Disenveien 27, Disenveien 8B, Lindebergåsen 58, Larviksgaten 4, Larviksgaten 10 samt til eiendommen Sinsenveien 54.

4. Styret tar redegjørelsen om manglende fradeling av sykehuseiendommen på Gaustad i Oslo og manglende registrering på Oslo Universitetssykehus HF til orientering og ber administrerende direktør følge opp saken.

**Sak 104/2011 Beslutningssak
Protokoll fra foretaksmøte i Oslo
Universitetssykehus HF 24.06.2011**

Enstemmig vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.06.2011 til etterretning.

**Sak 105/2011 Orienteringssak
Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i
selskaper**

I saken gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sine eierandeler i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Det dreier seg om fire heleide selskaper og to selskaper der foretaket er deleier. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom; formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

**Sak 106/2011 Orienteringssak
Administrerende direktørs orienteringer**

Administrerende direktørs orienteringer inneholder presentasjon av forskjellige saker og tema som gjelder drift og utvikling av sykehusets virksomhet. Med referanse til orienteringssak om tragisk hendelse i psykiatrien ble det bedt om at styret fikk forelagt ved egnet tidspunkt en orientering om hvordan ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet blir ivaretatt når pasienter skaper farlige situasjoner eller utfører farlige handlinger.

I tillegg ble det bedt om at styret på egnet tidspunkt fikk en orientering om følgende tema:

- lederprogram for flerkulturelle medarbeidere
- strategi for hvordan foretaket sikrer kompetanse til ulike faggrupper.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Svein Erik Urstrømmen og Bjørn Wølsted-Knudsen formidlet et særskilt ønske om redegjørelse fra administrerende direktør vedrørende ivaretagelse av traumebehandlingen i framtidens Oslo

universitetssykehus HF. Ønsket med konkrete problemområder ble gitt skriftlig.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 107/2011 Temasak
Omvisning i Akuttmottaket og befaring på byggetomten

Styret besiktiget byggetomten for nytt Akuttmottak på Ullevål sykehus og fikk en kort orientering av prosjektleder Gunnar Stumo og byggeleder Jarle Hareide. Avdelingsleder Terje Klüften presenterte dagens Akuttmottak for styret.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 108/2011 Beslutnings sak
Forelegg

Foretaket er ilagt forelegg i form av bot og inndragning til staten for overtredelse av forurensningsloven. Grunnlaget er at det i forbindelse med drift av sykehusvirksomheten er tømt spesialavfall ut i avløpet over flere år. Oslo universitetssykehus HF har tidligere erkjent det straffbare forholdet og bedt om å bli forelagt en bot.

Enstemmig vedtak:

Styret erkjenner at det er begått en ulovlig handling og beklager dette.

Styret vedtar forelegg i form av bot på 1,5 mill kroner og inndragning på 1,3 mill kroner til statskassen.

Styreleder gis fullmakt til å vedta forelegget.

Sak 109/2011 Beslutnings sak
Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 28. september 2011

Det har vært avholdt foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF 28. september 2011. Protokollen ble delt ut i møtet.

Enstemmig vedtak:

Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF tas til etterretning.

Göran Stiernstedt
Styreleder

Odd Christopher Hansen
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra styremøte
29.september 2011

**SAK 125/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL STYREMØTE
 29. SEPTEMBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2011.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra lukket behandling styremøte
29.september 2011

**SAK 126/2011: **BESLUTNINGSSAK
GODKJENNING AV PROTOKOLL LUKKET
BEHANDLING STYREMØTE
29. SEPTEMBER 2011****

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra lukket behandling styremøte 29. september 2011.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll – styremøte

Møtenavn: **Styremøte**
27. oktober 2011
kl. 08.00 – 14.50
Radiumhospitalet, Forskningsbygget
Referent: Randi Borgen

Til stede:

Stener Kvinnsland, leder
Göran Stiernstedt, nestleder

Marianne Borgen (gikk kl. 14.10, ikke til stede på behandling av lukket del av sakene 120 og sakene 121 og 122.)

Aasmund Magnus Bredeli
Ellen Christine Christiansen
Rita von der Fehr
Nina Tangnæs Grønvold
Barbro Lill Hætta
Tor Ingebrigtsen
Merete Norheim Morken
Svein Erik Urstrømmen
Anders Utne
Bjørn Wølsted-Knudsen

Forfall: Ole Petter Ottersen

Til stede fra Brukerutvalget: observatør Nina Adolfsen og Arne Ellingsberg

Til stede fra konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF: Liv Todnem

Til stede fra administrasjon: Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Jørgen Jansen, Einar Hysing, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erik Carlsen, Erlend B Smeland, Kenneth Solstrand, m.fl.

Sak 109/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Ny sammensetning av ansettelsesutvalget for ansettelse av administrerende direktør ble fremmet som sak under eventuelt. Eventuelt har fått sak nr. 122. I tillegg ble det tidspunkt for styremøte i desember og seminar for styret neste år reist som eventuelt sak. Saken om orientering av prosess ansettelse av administrerende direktør ble behandlet som sak 123.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 110/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 29.09.2011

Saken ble utsatt i påvente av slutføring av diskusjon av sak 111/2011.

Sak 111/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 29.09.2011

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

Sak 112/2011 Beslutningssak Foretaksprotokoll fra foretaksmøte i Oslo Universitetssykehus HF 20.10.2011

Protokoll inneholdende endringer i styrets sammensetning ble delt ut i møtet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 20. oktober 2011 inneholdende endringer i styresammensetningen til etterretning.

Sak 113/2011 Beslutningssak Økonomi- og aktivitetsrapport per september

Saken beskriver rapportering av aktivitet i virksomheten for september med årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet. Rapporteringen inkluderer situasjonen ut fra utvalgte styringsparametre som korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter samt timeavtale med bekreftelse på mottatt henvisning. I tillegg omtales status for reduksjon av bemanning og kostnader i alle klinikkene som oppfølging av tiltak for gjennomføring av budsjett 2011. (Oppfølging av vedtak i styremøte 29.09.2011, sak 98/2011).

Samlet ser aktivitetsutviklingen ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Somatisk aktivitet er imidlertid høyere enn planlagt, mens

aktiviteten innenfor voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er lavere enn planlagt. Antall fristbrudd er stabilt og er per september 12 pst. Andel korridorpasienter er redusert og har en positiv utvikling. Andel utskrivningsklare pasienter holder seg stabilt på 1,2 pst.

Det er fortsatt negativt økonomisk resultat som viser at foretaket så langt ikke har klart å ta ned bemanningen og kostnadene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Som en konsekvens av beslutning fra eier i foretaksmøte er det satt i verk ekstraordinære tiltak for å redusere bemanning og kostnader i siste del av 2011 for på kort sikt å redusere det negative resultatavviket. Regnskapet viser et negativt avvik på 433 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate. Årsprognosen ligger an til et resultatavvik på -520 mill kroner. Bemanningen ble redusert med drøyt 1000 årsverk i begynnelsen av året, men har vært stabil siden. Sykefraværet hittil i år er 7,4 pst og har vært stabil de siste månedene på rundt 7 pst.

Konst. administrerende direktør Jan Eirik Thoresen innledet behandlingen med direktørens betraktninger på bl.a. aktivitet og drift i Oslo universitetssykehus HF.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per september til orientering.

Stemmeforklaring:

Det ble gitt stemmeforklaring fra Merete Norheim Morken, Bjørn Wølstaad-Knudsen, Rita Huitfeldt von der Fehr, Aasmund Bredeli og Svein Erik Urstrømmen:

”Orienteringen fra administrerende direktør viser i omfattende grad til styrets vedtak i sak 98/2011. Ansatterepresentantene påpeker at de ikke kan stille seg bak dette vedtakets punkt 1, 3 og 4. Likeså viser ansatterepresentantene til sin stemmeforklaring i sak 114/2011.”

**Sak 114/2011 Beslutningssak
Budsjett 2012**

Saken gir status for arbeidet med budsjett 2012 og beskriver nærmere hovedstrategi og prosess for budsjettarbeidet, forutsetninger om finansiering og aktivitetsvekst, stabens arbeid med budsjettet, en foreløpig oppsummering av den totale situasjonen samt omtale av investeringsbudsjettet. Målet er å gjennomføre de tildelte oppgavene uten å gå utover gjeldende budsjetttramme og hovedutfordringen er å tilpasse foretakets kostnader til de gitte inntektene. I saken fulgte detaljerte oversikter over klinikkenes arbeid med hovedstrategi for budsjett 2012 med anslag for kostnadsreduksjoner.

Brev fra Helse Sør-Øst RHF av 21.10.2011 om økonomisk langtidsplan ble delt ut i møtet.

Viseadministrerende direktør Morten Reymert gav en presentasjon av saken.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om fremdrift i arbeidet med budsjett 2012 til orientering.
2. Styret viser til brev av 21. oktober d.å. fra helse Sør-Øst RHF og ber administrerende direktør legge til grunn et resultatmål på –400 mill kroner eller bedre for budsjett 2012.
3. Det vises til uavklarte punkter i rammefinansieringen fremlagt i saken. Styret ber administrerende direktør avklare dette med Helse Sør-Øst RHF.

Stemmeforklaring:

Det ble gitt stemmeforklaring fra styrerepresentantene Merete Norheim Morken, Bjørn Wølstaad-Knudsen, Rita Huitfeldt von der Fehr, Aasmund M. Bredeli og Svein Erik Urstrømmen:

”De ansattevalgte styrerepresentantene viser til protokolltilførsel i foretaksmøtet 1. juni 2011 vedrørende resultatkrav for Oslo universitetssykehus HF i 2011: *En betydelig reduksjon av rammefinansieringen i år, manglende omstillingsmidler, manglende investeringsmidler og ny finansieringsmodell vanskeliggjør realisering av vedtak 108/2008 på en god og forsvarlig måte. Ansattes representanter mener fusjonsprosessen og intensjonen i vedtak 2008 krever forutsigbar tilførsel av nødvendige investerings- og omstillingsmidler både på kort og lang sikt.*

Ansattrepresentantene mener det fortsatt ikke er i samsvar mellom de oppgaver Oslo universitetssykehus HF er pålagt å utføre og de midler som stilles til disposisjon. Dette bekreftes av de foreløpige risikovurderingene som fremlegges i styresaken, og gir grunn til sterk bekymring for utviklingen i foretaket.”

Sak 115/2011 Beslutningssak
Revisors nummererte brev til ledelsen etter
årsoppgjørrevisjonen 2010

Revisor har i brev av 22.09.2011 redegjort for forhold som ble avdekket under revisjon av årsregnskapet for 2010 og som i henhold til revisorloven krever skriftlig rapportering fra revisor. I møtet ble det presisert at revisor har bedt foretaket vurdere verdiene på Aker sykehus i forbindelse med regnskapsavslutning for 2011.

Enstemmig vedtak:

Styret tar revisors brev til ledelsen om revisjonen for 2010 til etterretning og ber administrerende direktør følge opp revisors anbefalinger.

Sak 116/2011 Beslutningssak
Områdeplan IKT

I Oppdrag og bestilling 2011 er Oslo universitetssykehus HF bedt om å utarbeide en områdeplan for IKT. Med utgangspunkt i den regionale

langtidsplan og behovene knyttet til omstillingsprosessen i helseforetaket har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet en områdeplan IKT 2011-2015. Planen reflekterer sykehusets IKT utfordringer og viser de viktigste investeringsbehovene i perioden.

Enstemmig vedtak:

1. Styret konstaterer at integrasjonen i Oslo universitetssykehus HF er vesentlig hemmet av manglende gjennomgående IKT-løsninger. Styret understreker viktigheten av at Oslo universitetssykehus HF får etablere og videreutvikle IKT-løsninger som understøtter samordning, samorganisering og samlokalisering på tvers av helseforetaket og bidrar til effektiv og kvalitativ god drift.
2. Styret gir sin tilslutning til følgende mål for foretakets områdeplan for IKT for årene 2011-2015:
 1. Stabil og forsvarlig drift, samt oppfølging av myndighetspålegg.
 2. Understøttelse av omstillingsprosessen.
 3. Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov.
 4. Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av Oslo universitetssykehus HF spesialoppgaver.
3. Styret vedtar forslaget til områdeplan for IKT.

Sak 117/2011 Orienteringssak
Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse

Saken framstiller kapasitet, kvalitet og bredden på tilbudet som gis av Klinikk psykisk helse og avhengighet og det en planlegger framover innen rus og psykiatri feltet. Klinikken er inne i en omfattende omstillingsprosess og arbeider med å omstille aktivitet og drift til endrede rammer. Konst. klinikkleder Lars Lien redegjorde for saken og svarte på spørsmål.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 118/2011 Orienteringssak
Ventelistehåndtering

Saken gir en kortfattet innføring av sentrale sider av ventelistehåndtering. I tillegg rapporteres status per september for ventelistesituasjonen. Presentasjon ble gitt av medisinsk direktør Einar Hysing.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om ventelistehåndtering til orientering.

Sak 119/2011 Beslutningssak
Avsluttet byggeprosjekt ved Oslo
universitetssykehus HF – nytt forskningsbygg ved

Radiumhospitalet

Saken dreier seg om en sluttorientering av byggeprosjektet "Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet" som har pågått over flere år og som nå er avsluttet. Forskningsbygget framstår i dag som en drivkraft for hele kreftmiljø i Oslo Universitetssykehus HF og i resten av landet. Direktør Oslo sykehusservice Geir Teigstad gav en kort presentasjon.

Enstemmig vedtak:

Styret tar sak om avsluttet byggeprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF "Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet" til etterretning og konstaterer at bygget er ferdigstilt innenfor kostnadsrammen.

Styret tar til orientering at det er opprettet et haleprosjekt som har i mandat å anskaffe brukerutstyr innenfor rest av vedtatt kostnadsramme i henhold til prosjektets opprinnelige liste over brukerutstyr.

Sak 120/2011 Orienteringssak Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktørs orienteringer inneholder presentasjon av forskjellige saker og tema som gjelder drift og utvikling av sykehusets virksomhet. Konst.administrerende direktør Jan Eirik Thoresen kommenterte saken.

I forbindelse med orientering av Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler (oppfølging av rapport fra Arbeidstilsynet) ble det i møtet delt ut rapport fra Multiconsult angående kartlegging av bygninger og arbeidslokaler som er i bruk ved Oslo universitetssykehus HF og omfang av arbeider som må gjennomføres.

I tillegg ble det orientert om at det er varslet Branntilsyn i tiden 7-11 november i Oslo universitetssykehus, som innebærer befarings på samtlige 4 sykehus. Det skal foregå både tilsyn og en systemrevisjon.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 121/2011 Eventuelt

Ansettelsesutvalg for ansettelse av administrerende direktør

Endringer i styrets sammensetning har medført behov for å supplere ansettelsesutvalget. Ellen Christine Christiansen ble foreslått og dette fikk tilslutning. Utvalget utgjør etter dette: Styreleder, nestleder, Ellen Christine Christiansen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Merete Norheim Morken og Asmund Magnus Bredeli.

Dato for styremøte i desember

I møteplan for i år framgår at styremøtet er berammet til onsdag 14 desember. Grunnet forskjellig annonsering av tidspunkt for møtet ble det bedt om

avklaring. Gjennom avstemming ble det besluttet at dato for styremøte i desember skal være torsdag 15 desember.

Styreseminar 2012

Styret har i møteplan for 2012 (styresak 77/2011, møte 23.06.2011) besluttet møter og seminar. Det er ønskelig at en ser på tidspunktene for seminar på nytt. Administrasjonen kommer tilbake med forslag til justeringer i planen.

Sak 122/2011 Orienteringssak
Prosess ansettelse av administrerende direktør

Styret behandlet saken alene i lukket møte.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Göran Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Ole Petter Ottersen

Nina Tangnæs
Grønvold

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra styremøte
27.oktober 2011

**SAK 127/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL STYREMØTE
 27. OKTOBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. oktober 2011.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra lukket behandling styremøte
27.oktober 2011

**SAK 128/2011: BESLUTNINGSSAK
 GODKJENNING AV PROTOKOLL LUKKET
 BEHANDLING STYREMØTE
 27. OKTOBER 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokoll fra lukket behandling styremøte 27. oktober 2011.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Månedssrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

Innhold:

- Hovedtall
- Aktivitet
- Ventelister
- Økonomi
- Bemanning (per november)

Oktober 2011

Utvalgte nøkkeltall

Rapportering oktober 2011		Denne periode				Resultat hittil i år				Resultat hittil i fjor		
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall	Endring 10-11	Endring fra 2010 i %
Pasientbehandling												
Somatikk	DRG-poeng totalt	18 308	17 608	701	4,0 %	180 917	177 399	3 518	2,0 %	194 071	-13 154	-6,8 %
	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	8 696	9 076	-380	-4,2 %	87 172	88 877	-1 705	-1,9 %	95 684	-8 512	-8,9 %
	Dagopphold	6 461	6 427	34	0,5 %	62 156	62 963	-807	-1,3 %	70 561	-8 405	-11,9 %
	Polikliniske konsultasjoner	66 183	61 785	4 398	7,1 %	653 865	610 769	43 096	7,1 %	689 880	-36 015	-5,2 %
Voksen psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	112	120	-8	-7,1 %	1 208	1 148	60	5,2 %	2 664	-1 456	-54,7 %
	Liggedøgn	6 422	7 813	-1 391	-17,8 %	69 092	74 445	-5 353	-7,2 %	89 207	-20 115	-22,5 %
	Dagbehandling	60	326	-266	-81,6 %	587	3 254	-2 667	-82,0 %	4 143	-3 556	-85,8 %
	Polikliniske konsultasjoner	6 313	6 025	288	4,8 %	55 850	55 021	829	1,5 %	77 159	-21 309	-27,6 %
Barne- og ungdoms psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	14	11	3	22,8 %	122	109	13	12,3 %	105	17	16,2 %
	Liggedøgn	265	531	-266	-50,1 %	4 200	5 059	-859	-17,0 %	4 866	-666	-13,7 %
	Dagbehandling	209	354	-145	-41,0 %	3 208	3 667	-459	-12,5 %	3 685	-477	-12,9 %
	Polikliniske konsultasjoner	4 112	4 477	-365	-8,1 %	38 791	40 880	-2 089	-5,1 %	53 438	-14 647	-27,4 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	279	256	23	9,0 %	2 745	2 440	305	12,5 %	2 118	627	29,6 %
	Liggedøgn	3 193	3 176	17	0,5 %	31 951	30 049	1 902	6,3 %	29 440	2 511	8,5 %
	Dagbehandling	42	44	-2	-5,1 %	567	443	125	28,1 %	122	445	364,8 %
	Polikliniske konsultasjoner	790	861	-71	-8,3 %	7 312	7 830	-518	-6,6 %	9 429	-2 117	-22,5 %
Organisasjon og ledelse												
Andel korridor pas.	Somatikk	1,0 %	0 %	1,0 %		1,1 %	0 %	1,1 %		Dette ble ikke rapportert i 3. tertial 2010 pga manglende data etter innføring av PasDoc på RH.		
	Psykisk helsevern	0,0 %	0 %	0,0 %		0,0 %	0 %	0,0 %				
Liggedgr UK-pasienter	Somatikk	0,9 %				1,2 %						
	Psykisk helsevern	0,0 %				0,1 %						
Andel fristbrudd	Somatikk	13,0 %	0 %			12,8 %	0 %					
	Psykisk helsevern	6,3 %	0 %			11,6 %	0 %					
	TSB	20,5 %	0 %			18,0 %	0 %					
Økonomi og personell												
Økonomi	Resultat	35 926	-37 270	73 196	4,9 %	-648 200	-288 144	-360 056	-2,4 %	-	-	-
Personell	Årsverk totalt (brutto november)	17 236	16 306	-930	-5,7 %	17 389	16 633	-756	-4,5 %	18 434	-1 045	-5,7 %
Sykefravær	Sykefravær (september)	6,8 %	7,4 %	-0,6 %	-0,6 %	7,4 %	7,4 %	0,0 %	0,0 %	7,4 %	0,0 %	0,0 %

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

DRG aktivitet

DRG-poeng Fagenhet	2010					2011					Endring fra hittil i fjor	Endring i %
	juli	aug	sep	okt	Hittil i fjor	juli	aug	sep	okt	Hittil i år		
Medisinsk klinikk *	2 398	2 626	3 009	2 943	28 918	1 953	2 102	2 272	2 419	22 636	-6 282	-21,7 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	3 060	3 731	4 497	4 315	43 133	2 760	3 588	4 573	4 450	41 918	-1 215	-2,8 %
Kvinne- og barneklubben	2 615	2 796	3 151	2 880	29 497	2 311	2 715	2 748	2 568	27 747	-1 750	-5,9 %
Kreft- og kirurgiklinikken **	3 715	3 815	4 486	4 153	41 317	3 400	3 559	3 991	3 700	38 475	-2 842	-6,9 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken *	1 833	2 019	2 546	2 470	23 731	1 934	2 239	2 621	2 487	24 951	1 220	5,1 %
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi **	971	1 287	1 571	1 657	14 997	1 089	1 267	1 499	1 354	14 006	-991	-6,6 %
Akuttambulansen	613	643	870	855	7 848	624	683	566	614	6 514	-1 334	-17,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	59	103	153	97	1 099	51	81	135	117	1 097	-2	-0,2 %
Stab								3	1	12	12	
Ukjente fagenheter						4	14	21	5	371	371	
Sum Oslo universitetssykehus	15 264	17 020	20 283	19 370	190 540	14 126	16 248	18 429	17 715	177 727	-12 813	-6,7 %

Kilde: LIS; oppdatert 7.11 2011

* HLK (avd. for kardiologi) har flyttet enkelte kostnadssteder til MED (hjertemed. avdeling) i 2011. Korrigert manuelt i 2010.

** Avd. for lever-, gastro og barnekirurgi er flyttet fra SMK til KRK (innen ny klinikk KKT). Korrigert manuelt med 2978 DRG-poeng per OKT 2010.

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

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

DRG aktivitet, avvik per klinikk

Klinikk	Bud 2011	Bud per okt	Resultat hittil	Avvik	
				i antall	i %
Medisinsk klinikk	27 273	22 768	24 360	1 592	7,0 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	53 016	44 169	43 717	-452	-1,0 %
Kvinne- og barneklubben	34 261	28 557	27 868	-689	-2,4 %
Kreft- og kirurgiklinikken	43 588	36 802	35 724	-1 078	-2,9 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	28 874	23 947	24 905	958	4,0 %
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	20 239	16 871	16 505	-366	-2,2 %
Akuttklinikken	7 792	6 470	6 513	43	0,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	76	63	122	59	0,0 %
Biologiske lm	1 928	1 696	1 521	-175	-10,3 %
Fellesposter	(4 825)	(3 944)	-223	3 721	-94,3 %
SUM	212 221	177 399	181 012	3 613	2,0 %

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

For noen klinikker bidrar usikkerhet om intern DRG-fordeling til ulik forståelsen av det samlede resultatet. Det arbeides med å gjennomføre en enhetlig registreringspraksis i hele foretaket.

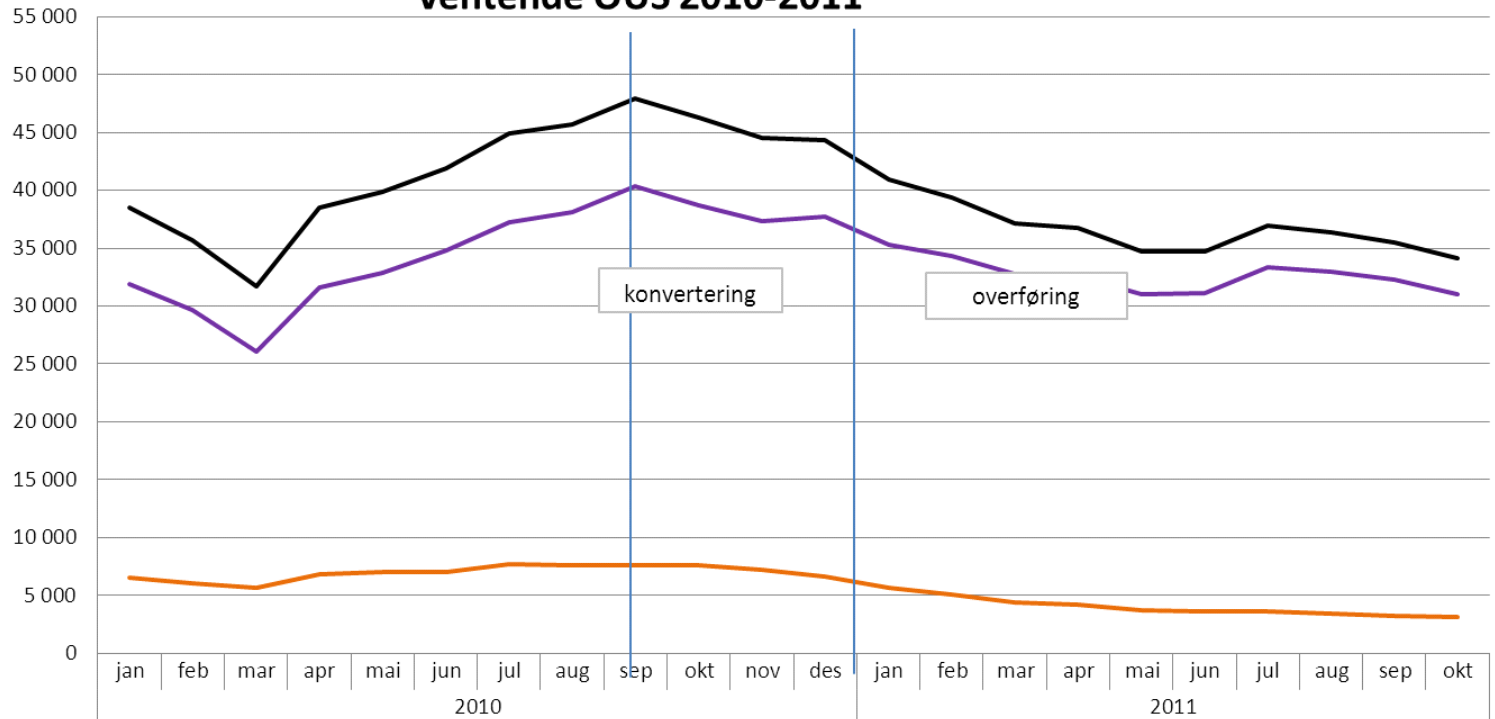
I denne fremstillingen er det foretatt en korreksjon i fremstillingen av budsjettavviket mellom SMK og MED klinikk. Det samme gjelder mellom HLK og KDI. Medisinsk klinikk er justert for posodialyse og KVB for DRG-poeng ved Geilomo. Dette er gjort for å få sammenlignbarhet mellom budsjett og resultat.

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

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

Utvikling antall ventende

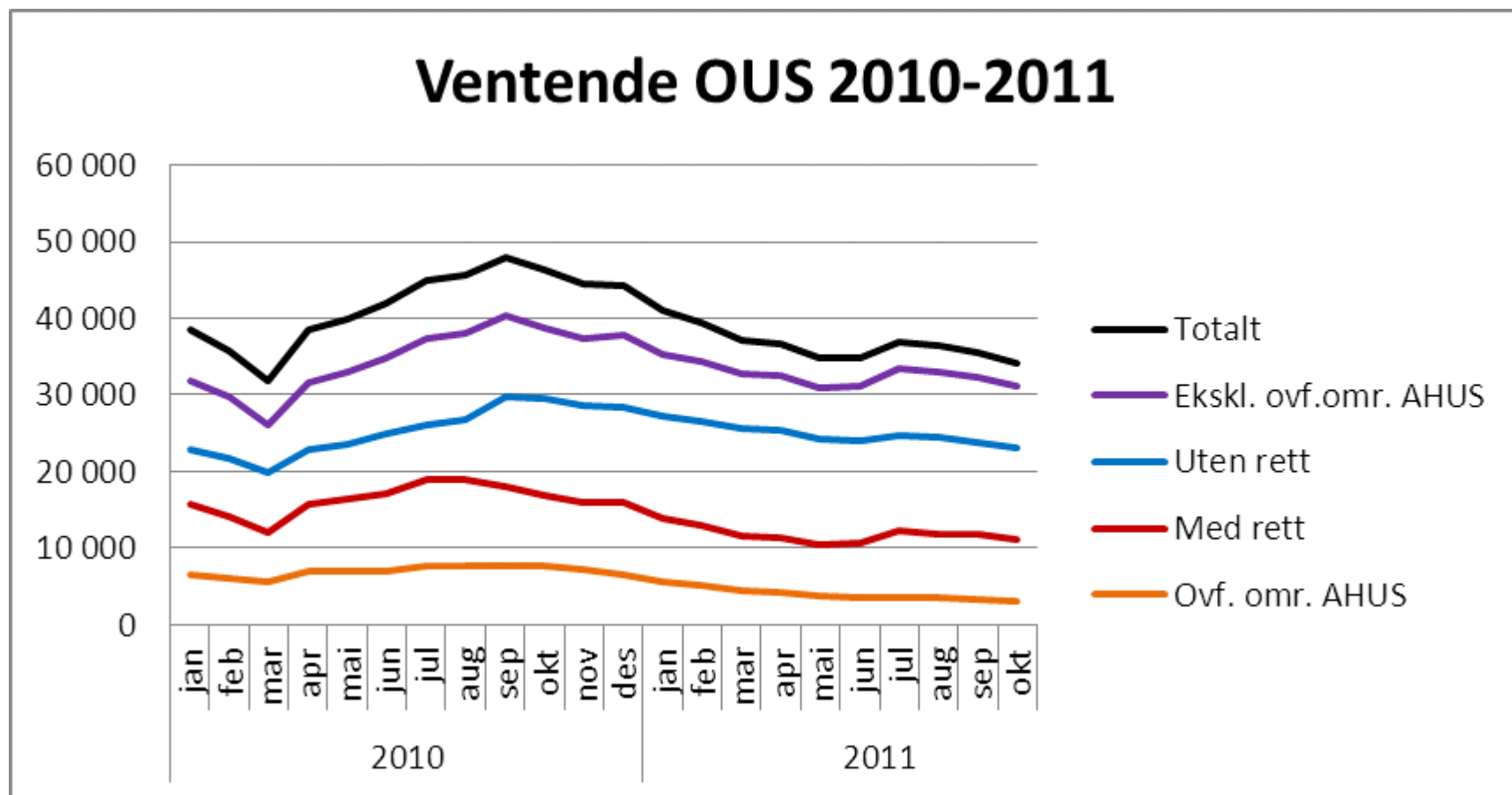
Ventende OUS 2010-2011



— Totalt	38492	35732	31752	38500	39852	41909	44914	45737	47910	46301	44583	44334	40941	39348	37179	36726	34722	34727	36962	36363	35537	34153
— Ekskl. ovf.omr. AHUS	31923	29662	26113	31635	32875	34853	37243	38130	40321	38704	37347	37724	35291	34295	32778	32542	30999	31134	33342	32966	32322	31064
— Ovf. omr. AHUS	6569	6070	5639	6865	6977	7056	7671	7607	7589	7597	7236	6610	5650	5053	4401	4184	3723	3593	3620	3397	3215	3089

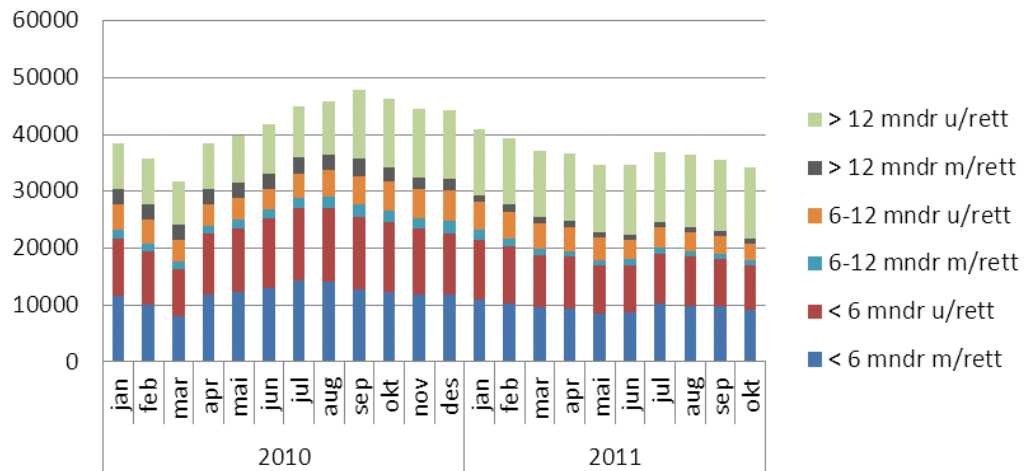
Utvikling antall ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp

(Totalt og ekskl overføringsområdet AHUS)

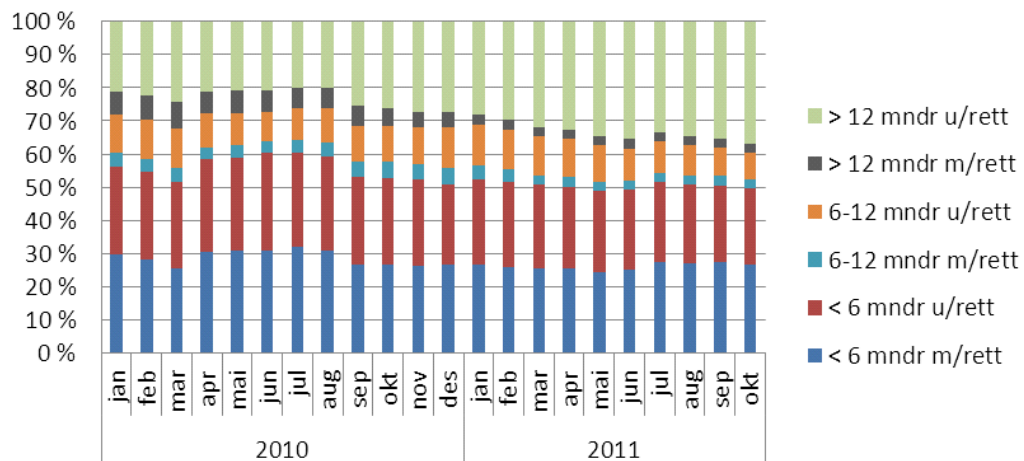


Ventende i ventelistekategorier

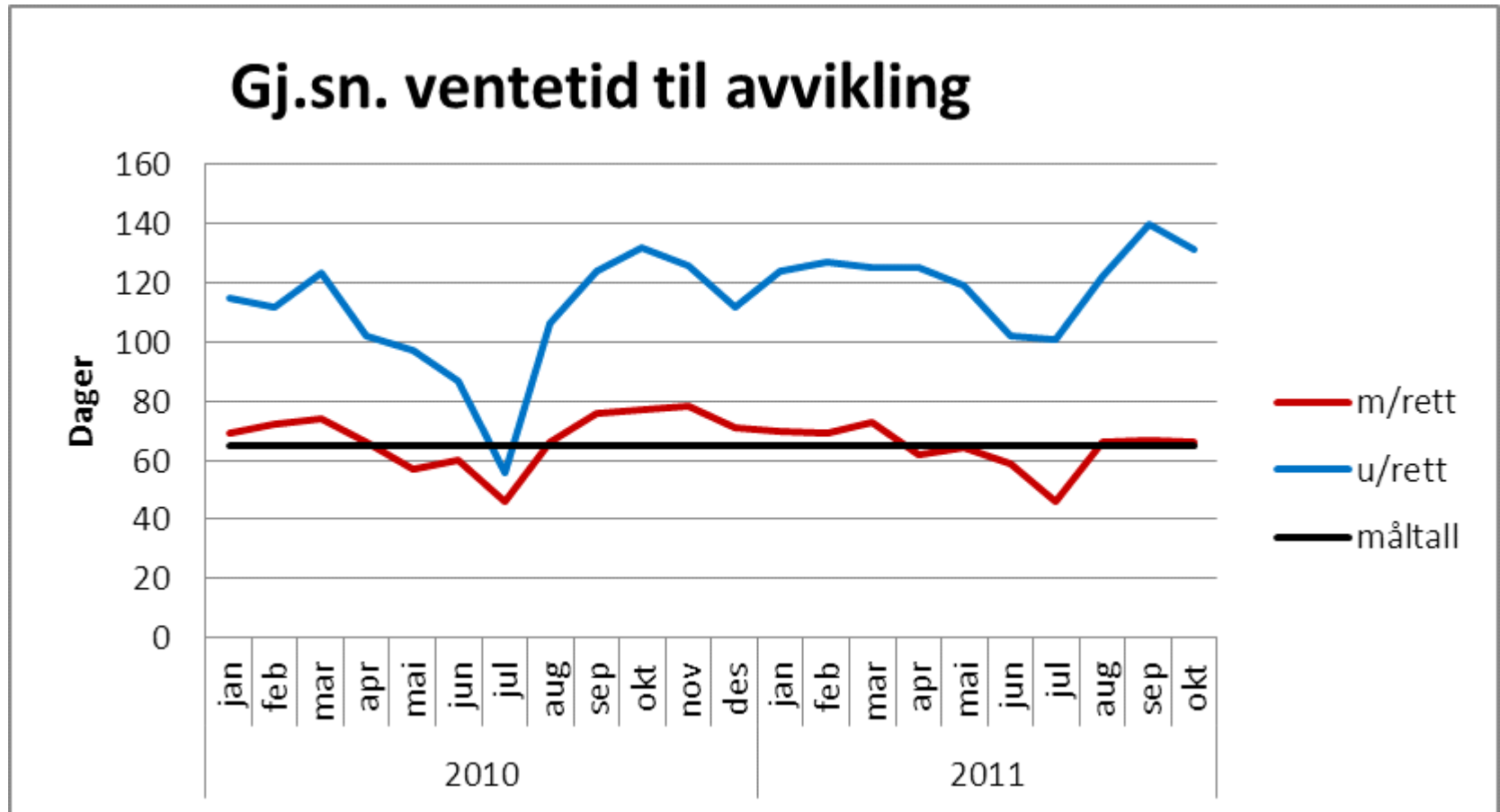
Ventende i ventetidskategori



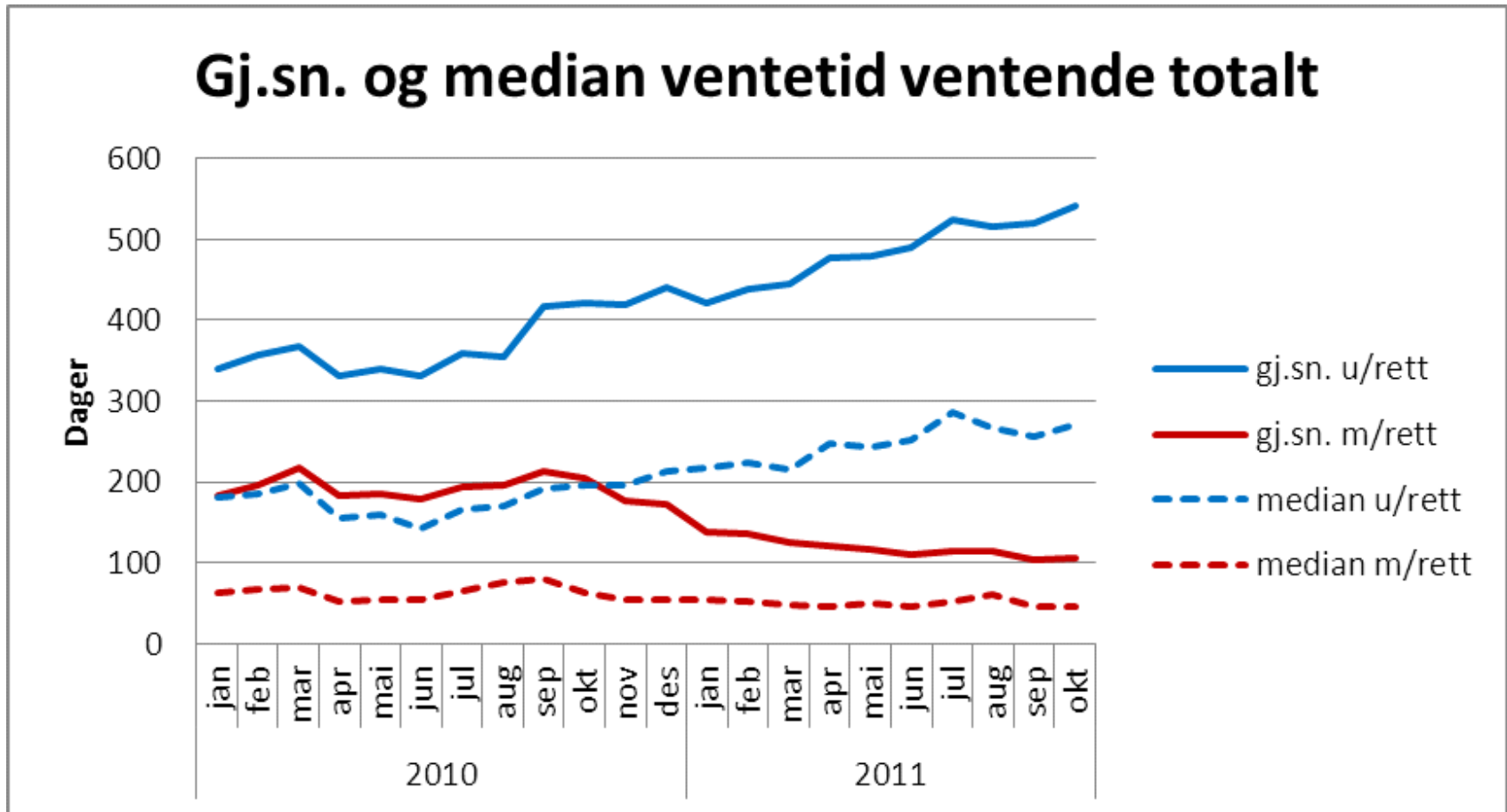
Andel ventende i ventetidskategori



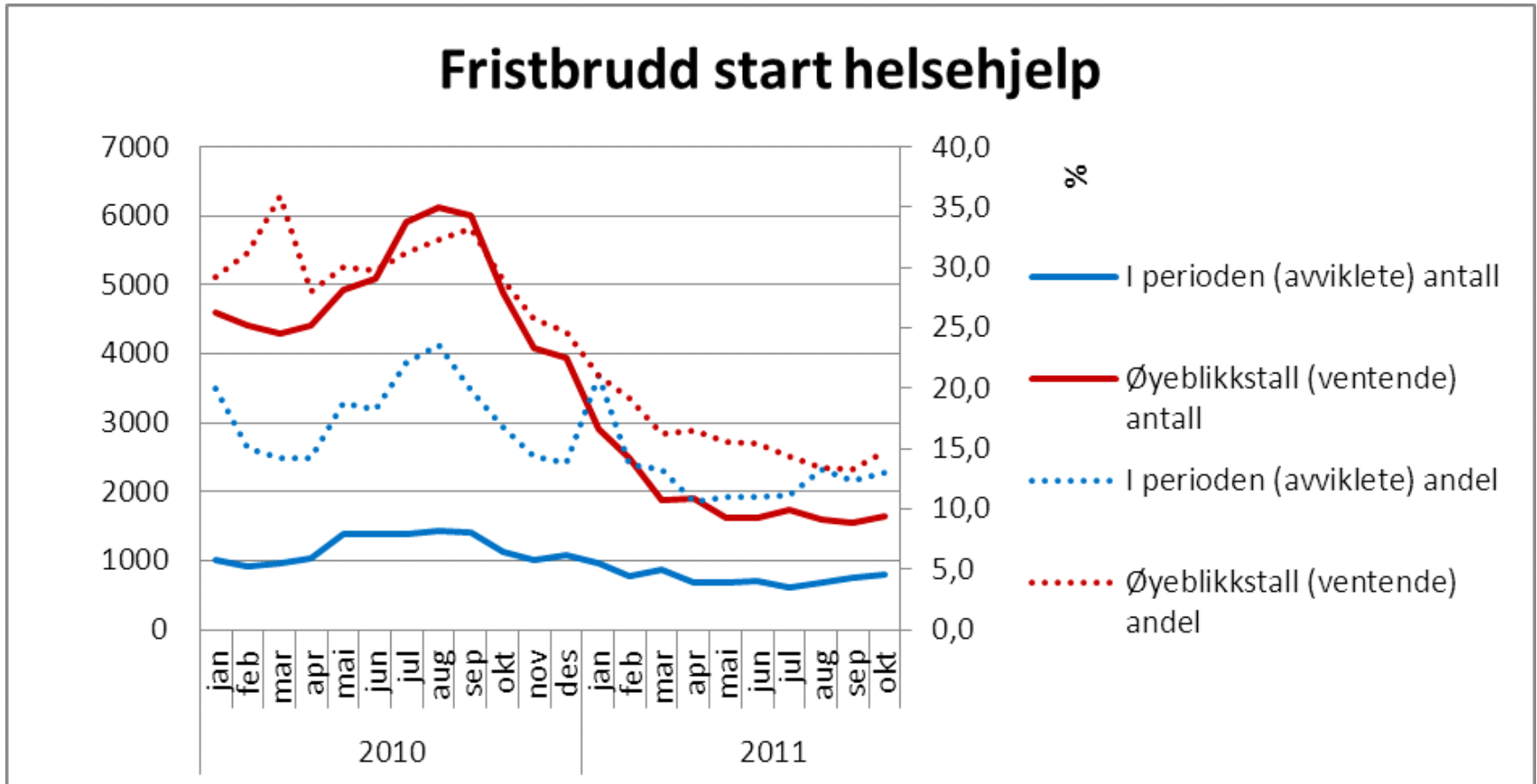
Ventetid til avvikling



Ventetid for ventende



Fristbrudd



Økonomisk resultat

ØBAK-linje	Resultat hittil	Budsjett hittil	Avvik	Akk regnskap oktober 2010	Endring 2010 2011	Endring i %
Basisramme	8 249 383	8 249 383	0	8 771 331	-521 948	-6 %
ISF egne pasienter	1 960 623	1 998 803	-38 180	2 042 266	-81 644	-4 %
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	525 888	415 326	110 562	485 917	39 971	8 %
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus	22 497	25 087	-2 590	25 578	-3 081	-12 %
Gjestepasienter	362 878	422 546	-59 668	344 215	18 663	5 %
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	1 760 137	1 650 582	109 555	1 417 128	343 008	24 %
Polikliniske inntekter	309 865	316 028	-6 163	308 321	1 544	1 %
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	21 505	15 235	6 270	17 479	4 026	
Andre øremerkede tilskudd	806 419	829 122	-22 703	721 048	85 372	12 %
Andre driftsinntekter	580 093	528 054	52 040	595 899	-15 806	-3 %
Sum driftsinntekter	14 599 287	14 450 166	149 121	14 729 182	-129 895	-1 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	87 767	48 375	39 391	30 096	57 671	192 %
Kjøp av private helsetjenester	176 374	172 878	3 496	95 460	80 913	85 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 769 438	1 671 724	97 713	1 886 252	-116 814	-6 %
Innleid arbeidskraft	123 875	72 400	51 476	112 013	11 862	11 %
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	41 824	64 253	-22 429	48 067	-6 242	-13 %
Lønn til fast ansatte	6 788 238	6 832 384	-44 146	6 979 641	-191 403	-3 %
Overtid og ekstrahjelp	870 032	450 978	419 055	725 929	144 103	20 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 786 271	1 723 887	62 384	1 668 425	117 846	7 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-450 656	-361 918	-88 738	-463 083	12 427	-3 %
Annen lønn	1 182 471	1 146 384	36 087	1 185 301	-2 830	0 %
Avskrivninger	716 917	754 689	-37 772	741 838	-24 921	-3 %
Nedskrivninger	0	0	0	0	0	-100 %
Andre driftskostnader	2 061 755	2 076 144	-14 389	1 875 968	185 786	
Sum driftskostnader	15 154 306	14 652 179	502 127	14 885 907	268 399	2 %
Driftsresultat	-555 019	-202 013	-353 006	-156 725	-398 294	
Finansinntekter	7 940	21 979	-14 039	8 133	-193	
Finanskostnader	101 121	108 110	-6 989	78 631	22 490	
Finansresultat	-93 181	-86 131	-7 050	78 631	-171 812	
Ordinært resultat	-648 200	-288 144	-360 056	-227 223	-420 977	

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under

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

Økonomisk resultat per klinikk

	Årsbudsjett	Budsjettet hittil	Akkumulert avvik fra budsjett		
			Inntekt	Kostnad	Resultat
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	1 761 549	1 459 614	-663	-42 013	-42 676
MED MEDISINSK KLINIKK	1 012 857	845 246	68 925	-82 967	-14 042
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1 702 073	1 410 921	12 073	-99 403	-87 329
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 356 616	1 124 430	5 774	-39 651	-33 877
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN	1 335 030	1 106 975	-15 756	-44 055	-59 811
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	749 747	624 320	22 523	-81 603	-59 080
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	736 119	620 511	-20 151	-36 738	-56 890
AKU AKUTTKLINIKKEN	1 926 878	1 591 737	14 077	-93 804	-79 727
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVEN SJON	1 931 278	1 594 452	22 988	-37 405	-14 416
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1 841 417	1 498 410	10 582	-41 947	-31 365
KRG KREFTREGISTERET	126 141	103 596	6 453	-5 696	757
STA DIREKTØRENS STAB	1 112 138	916 367	14 233	63 057	77 291
FPO FELLESPOSTER	2 183 401	1 849 839	14 372	25 623	39 995
AS KONSERN	-12 250	-8 109	0	1 325	1 325
RESULTAT	17 762 994	14 738 310	155 430	-515 275	-359 846
Eliminering internt kjøp og slag (netto)					-210
Resultat etter eliminering					-360 056

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

Bemannings indikatorer

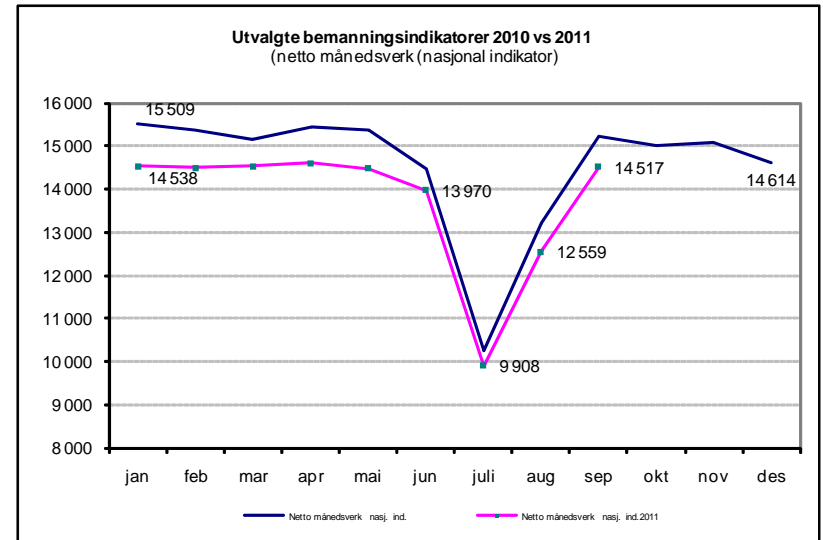
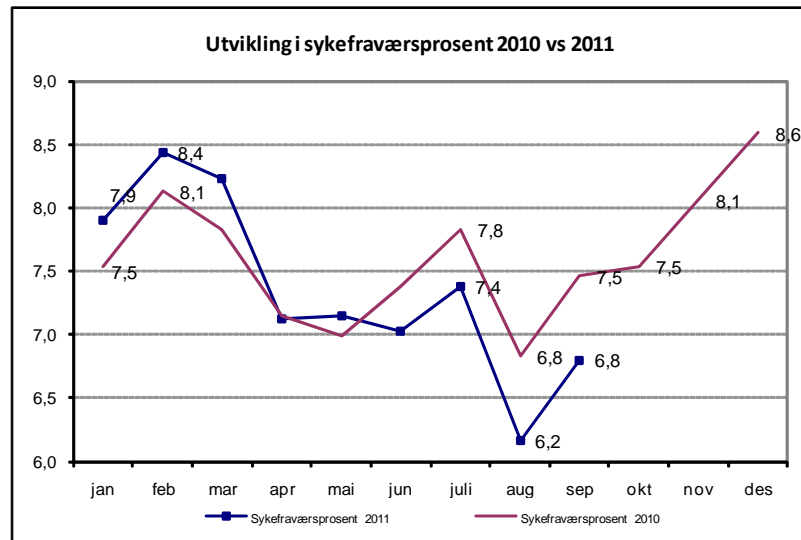
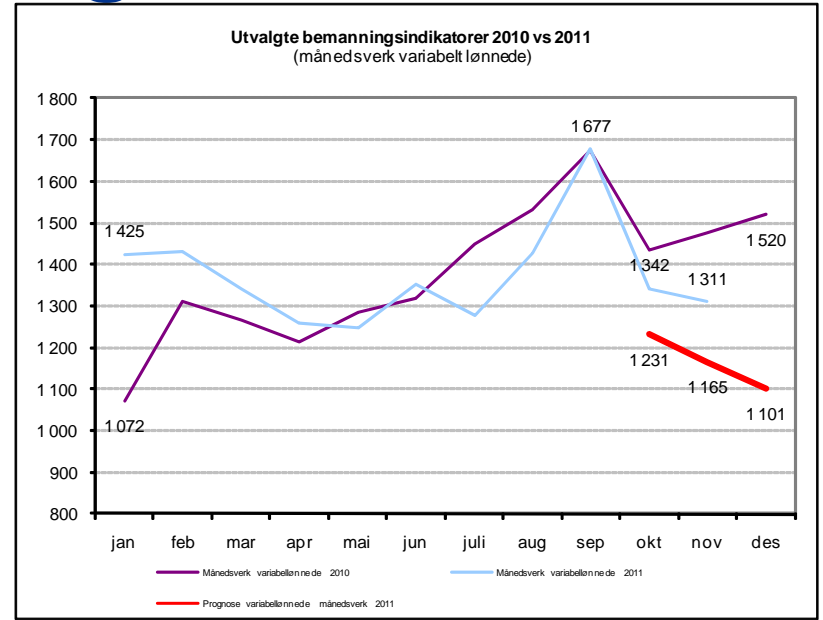
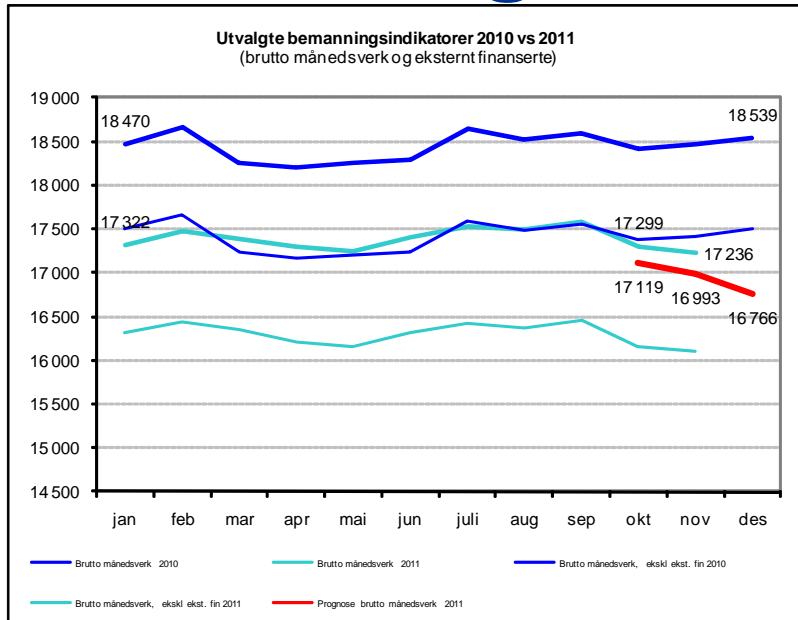
(til og med november)

Indikator	Faktisk 2010							Faktisk 2011					Endring fra 4 kvartal i fjor	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra prognose totalt
	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	4. kvartal i fjor	Snitt 2010	aug	sept	okt	nov	Hittil i år			
Brutto månedsverk	18 519	18 585	18 416	18 469	18 434	18 475	18 443	17 488	17 575	17 299	17 236	17 389	-1 086	-1 045	470
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	17 514	17 579	17 401	17 452	17 432	17 461	17 441	16 368	16 452	16 162	16 096	16 298	-1 164	-1 135	367
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 005	1 006	1 014	1 017	1 002	1 013	1 003	1 120	1 124	1 137	1 140	1 091	78	89	
Innleie fra vikarbyrå	214	152	162	208	156	225	173	193	178	182	-	178	-47	23	
Månedsverk månedslønnede	16 989	16 912	16 982	16 993	17 068	16 998	17 064	16 060	15 898	15 957	15 926	16 017	-981	-1 051	83
Månedsverk variabelønnede	1 531	1 673	1 434	1 476	1 366	1 477	1 379	1 428	1 677	1 342	1 311	1 372	-105	6	128
Netto månedsverk nasj. ind.	13 214	15 261	15 036	15 082	14 472	14 904	14 580	12 559	14 517	-	-	13 734	-1 170	-738	
Sykefraværsprosent	6,8	7,4	7,5	8,0	7,4	8,1	7,6	6,3	6,8	-	-	7,4	-0,7	-0,1	

Kommentar: Det kan være endringer knyttet til bruken av TT koder som påvirker sammenlikningen mellom 2010 og 2011, spesielt i forholdet mellom månedslønnede og variabelt lønnede.

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

Bemanningsutvikling



Bemanningsutvikling per yrkesgruppe

Stillingskategori Ressursbruk i brutto månedsverk	Andel per nov				Endring per nov	
	Hittil i fjor	Andel 2010	Hittil i år	Andel 2011	Endring i årsverk	Endring i andel
(1) LEGER	2 408	13,1 %	2 294	13,2 %	-113	0,1
(2) SYKEPLEIEPERSONELL	6 674	36,2 %	6 262	36,0 %	-412	-0,2
(3) LABORATORIEPERSONELL	939	5,1 %	932	5,4 %	-7	0,3
(4) ANNET FAGPERSONELL I PASIENTBEHANDLING	2 420	13,1 %	2 220	12,8 %	-201	-0,4
(5) FORSKNINGS- OG FAGUTVIKLINGSPERSONELL	736	4,0 %	776	4,5 %	40	0,5
(6) LEDERE	1 230	6,7 %	1 152	6,6 %	-78	0,0
(7) ADM-/KONTORPERSONELL	2 109	11,4 %	1 947	11,2 %	-162	-0,2
(8) TEKNISK-/FORSYNINGSPERSONELL	1 865	10,1 %	1 738	10,0 %	-127	-0,1
(9) Ukjent	54	0,3 %	67	0,4 %	13	0,1
Totalt OUS	18 434	100,0 %	17 389	100,0 %	-1 045	0,0

Bemanning

Brutto månedsverk per klinikk

Brutto månedsverk	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	aug	sept	okt	nov	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra prognose okt-nov
PHA	2 998	3 001	2 937	2 949	2 942	2 403	2 408	2 331	2 312	2 374	-568	-53
MED	1 660	1 615	1 638	1 646	1 648	1 333	1 320	1 310	1 317	1 365	-282	9
KKN	2 028	2 049	2 060	2 071	2 020	2 095	2 153	2 097	2 094	2 084	64	51
KVB	1 797	1 805	1 796	1 801	1 795	1 783	1 748	1 739	1 754	1 761	-34	45
KRK	1 775	1 792	1 784	1 781	1 771	1 788	1 777	1 751	1 744	1 755	-16	14
HLK	720	736	726	733	734	780	798	791	783	771	36	37
SMK	751	757	757	756	748	747	759	743	735	742	-7	14
AKU	2 295	2 287	2 289	2 284	2 288	2 242	2 299	2 265	2 247	2 251	-37	28
KDI	2 139	2 132	2 141	2 150	2 137	2 098	2 109	2 111	2 096	2 082	-55	57
KRG	115	113	115	116	115	127	126	126	127	122	7	7
OSS	1 914	1 884	1 840	1 855	1 881	1 783	1 771	1 724	1 717	1 768	-113	-10
STA	322	321	325	321	338	304	304	306	306	310	-28	7
OUS	18 519	18 585	18 416	18 469	18 434	17 488	17 575	17 299	17 236	17 389	-1 045	212

Brutto månedsverk, ekst. fin.	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	aug	sept	okt	nov	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra prognose okt-nov
PHA	2 930	2 930	2 865	2 875	2 872	2 314	2 316	2 239	2 218	2 286	-586	-86
MED	1 591	1 550	1 575	1 582	1 580	1 262	1 250	1 238	1 245	1 298	-282	-27
KKN	1 991	2 010	2 019	2 028	1 979	2 058	2 115	2 059	2 052	2 047	68	58
KVB	1 677	1 679	1 667	1 671	1 673	1 650	1 610	1 600	1 614	1 622	-52	43
KRK	1 489	1 510	1 503	1 501	1 488	1 482	1 474	1 449	1 437	1 461	-26	12
HLK	696	711	702	710	711	748	766	757	749	745	34	31
SMK	687	691	693	703	688	688	697	684	686	687	0	16
AKU	2 289	2 280	2 282	2 276	2 281	2 236	2 293	2 259	2 240	2 244	-37	27
KDI	1 934	1 932	1 936	1 936	1 938	1 885	1 897	1 894	1 879	1 872	-66	28
KRG	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
OSS	1 913	1 883	1 839	1 854	1 880	1 782	1 771	1 723	1 716	1 768	-112	-10
STA	314	313	317	311	331	261	260	258	258	267	-64	15
OUS	17 514	17 579	17 401	17 452	17 432	16 368	16 452	16 162	16 096	16 298	-1 135	110



Bemanning

Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

Månedsværk månedslønnede	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	aug	sept	okt	nov	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra prognose okt-nov
PHA	2 585	2 574	2 569	2 587	2 584	2 041	2 029	2 040	2 034	2 050	-534	-72
MED	1 503	1 468	1 490	1 505	1 501	1 233	1 187	1 189	1 196	1 237	-264	4
KKN	1 867	1 881	1 905	1 910	1 883	1 931	1 941	1 937	1 934	1 925	42	15
KVB	1 684	1 680	1 689	1 688	1 695	1 665	1 620	1 629	1 634	1 652	-43	30
KRK	1 694	1 702	1 709	1 694	1 699	1 683	1 667	1 667	1 668	1 672	-27	2
HLK	672	675	677	676	687	729	725	735	727	718	31	21
SMK	720	717	726	712	716	708	712	710	700	707	-9	12
AKU	2 093	2 073	2 072	2 072	2 079	2 039	2 009	2 018	2 010	2 018	-61	-1
KDI	2 071	2 070	2 076	2 081	2 078	2 009	2 013	2 031	2 025	2 009	-70	51
KRG	112	111	113	112	112	123	124	124	126	119	7	9
OSS	1 661	1 637	1 631	1 630	1 691	1 590	1 566	1 568	1 564	1 597	-94	-1
STA	321	319	320	319	335	304	303	305	304	309	-26	7
OUS	16 989	16 912	16 982	16 993	17 068	16 060	15 898	15 957	15 926	16 017	-1 051	83

Månedsværk variabelt lønnede	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	aug	sept	okt	nov	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Avvik fra prognose okt-nov
PHA	413	427	368	361	358	361	379	291	278	325	-34	19
MED	157	147	149	141	146	100	133	121	121	128	-19	5
KKN	161	168	156	161	137	164	213	160	160	159	22	36
KVB	113	125	107	113	100	118	128	110	120	109	9	15
KRK	80	89	75	86	72	105	110	84	76	82	10	12
HLK	48	62	49	58	48	51	73	56	56	52	5	17
SMK	31	40	31	43	32	39	47	33	35	35	3	2
AKU	202	214	217	213	209	203	290	247	238	233	24	29
KDI	68	62	65	69	58	89	96	81	71	73	15	6
KRG	3	3	3	4	3	4	2	2	1	2	-1	-1
OSS	253	247	210	225	190	193	206	156	153	171	-19	-9
STA	1	2	5	3	3	0	1	1	2	2	-2	0
OUS	1 531	1 673	1 434	1 476	1 366	1 428	1 677	1 342	1 311	1 372	6	128



Bemanning

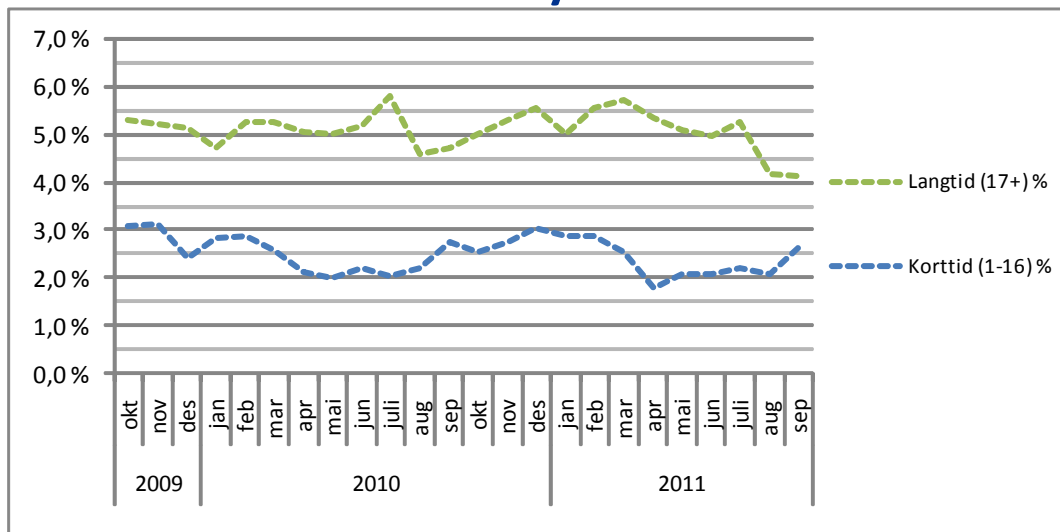
Innleie av helsepersonell per klinikk (kostnader omregnet til årsverk)

Innleie fra vikarbyrå	aug	sep	okt	nov	Hittil i fjor	4. kvartal ifjor	aug	sept	okt	nov	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	7,5	7,8	6,3	5,7	4,0	9,9	17,0	2,8	3,8	-	8,4	4,5	-1,5
MED	23,9	17,1	11,7	24,0	16,8	21,0	14,6	11,3	17,8	-	14,9	-1,9	-6,1
KKN	29,8	11,5	23,9	50,2	22,3	49,3	29,7	26,9	30,1	-	26,9	4,6	-22,5
KVB	45,3	18,9	21,4	24,3	21,7	27,3	51,4	44,4	39,0	-	34,1	12,4	6,8
KRK	20,9	16,2	14,5	15,7	11,9	17,9	14,4	12,8	7,4	-	12,1	0,2	-5,8
HLK	22,6	27,1	24,7	26,0	22,0	32,5	16,2	10,1	13,5	-	16,9	-5,1	-15,6
SMK	7,1	8,0	9,3	8,7	9,8	12,4	5,3	9,6	13,5	-	11,6	1,8	-0,8
AKU	37,9	52,7	45,2	46,6	43,0	47,4	39,1	53,4	57,8	-	47,2	4,2	-0,2
KDI	6,3	5,6	5,3	6,5	4,3	7,8	5,6	3,0	2,9	-	6,1	1,8	-1,7
KRG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	0,0	0,0	
OSS	11,3	-11,4	0,0	0,0	0,1	0,0	-	0,6	-	-	0,3	0,2	0,3
STA	1,1	-1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	0,0	0,0	
SUM	213,6	152,3	162,2	207,6	155,9	225,5	193,2	178,3	182,1	-	178,4	22,6	-47,0

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

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

Sykefravær utvikling



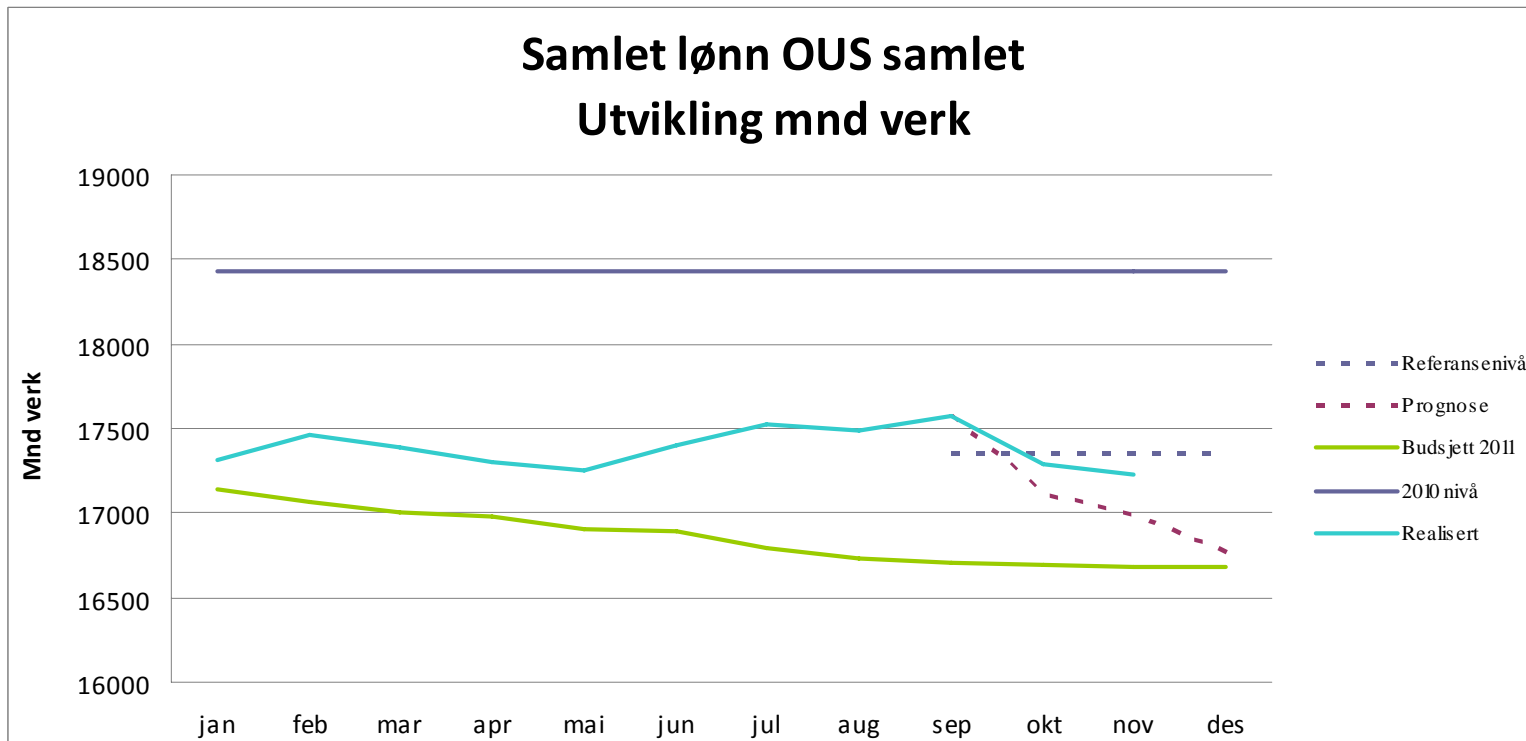
Sykefraværslengder, per september

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



Status gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader

OUS utvikling brutto månedsverk ifht prognose



Prognose november: 16.993 mnd.verk

Faktisk november: 17.232 mnd.verk

Differanse: 239 mnd.verk

Reduksjon oktober til november faktisk 62 mnd.verk

Oversikt og vurdering bemanning (per november)

		Realisert			Mot prognose nov			Mot prognose des			Mot refefanse nivå		Risiko for manglende måloppnåelse i 2011	
		okt	nov	utvikling fra okt til nov	Mål	Avvik	Mål	Gap	Mål	Gap				
PHA	KLINIKK FOR PSYKISK HELSE OG AVHENG	2 331	2 312	-19	-0,8 %	2 374	-62	-2,6 %	2 320	-8	-0,3 %	2 379	-67	Lav
MED	MEDISINSK KLINIKK	1 310	1 317	7	0,5 %	1 299	18	1,4 %	1 288	29	2,3 %	1 392	-75	Lav
KKN	KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	2 097	2 094	-4	-0,2 %	2 030	64	3,1 %	2 008	86	4,3 %	2 065	29	Høy
KVB	KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 739	1 754	15	0,8 %	1 697	58	3,4 %	1 679	76	4,5 %	1 758	-4	Høy
KRK	KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN	1 751	1 744	-8	-0,4 %	1 732	12	0,7 %	1 728	16	0,9 %	1 741	2	Lav
HLK	HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	791	783	-8	-1,1 %	741	42	5,6 %	725	58	8,0 %	760	23	Høy
SMK	KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG	743	735	-7	-1,0 %	725	10	1,4 %	725	10	1,4 %	735	1	Høy
AKU	AKUTTKLINIKKEN	2 265	2 247	-17	-0,8 %	2 222	25	1,1 %	2 183	65	3,0 %	2 240	8	Høy
KDI	KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVE	2 111	2 096	-15	-0,7 %	2 037	59	2,9 %	2 018	79	3,9 %	2 067	29	Høy
KRG	KREFTREGISTERET	126	127	1	0,7 %	119	8	6,7 %	119	8	6,7 %	119	8	Lav
OSS	OSLO SYKEHUSSERVICE	1 724	1 717	-7	-0,4 %	1 720	-3	-0,2 %	1 683	34	2,0 %	1 786	-69	Lav
STA	STAB	306	306	0	0,1 %	297	9	2,9 %	291	15	5,0 %	315	-9	Moderat
OUS	Oslo universitetssykehus HF	17 294	17 232	-62	-0,4 %	16 993	239	1,4 %	16 766	466	2,8 %	17 355	-123	

Vurdering andre kostnader

Prognostiserte reduksjoner

Kontoklasse	September	Oktober	November	Desember	Total
Kontoklasse 4	0	240	240	240	720
Kontoklasse 5	0	363	363	363	1 090
Kontoklasse 6	0	8 682	8 682	8 682	26 046
Kontoklasse 7	0	934	934	934	2 801
Sum	-	10 219	10 219	10 219	30 657

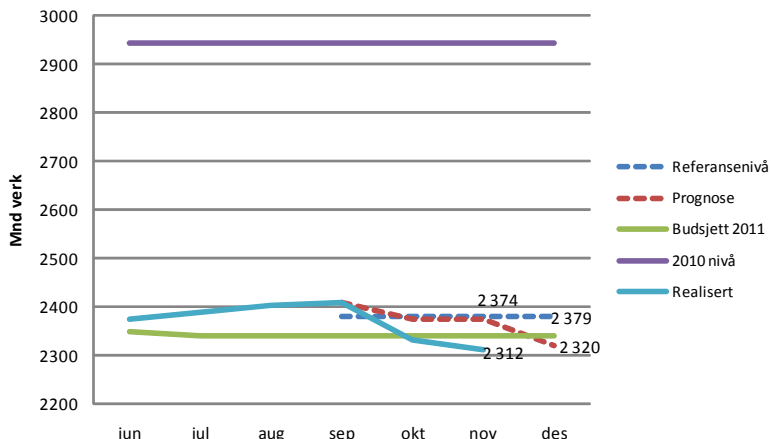
Overordnet vurdering per oktober:

En del av klinikkene melder at kostnadene er redusert som prognostisert, mens andre melder at kostnadsreduksjonene i liten grad kommer før i oktober. Staben har redusert konsulentkostnadene slik som prognostisert.

Innført innkjøpsbegrensninger siste del av 2011.

Mer detaljer i kommentarene til hver klinikk.

Brutto månedsverk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Avsetningen for ekstra-kostnader for 22.07 er ved utgangen av oktober er 436.000 i tillegg til en akkumulert utgiftsførsel på 564.000 pga ekstra arbeidete timer.

- Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

- Variabel lønn skal dekke det definerte behovet og skal på et overordnet nivå ikke overstige 10 % av kostnad faste stillinger
- Det er innført en stillingskontroll og ekstra vurdering ved godkjenning av nye ansettelse

- Risikovurdering

- Bemanningstilpasningen i BUP og SRA tar lengre tid enn forutsatt pt.

Status innplasseringsprosess

Nye bemanningsplaner for BUP vil foreløpig føre til et nedtrekk på 49 årsverk, og for LOR antas det foreløpig å bli et nedtrekk på 7 årsverk. Overtalligheten ved klinikken samlet vil sannsynligvis medføre at tallene oppjusteres. Dette vil konkretiseres når det foreligger utarbeidede bemanningsplaner for alle sentrene i klinikken.

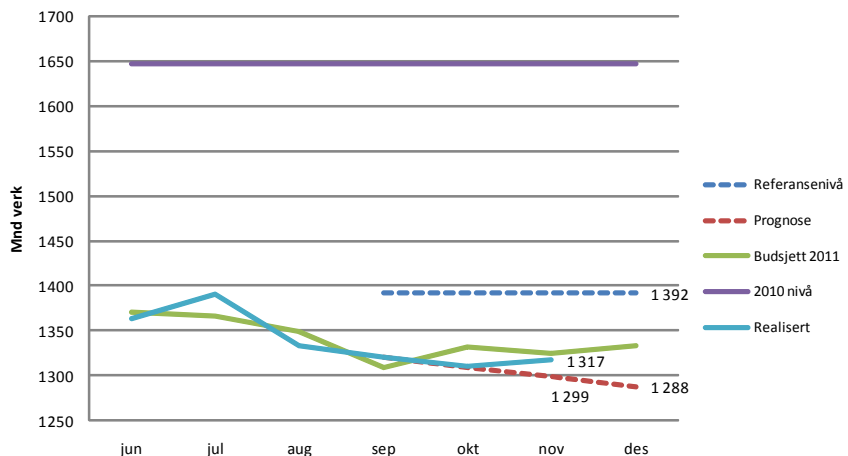
Det er foreløpig ikke mulig å fordele nedtrekket etter stillingskategorier/yrkesgrupper. Klinikkk A arbeider med sikte på at innplasseringsprosessen skal være avsluttet innen utgangen av 2011.

PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avik fra prognose levert HSØ
Brutto månedsverk	2949	2312	-62
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	2875	2218	-96
PHA FORSKNING OG UTVIKLING PSYKISK HELSE	74	46	-18
PHA SENTER FOR PSYKISK HELSE BARN OG UNGDOM	432	326	-15
PHA PSYKISK HELSE LANDS- OG REGIONSENTER	495	478	-31
PHA SENTER PSYKISK HELSE LOKALFUNKSJONER	1427	956	-32
PHA SENTER RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING	413	399	1

Andre kostnadsreducerende tiltak: Beregnet kostnadsreduksjon for oktober var 283.000. Forbruk av konsulenttenester var imidlertid høyere enn estimert pga av forsinket registrering av fakturaer og medførte at den beregnede kostnadsreduksjonen ikke ble oppnådd.

Beregnet kostnadsreduksjon fordeler seg hovedsakelig på de utgiftsarter HSØ har satt opp, samt en generell kostnadsreduksjon knyttet opp mot endringer i fullmakter både mht til beløp og beslutningsnivå.

Brutto månedsverk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Medisinsk klinikk har en økning i 7 brutto årsverk fra oktober til november, men prognosen var en nedgang på 11.

Nyremed har en økning på 5 brutto som kommer av lukke kompetansehull dialyse (utført etter gjeldende bemanningsplan). Vil på sikt redusere variabel og innleie.

Stab har en økning på 4 brutto som følge av organisering av bemanningsenhet som server klinikkens kliniske avdelinger (dette vil redusere variable kostnader på sikt)

Prognose er justert i henhold til endringer som har konsekvens for utgangsverdi.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser:

Klinikken har nettopp innført streng bemanningsnorm. Det er viktig at den nye arbeidsformen får satt seg. Ut over dette følger vi de overordnede retningslinjer for rapportering i HR linjen

Særlig fokus variabel lønn:

Ukentlig analyse av sentralt rapport

Risikovurdering:

Klinikken ligger bak prognose p.t., men store deler av dette er pga av særskilte forhold. Det er liten risiko for at avviket i henhold til prognose endrer seg til det verre nest mnd som innebærer en reduksjon på 11 brutto årsverk.

- det kan være forhold som påvirker bruttotall, som sykdom, permisjoner etc. som p.t. Ikke er analysert

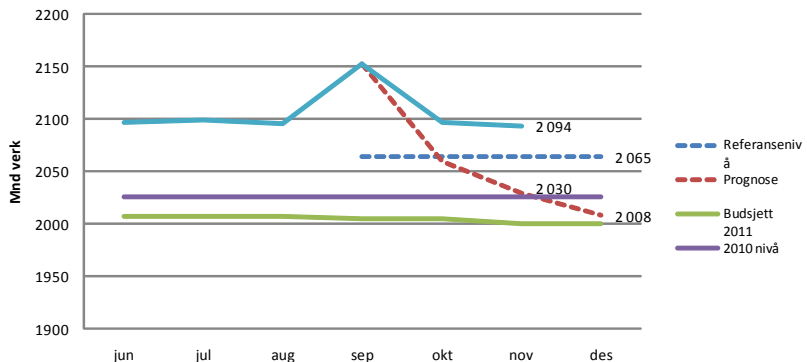
Status innplasseringsprosess:
er gjennomført

Brutto månedsverk	MED MEDISINSK KLINIKK-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avvik fra prognose levert HSØ
MED MEDISINSK KLINIKK	Brutto månedsverk	1646	1317	23
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	1582	1245	31
	MED AKUTT MEDISINSK AVDELING	152	167	-2
	MED AVDELING FOR FOREBYGGENDE MEDISIN	25	24	0
	MED AVDELING FOR SYKELIG OVERVEKT	11	10	-1
	MED AVDELING SKI	96	0	0
	MED ENDOKRINOLOGISK AVDELING	63	31	-1
	MED GASTROMEDISINSK AVDELING	99	84	1
	MED GENERELL INDRE MEDISINSK AVDELING	83	93	6
	MED GERIATRISK AVDELING	255	189	-3
	MED HJERTE MEDISINSK AVDELING	273	220	8
	MED INFESKJONSMEDISINSK AVDELING	132	112	10
	MED LUNGEMEDISINSK AVDELING	157	110	3
	MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE	102	80	-4
	MED NYREMEDIKINSK AVDELING	95	87	6
	MED STAB	39	37	7

Andre kostnadsreducerende tiltak:

Klinikken ligger foran prognose på innsparing andre kostnader

Brutto månedsverk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak.

Den reduksjonen vi opplever i oktober er nok i stor grad knyttet til stram styring av ansettelser. På variabel lønn har vi redusert mindre enn hva vi har ønsket. Dette skyldes i stor grad at det har vært svært høy aktivitet på klinikken både i september og oktober. Dette gjelder spesielt Nevrokirurgisk avdeling.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Vi fortsetter videre med stram styring av ansettelser og arbeid med turnuser. Hvis vi skal nå målet på antall årsverk, må vi stoppe elektiv virksomhet innenfor enkelte fagområder for å nå mål 2011. Dette vil få konsekvenser for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, økende fristbruddproblematikk og risiko for økte HELFO-kostnader. En slik beslutning krever prioritering på OUS-nivå.

Risikovurdering

Vi anser det for høy risiko for at klinikken ikke når målet på antall årsverk meldt til HSØ

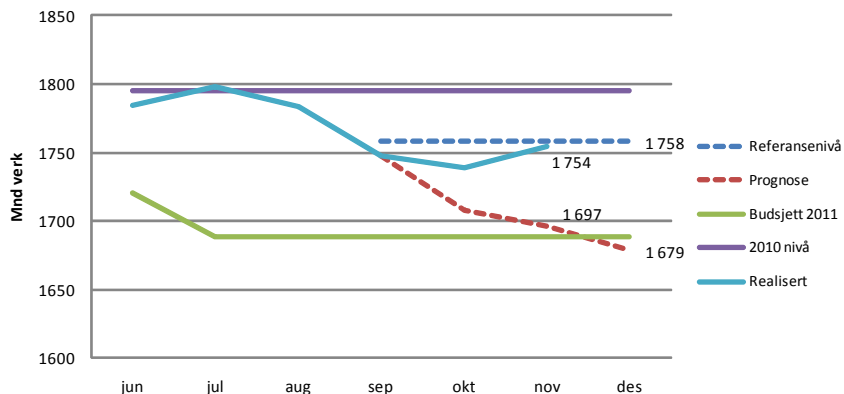
Status innplasseringsprosess

Jobber videre med nedbemanning av 8 overleger på Ortopedisk avdeling. Annen innplassering er nå mer eller mindre på plass

Brutto månedsverk	KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEUROFAG-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Awik fra prognose levert HSØ
KKN KLINIKK	Brutto månedsverk	2071	2094	51
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	2028	2052	58
	KKN AVD. FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING	53	59	0
	KKN AVD. KJEVEKIRURGI OG SYKEHUSODONTOLOGI	23	24	0
	KKN AVD. FOR PLASTIKK OG REKONSTR. KIRURGI	78	88	5
	KKN ORTOPEDISK AVDELING	554	553	16
	KKN KIRURGISK DAGAVD	74	76	5
	KKN ØRE-, NESE- OG HALSAVD., RIKSHOSPITALET	116	110	0
	KKN ØYEAVDELINGEN, ULLEVAL	219	220	2
	KKN FOU, KKN	6	7	0
	KKN AVDELING FOR KOMPLEKS EPILEPSI	219	218	5
	KKN STAB	13	16	0
	KKN UDEFINERT INNSPARINGSKRAV	0	0	0
	KKN AVDELING FOR NEUROHABILITERING	33	36	0
	KKN NEVROPSYKIATRI OG PSYKOSOMATISK MEDISIN	27	21	0
	KKN KIRURGISK AVD. FOR BARN, RIKSHOSPITALET	157	164	10
	KKN NEVROKIRURGISK AVDELING	262	278	10
	KKN NEUROLOGISK AVDELING	194	183	5

Andre kostnadsreducerende tiltak: Er i rute ift reduksjon ift beløpene vi spilte inn på kostnadsreducerende tiltak. Ift. Andre kostnadsreducerende tiltak utover dette har vi ikke klart å redusere.

Brutto månedsverk

Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Ingen effekt. Klinikken har en økning i årsverk fra oktober til november. Økning både på variabelønsårsverk og månedslønnede.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser:

Opprettet klinikkinternt stillingsutvalg som medfører ytterligere kontroll av avdelingene ved ansettelser

Vurderer ledighold av stillinger

Følger opp at allerede innmeldte tiltak effektueres (sørge for at ikke innplasserte kommer inn i stillinger)

Risikovurdering:

Vi har nedbemannet mye fram til nå (brutto 57 stillinger fra fjorårsnivå), men vi har satt oss ambisiøse mål for ytterligere reduksjon ut året til et nivå nær måltall for budsjett 2012 (brutto 1536), dvs høyere mål enn kravet fra OUS ledelsen. Vi ser nå at det tross tiltak som nevnt over vil være vanskelig å nå målet (forventet avvik ca 30 stillinger). Vi har startet planlegging av strukturelle, varige tiltak som vil kunne bidra til at mål nås tidlig i 2012 (samling barnekir + barnepost 3 etg U, barneintensiv omorganisering samt gynkreft flytting). Reduksjon av elektiv virksomhet (med økte køer) vil ha begrenset effekt pga begrenset volum/liten omsetting av slike stillinger, og vil tidlig heller gi negativ effekt på bunnlinjen. Kutt i turnusgående stillinger ut over plan vil medføre økte kostnader til variabel lønn og negativ bunnlinje.

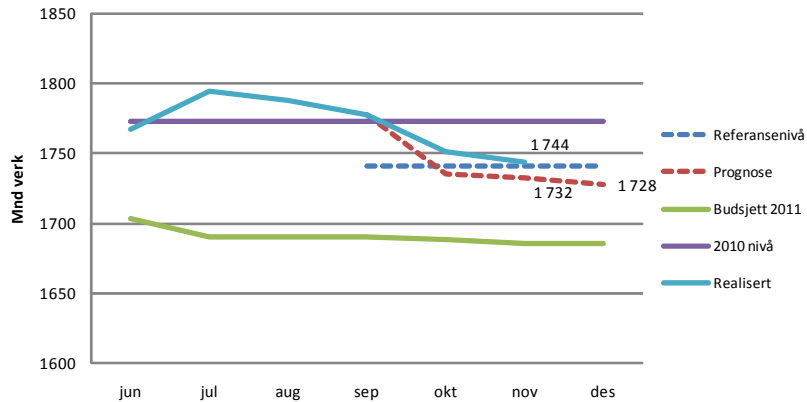
Status innplasseringsprosess:

Innplassering fullført. Innplasseringsprosessen relaterer seg til effekten av overføringsprosjektet Ahus/Vestre Viken. NB: Siste V Viken flytting (nyfødt) skjer nå 010112 med 7 stillinger.

Andre kostnadsreduserende tiltak: Samlet i perioden sept-okt har vi realisert en besparelse på kr 0,175 mill, som kun er kr 0,025 mill bak prognosen på kr 0,2 mill.

Brutto månedsverk	KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avvik fra prognose levert HSØ
KVB KVINNE	Brutto månedsverk	1801	1754	45
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	1671	1614	43
	KVB AVDELING FOR GYNEKOLOGISK KREFT	109	108	6
	KVB PEDIATRISK FORSKNINGSINSTITUTT	1	2	0
	KVB BARNEAVDELING FOR NEVROFAG	100	94	-1
	KVB BARNEMEDISINSK AKUTTAVDELING	106	94	3
	KVB BARNEMEDISINSK AVDELING	425	404	14
	KVB FØDEAVDELINGEN	382	382	2
	KVB GYNEKOLOGISK AVDELING	249	248	6
	KVB NYFØDTINTENSIV AVDELING	253	250	10
	KVB NASJONALE KOMPETANSETJENESTER FOR SJEL	7	3	3
	KVB STAB	39	29	0

Brutto månedsverk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Tiltak følges opp fortløpende i de respektive avdelinger. Tiltak tilknyttet bemanningsreduksjon er ressurskrevende og forutsetter i stor grad at prosess for oppnå gevinstrealisering. Forventet at flere av disse prosessene avsluttes frem mot 31.12.

*Kutt variable lønnsverk. Kutt fastestillinger som har med omplasseringen primært, og ikke innplasseringen.

Fokus variabel lønn:

Følges opp i henhold til HR retningslinje og administrative tiltak. Løpende tema på Ledermøter i KKT og i driftsmøter med de respektive avdelinger/seksjoner.

Risikovurdering:

I forhold til løsning av budsjett utfordringene er gjennomført. Nærmere vurdering av risikoområdene gjøres i klinikkens videre prosess mht konkretisering av bemanningsreduksjon og vurdering av andre kostnadsreducerende tiltak.

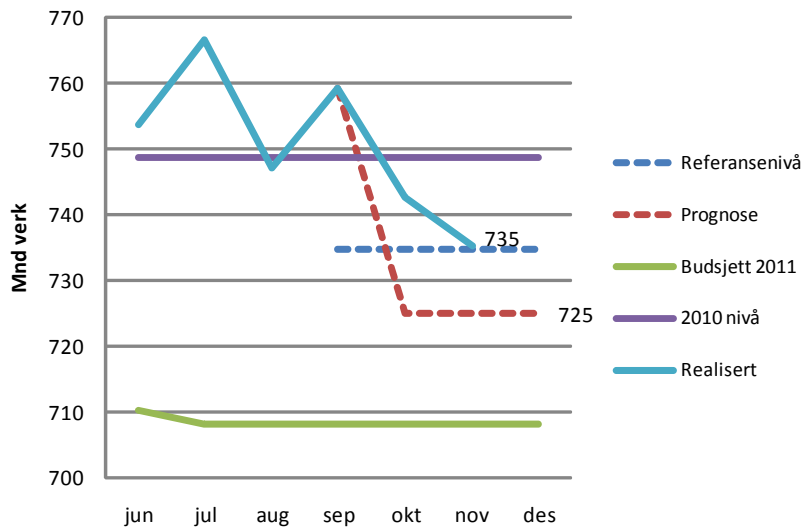
Status innplasseringsprosess:

Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi og Kreft- og kirurgiklinikken er slått sammen med virkning fra 1.7.2011. Innplasseringsprosess i ny fusjonert kunne derfor ikke iverksettes før fusjon var gjennomført. Innplasseringsprosessen koordineres med budsjett 2012. Tidsplan for hele klinikken er drøftet og besluttet. Prosess igangsatt i hele klinikken i samsvar med tidsplan.

Brutto månedsverk	KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avvik fra prognose levert HSØ
KRK KREFT	Brutto månedsverk	1781	1744	14
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	1501	1437	12
	KRK AVDELING FOR BRYST- OG ENDOKRINKIRURGI	20	20	0
	KRK AVDELING FOR GASTROENTEROLOGISK KIRURGI	330	298	-4
	KRK AVDELING FOR KREFTBEHANDLING	748	747	5
	KRK AVDELING FOR MEDISINSK FYSIKK	41	40	0
	KRK AVDELING FOR UROLOGI	157	141	-3
	KRK INSTITUTT FOR KREFTFORSKNING	82	83	13
	KRK INSTITUTT FOR MEDISINSK INFORMATIKK	56	53	0
	KRK AVDELING FOR KLINISK SERVICE	48	40	-2
	KRK STAB	18	15	1

Andre kostnadsreducerende tiltak: Innleie redusert med 150 000, MTU redusert med 75 000, reisekostnader redusert med 50 000. Kurs er økt med 20 000, eksternt tjeneste (kontor) er økt med 10 000.

Brutto månedsværk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Tiltak følges opp fortløpende i de respektive avdelinger. Tiltak tilknyttet bemanningsreduksjon er ressurskrevende og forutsetter i stor grad at prosess for oppnå gevinstrealisering. Forventet at flere av disse prosessene avsluttes frem mot 31.12.

Fokus variabel lønn:

Følges opp i henhold til HR retningslinje og administrative tiltak. Løpende tema på Ledermøter i KKT og i driftsmøter med de respektive avdelinger/seksjoner.

Risikovurdering:

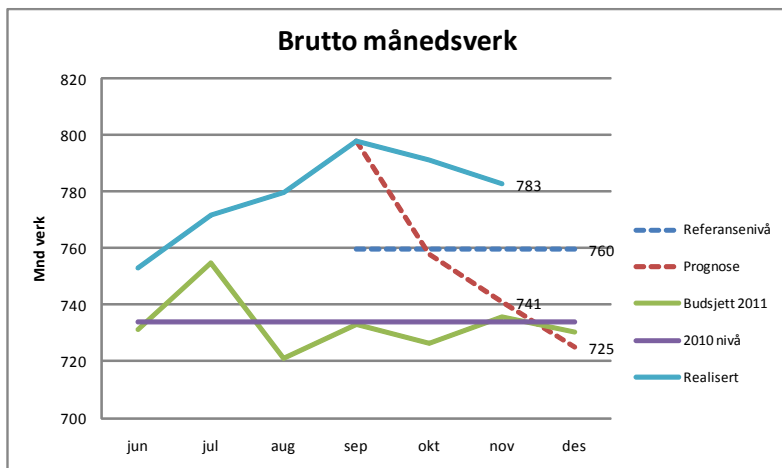
I forhold til løsning av budsjett utfordringene er gjennomført. Nærmere vurdering av risikoområdene gjøres i klinikkens videre prosess mht konkretisering av bemanningsreduksjon og vurdering av andre kostnadsreduserende tiltak.

Status innplasseringsprosess:

Bemanningsplaner koordineres i forhold budsjettrammer i begynnelsen av november. Klinikkenes HR-stab støtter avdelinger i forhold til innplasseringsprosessen, herunder bemanningsplaner tilpasset budsjettrammer 2012, mens klinikkens økonomistab bistår med løpende beregninger og analyser av foreslåtte tiltak. Prosess mht vurdering av bemanningsnormer pågår og følges opp i pågående innplasseringsprosess

Brutto månedsværk	SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI- Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Awik fra prognose levert HSØ
SMK KLINIKK	Brutto månedsværk	756	735	14
	Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	703	686	16
	SMK AVDELING FOR BLODSYKDOMMER	128	125	4
	SMK AVDELING FOR KLINISK SERVICE	35	35	2
	SMK AVDELING FOR KONTOR	51	63	2
	SMK AVD. FOR LEVER, GASTRO- OG BARNEKIRURGI	78	84	4
	SMK AVDELING FOR TRANSPLANTASJONSMEDISIN	256	223	3
	SMK AVD. FOR REVMATOLOGI, HUD OG INFEKSJON	128	130	0
	SMK SMK STAB	28	25	1

Andre kostnadsreduserende tiltak: Andre kostnadsreduserende tiltak: Innleie redusert med 150 000, MTU redusert med 75 000, reisekostnader redusert med 50 000. Kurs er økt med 20 000, eksternt tjeneste (kontor) er økt med 10 000.



Brutto månedsverk	HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avvik fra prognose levert HSØ
HLK HJERTE	Brutto månedsverk	733	783	37
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	710	749	31
	HLK INSTITUTT FOR EKSP MED FORSKNING	18	15	-
	HLK INSTITUTT FOR KIRURGISK FORSKNING	7	6	-
	HLK KAR AVD	61	54	-
	HLK KARDIOLOGISK AVDELING	159	185	-
	HLK LUNGE AVD	68	74	-
	HLK THORAXKIRURGISK AVD	388	394	-
	HLK KOORDINERING OG POLIKLINIKK	0	12	-
	HLK ADMINISTRASJON	9	9	-

Risikovurdering

-Risikoen ved å få redusert med 35 brutto årsverk innen utgangen av desember er stor pgr. av at ” strukturendringene knyttet til TKA er forsinket i prosess og ble først vedtatt 9/11-2011.. Referanseverdien som er brukt for årsverk er 30 årsverk for lav pgr. av flyttinger fra andre klinikker samt planlagt årsverksvekst pgr. av økt aktivitet. Disse endringene be foretatt første halvår 2011. Klinikken meldt inn nedgang på 35 brutto månedsverk fra nivå Okt 2011 og har redusert med 9 årsverk siste måned. Klinikken jobber intensivt med å redusere årsverk i løpet av året 2011

Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak Ingen store ekstraordinære tiltak er satt i gang. Nedgangen skyldes mest sannsynlig stort fokus på variabel lønn

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Klinikken avventer lederbeslutning for å komme i gang med 2 prosjekter som innebærer bemanningsreduksjoner. Alternativer er vurdert.

Særlig fokus variabel lønn

Klinikken har stort fokus på variabel lønn både på sykepleie siden og legesiden

Det er streng ansettelsespraksis og tett oppfølging av innleie og overtid med mer. Klinikken pasientgrunnlag er økt, se under.

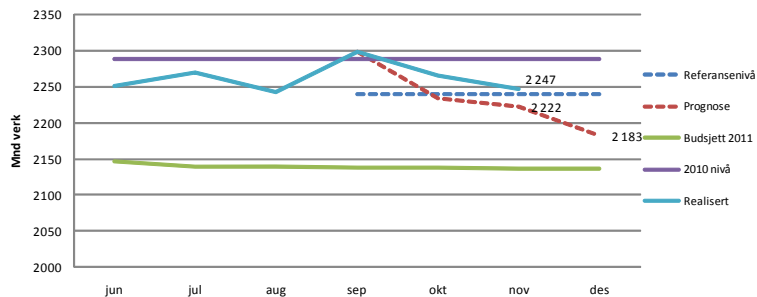
Status innplasseringsprosess:

Klinikken har ikke hatt overføringer til AHUS eller Vestre Viken.

Andre kostnadsreducerende tiltak:

Hjerte –Lunge og Karklinikken har hittil i år spart 1.016.000,- på innleie, kurs, IKT og reisekostnader Vurdert opp mot budsjett

Samlet lønn
Utvikling mnd verk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak

4 årsverk knyttet til flytting kar ble redusert i oktober. For november har reduksjon av bemanningsnorm gitt effekt i løpet av høsten og er effektuert pr november. Rendyrking PO/Int er ikke fullt implementert, men har gitt noe effekt på variabel lønn PO 1.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser

Klinikken presser på for å få avvikle ø-hjelp ved Aker så raskt som mulig

-Klinikken fokuserer på overtid/innleie som er vår hovedutfordring på lønn. Egne rutiner og innmeldinger på dette ukentlig og månedlig. Merforbruket er hovedsakelig på PhS og Intensiv

-Det er en utfordring med økt aktivitet på PhS og Intensiv og samtidig opprettholde beredskap og kvalitet på øyeblikkelig hjelp og redusere variabel lønn

Risikovurdering

Redusert kapasitet og ressurser ved aktivitetstopper vil øke risikoen for ø-hjelps behandlingen (PhS, Intensiv og Akuttmottak). Hvis vi skal klare bemanningsprognosen fremover kan det bety utvikling mot rødt for pasientbehandlingen

Status innplasseringsprosess

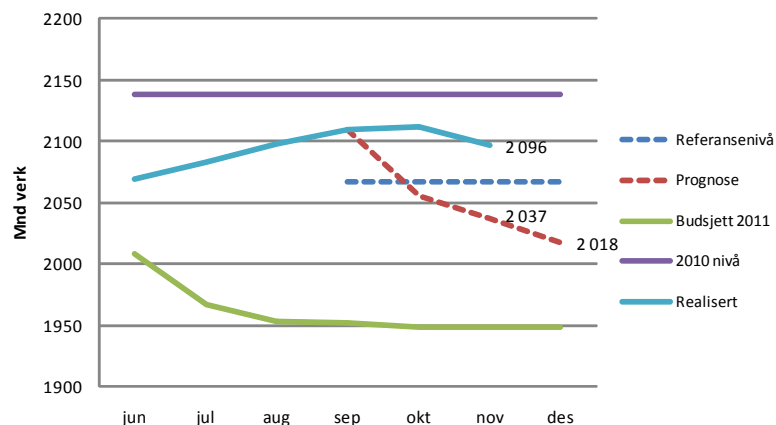
Klinikken er i rute.

Brutto månedsverk	AKU AKUTTKLINIKKEN-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avvik fra prognose levert HSØ
AKU AKUTTK	Brutto månedsverk	2284	2247	25
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	2276	2240	24
	AKU AKUTTMOTTAK	165	151	-8
	AKU AVDELING FOR ANESTESIOLOGI	198	203	0
	AKU AVDELING FOR ANESTESISYKEPLEIE	316	308	12
	AKU AVDELING FOR FORSKNING OG UTVIKLING	9	11	2
	AKU AVDELING FOR SMERTEBEHANDLING	28	39	5
	AKU AVDELING FOR TRAUMATOLOGI	4	7	2
	AKU INTENSIVAVDELINGEN	415	388	4
	AKU OPERASJONS-AVDELINGEN	190	165	-2
	AKU POSTOPERATIV AVDELING	196	182	-8
	AKU PREHOSPITALT SENTER	607	626	8
	AKU STERILAVDELINGEN	107	116	9
	AKU AKUTTKLINIKKEN STAB	41	43	0

Andre kostnadsreducerende tiltak:

Kurs; kun det som er besluttet før sommerferien, MTU i rute, Pasienttransport forventes estimert innsparing de 2 resterende mnd, Inventar i rute.

Brutto månedsverk



Hvor mye av bemanningsreduksjonen skyldes effekten av ekstraordinære tiltak:

Reduksjonene mht novembertallene skyldes sannsynligvis i betydelig grad de ekstraordinære tiltakene. Seks av 12 avviklede midlertidige stillinger er sannsynligvis inkludert i tallene. Lokalt stillingsutvalg begrenser.

Hva gjøres av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser:

Klinikken behandler alle stillingssøknader i lokalt stillingsutvalg. Tettere oppfølging av variabel lønn.

Risikovurdering:

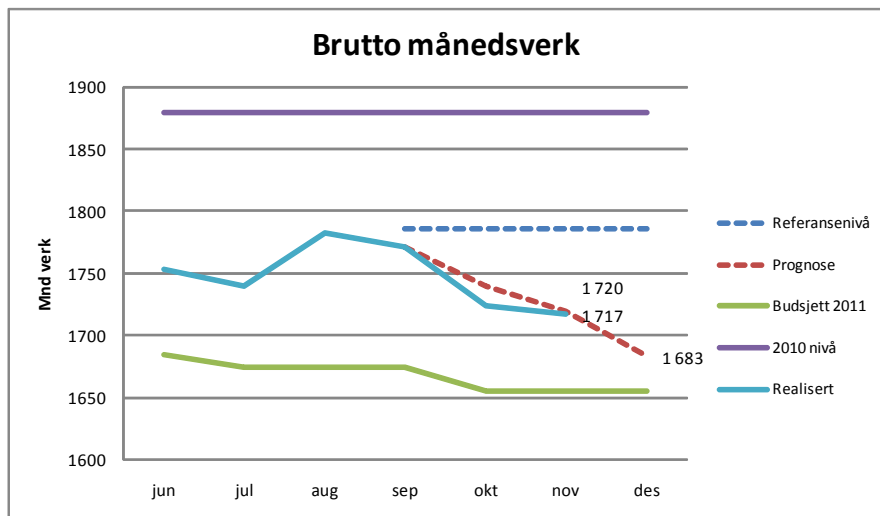
Klinikken satte seg som mål å ta ned 55 årsverk utover reduksjon pga ferie og 22/7. Eksisterende tiltak (10 årsvrk) går etter plan. Nedtrekket som skulle tas ut gjennom innstramming av ansettelse (26 årsvrk) ligger noe bak. Det viser seg at det nå er lavere turnover enn tidligere, og klinikken ser at det kan bli vanskelig å nå målet ved utgangen av 2011. Vaktsystemer på flere lokalisasjoner gjør det vanskelig å stoppe så mange stillinger som ønskelig pga fare for økning i variabel lønn. Avvikling av midlertidige stillinger går etter planen; seks stillinger vil bli avviklet i november. Begrenset effekt på variabel lønn; følges opp tettere.

Status innplasseringsprosess:

Klinikken vedtok innplassering av ordinært finansierte 30.06.11. Eksternt finansierte og hormonlab er under arbeid. Vedtak forventes 19.12.11.

Brutto månedsverk	KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Awik fra prognose des 2011
KDI KLINIKK	Brutto månedsverk	2150	2096	57
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	1936	1879	28
	KDI AVDELING FOR FARMAKOLOGI	16	21	-
	KDI AVDELING FOR IMMUNOLOGI OG TRANSFUSJONS MEDISIN	219	213	-
	KDI AVDELING FOR MEDISINSK BIOKJEMI	421	416	-
	KDI AVDELING FOR MEDISINSK GENETIKK	124	124	-
	KDI AVDELING FOR MIKROBIOLOGI	172	167	-
	KDI AVDELING FOR PATOLOGI	255	245	-
	KDI AVDELING FOR RADIOLOGI OG NUKLEÆRMEDISIN	675	634	-
	KDI INTERVENSJONSSENTERET	40	41	-
	KDI ADMINISTRASJON	15	17	-

Andre kostnadsreducerende tiltak: Klinikken innfører et generelt innkjøpsstopp, på alle varer/tjenester som ikke er relatert til vanlig drift. Økonomi følger dette opp tett, med spesielt fokus på innleie, inventar/småutstyr, vedlikehold IKT, Eksterne tjenester/ konsulenter, reise, diett og andre kostnader (jmf. oppfølging HSØ). Tiltaket gjelder ikke eksternt finansierte virksomhet, øremerkede forskningsprosjekter, med mer. – Måloppnåelsen i oktober var på 50%, dvs ligger 0,5m nok bak plan.



Oslo sykehusservice har redusert ressursbruk med over 140 årsverk siden november 2010. Det er lagt opp til en betydelig reduksjon i årsverk de siste månedene i 2011.

Per november er faktisk reduksjon større enn reduksjon i prognose.

Dette knytter seg i hovedsak til betydelig reduksjon i variabelt lønnede årsverk.

Status innplasseringsprosess:

Innplasseringsprosess går i henhold til plan. Stillingsbeskrivelser utarbeidelse og bemanningsplaner er under utarbeidelse.

Brutto månedsverk	OSS OSLO SYKEHUSSERVICE-Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	nov 2010	nov 2011	Avik fra prognose des 2011
OSS OSLO S	Brutto månedsverk	1855	1717	-10
	Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	1854	1716	-10
	OSS VO EIENDOM	192	184	-
	OSS VO INNKJØP OG LOGISTIKK	314	268	-
	OSS VO INTERN SERVICE	975	907	-
	OSS VO KOMPARATIV MEDISIN	16	21	-
	OSS VO MEDISINSK TEKNOLOGISK	85	80	-
	OSS VO SMITTEVERN OG SYKEHUSHYGIENE	21	20	-
	OSS VO ARBEIDSMILJØ / HMS	25	24	-
	OSS VO ADM. FELLESFUNKSJONER	211	199	-
	OSS STAB OSS	14	13	-

VEDLEGG 3 til Sak 129/2011

Vurdering av eventuelle nedskrivninger av bygninger ved Aker sykehus lokaler i Trondheimsveien og Ullevål sykehus lokaler i Kirkeveien.

Bakgrunn

Ved regnskapsavleggelsen for 2010 ble en regnskapsmessig nedskrivning av lokaler som ikke var i bruk på Dikemark, Radiumhospitalet, Akersbakken 27 og Aker sykehus lokaler i Trondheimsveien vurdert. I regnskapet for 2010 ble det samlet foretatt en regnskapsmessig nedskrivning ved de tre førstnevnte lokaliseringene summert til ca. 185 mill. kr. Ved årsskifte 2010/2011 var det aktivitet i samtlige bygg i Trondheimsveien, noe som tilsa at det ikke ble foretatt nedskrivninger av disse lokalene i regnskapet for 2010. Ved regnskapsavleggelsen for 2010 ble det imidlertid varslet at det ved regnskapsavleggelsen for 2011 vil bli foretatt en fornyet gjennomgang av eventuelle behov for nedskrivning av lokaler i Trondheimsveien. I dette notatet orienteres det om denne gjennomgangen. Det kan også orienteres om at Oslo universitetssykehus har initiert en dialog med ekstern revisor relatert til regnskapsmessig vurdering av bygningsmassen i Trondheimsveien.

Vurdering av bygningsmasse på Ullevål

Bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål er gjennomgått i forbindelse med utviklingsplanen for dette området. Deler av bygningsmassen har lav teknisk standard. Utviklingsplanen for Ullevål planlegges styrebehandlet i løpet av 1. halvår 2012. I og med at dette er en omfattende plan vil den være underlagt en lengre saksbehandlingsprosess både i Helse Sør-Øst og i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Realisering av planen fordrer blant annet lånetilsagn fra HOD, noe som også krever en behandling i Stortinget.

Det kan blant annet nevnes at to større bygg, medisinsk og kirurgisk blokk berøres av utviklingsplanen. Begge byggene har lav teknisk standard, men vil måtte være i bruk til sykehusformål inntil nye bygg står ferdige til innflytting.

Medisinsk og kirurgisk blokk vil ved årets utgang ha en relativt beskjeden balanseverdi på henholdsvis 16 og 5,5 mill. kr. Byggene avskrives i inneværende år med 1,5 mill. kr. for medisinsk blokk og kr. 0,8 mill. kr. for kirurgisk blokk. I forbindelse med realisering av utviklingsplanen kan det være aktuelt å rive disse byggene. Videre kan det være aktuelt å rive bygg som i dag benyttes til vaskeri, teknisk avdelinger og IKT for å realisere nye kirurgiske og medisinske sengeposter. Samlet bokført verdi for disse byggene er i overkant av 22 mill. kr. Oslo universitetssykehus vil i forbindelse med det videre arbeidet med utviklingsplanen vurdere hvilke følger dette har for avskrivningsplanene for de berørte byggene. Etter endelig vedtatt utviklingsplan vil endrede avskrivningsplaner tas til følge i HFets regnskap. Det presiseres at det p.t. hverken er endelige vedtak relatert til tidsplan eller finansiering av ovennevnte planarbeid. Det er derfor betydelig usikkerhet både ved selve realiseringen og tidsplanen for eventuell realisering. OUS har i forbindelse med årets regnskapsavslutning vurdert, men ikke funnet det riktig, å endre avskrivningsplanen for de omtalte byggene på Ullevål.

Nåværende og fremtidig bruk av lokaler på Aker sykehus, Trondheimsveien;

Bygningsmassen i Trondheimsveien er gjennomgått i den hensikt å kartlegge bygningsmasse som allerede er fraflyttet eller planlegges fraflyttet i nær fremtid. (Med nær fremtid menes i denne sammenheng konkrete planer som antas realisert i løpet av 2012.)

Vedlagt dette notatet følger kart over Aker sykehus, Trondheimsveien. Benevnelser og nummerering benyttet i notatet relaterer seg til vedlagte kart.

P.t. står lokalitetene Drengestua (bygg 91), Aker apotek (bygg99) og Akertunet barnehage (unummerert bygg til venstre for bygg 27) tomme. Lokalitetene i Drengestua er i sin helhet regnskapsmessig avskrevet, mens Aker apotek og Akertunet barnehage ved årets utgang står med en regnskapsmessig restverdi på henholdsvis kr. 952.000,- og kr. 933.000,-. For Akers apoteks vedkommende vurderes det innflytting av ny virksomhet i disse lokalene. For Akertunet barnehages vedkommende er det p.t. ingen konkrete planer om fremtidig bruk av bygget. Bygget forslås nedskrevet med byggets restverdi i regnskapet for 2011. Siden Aker apotek vurderes opp mot innflytting av ny virksomhet følger dette bygget tidligere oppsatt avskrivningsplan i regnskapet for 2011.

I byggene 60, (administrasjonsbygg) bygg 62 (Tonsen gård) og bygg 80 (kontorer) er det i dag kun begrenset aktivitet i deler av bygningsmassen. Byggene 60 og 62 er ved inneværende års utgang i sin helhet regnskapsmessig avskrevet. Bygg 80 står ved regnskapsavslutningen 2011 med en restverdi på ca. 3,8 mill. kr. Det vil igangsettes en vurdering av bygg 80s potensiale både relatert til bruk i Oslo universitetsøyemed og eventuelt brukt til utleie. I og med at bygget er et frittstående kontorbygg vil dette bygget egne seg bedre til utleie enn del av den øvrige bygningsmassen i Trondheimsveien. Ved regnskapsavleggelsen for 2011 følger bygg 80 tidligere oppsatt avskrivningsplan.

Kommentarer relatert til noen andre bygninger i Trondheimsveien;

Bygg 21 (tidligere medisinsk poliklinikk) er planlagt benyttet til samhandlingsformål i regi av Oslo kommune. Bygget er planlagt utleid på kommersielle vilkår til Oslo kommune.

Byggene 26 og 27 har, som det fremkommer av vedlagt tilstandskart, en lav teknisk tilstand. Byggene benyttes i dag til rehabiliteringsformål og geriatrikisk virksomhet. Regnskapsmessig restverdi for disse byggene er henholdsvis 2,6 mill. kr. (bygg 26) og 10,1 mill. kr. (bygg 27). Siden det pågår betydelig aktivitet i begge byggene og det p.t. ikke foreligger konkrete planer om redusert aktivt i disse byggene følger disse byggene også i 2011 tidligere oppsatt avskrivningsplan.

Store deler av bygningsmassen i Trondheimsveien vil ved realiseringen av utviklingsplanen ikke lenger bli benyttet til sykehusformål. Fraflyttet bygningsmasse vil bli vurdert for salg/utleie. Regnskapsmessige effekter av frigjøring av bygningsmassen vil bli håndtert når endelige planer for frigjøring av bygningsmassen er kjent.

Oppsummering;

Deler av bygningsmassen i Trondheimsveien står p.t. tomme eller er planlagt fraflyttet i nærmeste fremtid. Noen av de omtalte bygningene er allerede avskrevet til 0 ved

regnskapsavleggelsen for 2011. I forbindelse med regnskapsavslutningen for 2011 planlegges bygg tidligere benyttet til Akertunet barnehage nedskrevet til 0, noe som innebærer en regnskapsmessig nedskrivning på kr. 932.000,-. Bygg tidligere benyttet til Aker apotek vurderes brukt til andre formål i regi av Oslo universitetssykehus, mens bygg 80, kontorbygg, blir vurdert mot eget kontorbehov og eventuell fremtidig utleie. I regnskapet for 2011 følger disse byggene tidligere oppsatte avskrivningsplan.

Bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål er gjennomgått i forbindelse med arbeidet med utviklingsplan for dette området. Deler av bygningsmassen har lav teknisk standard. Bygningsmassen ved Ullevål vil imidlertid være i bruk inntil nye bygg står klare til innflytting. Behov for endringer i avskrivningsplaner håndteres regnskapsmessig etter at utviklingsplanen for dette sykehusområdet er endelig vedtatt.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg

1. Tabellvedlegg.
2. Status gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning og andre kostnader.
3. Vurdering av eventuelle nedskrivninger av bygninger ved Aker sykehus lokaler i Trondheimsveien og Ullevål sykehus lokaler i Kirkeveien.

**SAK 129/2011: BESLUTNINGSSAK
ØKONOMI- OG AKTIVITETSRAPPORT
PER OKTOBER**

1. FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar rapporteringen per oktober til etterretning.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

2. Sammendrag

Resultattallene etter oktober viser:

- Den somatiske aktiviteten er noe høyere enn periodisert budsjett.
- Innenfor voksenpsykiatrien er antall utskrevne pasienter og antall polikliniske pasienter høyere enn budsjettet.
- Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er antall utskrevne pasienter noe høyere enn budsjettet, mens det er negative avvik for poliklinisk aktivitet, dagbehandling og liggedager.
- Innenfor rusområdet er døgnvirksomheten høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere.
- Det negative økonomiske resultatavviket per oktober er på 360 mill kroner eller 235 mill kroner når ekstraordinære tapsavsetninger (klinisk arbeidsflate) holdes utenfor. Isolert er det et positivt avvik i forhold til budsjett på 72 mill kroner i oktober. Dette skyldes ekstraordinære inntekter, høy aktivitet og periodiseringer og de korrigerende tiltakene som ble satt i verk våren 2011 (P 500) for å bedre det økonomiske resultatet.
- Bemanningen ble redusert med drøyt 1.000 årsverk i begynnelsen av 2011. Siden har tallet på årsverk holdt seg forholdsvis stabilt, men viser noe reduksjon de siste månedene når en ser bort fra sesongmessige variasjoner mv.
- Andel fristbrudd er relativt stabilt. Det er en svak nedgang i ventetid for pasienter med rett til prioritert helsehjelp, mens ventetiden for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp øker og det er en økning i antall pasienter uten rett til prioritert helsehjelp som har ventet med enn 12 måneder.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aktivitetsutviklingen ser ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Innenfor psykisk helsevern er det størst utfordring knyttet til den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Andel fristbrudd har vært relativt stabilt siden våren 2011. Målet har vært ytterligere nedgang. Ventelistene viser at en økt andel av de som venter mer enn 12 måneder er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det gjenstår noe rydding i ventelistene for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp og dette arbeidet blir prioritert.

Arbeidet med å tilpasse bemanningen til et lavere aktivitetsnivå er krevende og tar lengre tid enn forutsatt i budsjett 2011. Så langt i 2011 har foretaket ikke klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Til tross for en fortsatt reduksjon i antall årsverk fra oktober til november er bemanningen per november 239 årsverk høyere enn forutsatt i de prognosene som ble lagt frem for styret i september. Fortsatt fokus på reduksjon av årsverk er viktig for gjennomføringen av budsjett 2012.

Det negative resultatavviket er redusert gjennom de siste månedene. Det er flere ekstraordinære forhold som bidrar til dette, men det er positivt å se at også de tiltakene som ble satt i verk sist vår for å forbedre det økonomiske resultatet (P500) nå gir effekt.

4. Pasientbehandling og aktivitetsdata

Somatikk

Antall DRG-poeng til og med oktober var 2,0 pst (3.518 poeng) høyere enn budsjettert. Dette er en økning i positivt avvik fra september (fra 1,8 %). Ved gjennomgang av faktisk aktivitet i perioden sammenlignet med periodisert budsjett kan det se ut som om forventet aktivitet i oktober er noe forsiktig periodisert. Hensyntatt effekt av grupper 2011 (anslått effekt er en økning i DRG-poengene med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for gitt reell aktivitet) vurderes den somatiske aktiviteten å være noe høyere enn reelt forutsatt i budsjettet. Det er særlig innenfor transplantasjonsområdet og øyefaget hvor det har vært økning i aktivitet. Gjennomgang av traumealarmer på Ullevål viser også en økning av antall alarmer i 2011, og antall alarmer i september var det høyeste som noen gang er registrert. Det samme nivået fortsatte i oktober.

Sett i forhold til januar – oktober 2010 er det hittil i år en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,8 pst, mens det er en reduksjon i antall opphold (for alle omsorgsnivåer) på 6,2 pst. Antall døgnopphold er redusert med 8,9 pst, antall dagopphold med 11,9 pst og antall polikliniske konsultasjoner med 5,2 pst. Reduksjonen i antall DRG-poeng for ø-hjelp (-7,0 pst) er noe større enn reduksjonen i DRG-poeng fra elektiv aktivitet (- 6,6 pst).

Haleaktivitet, definert som behandling av pasienter fra overføringsområdet som ble henvist før 2011, er betydelig redusert. Men fortsatt er ikke målet for overføringsandel på om lag 10 pst av aktiviteten mot Akershus universitetssykehus HF nådd.

Psykisk helsevern

For voksenpsykiatrien er fortsatt antall utskrevne pasienter høyere enn budsjettert, mens antall liggedøgn er lavere. Polikliniske aktivitet er per oktober noe høyere enn budsjettert.

Et stort negativt avvik for antall oppholdsdager dagbehandling er forventet og skyldes til dels at det ved en feil i plantallene ble forutsatt dagaktivitet ved alderspsykiatrisk poliklinikk. Ved inngangen til 2011 ble denne virksomheten lagt om slik at all aktivitet nå er inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. Det positive avviket for polikliniske konsultasjoner er imidlertid ikke tilstrekkelig for å motsvare avviket i dagbehandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er fortsatt lavere enn budsjettert. Videre er antall utskrevne pasienter noe høyere enn budsjettert mens antall liggedager er lavere.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten i oktober viser igjen en positiv økning.

Ventelisteutvikling og fristbrudd

Det arbeides kontinuerlig med forbedring av kvaliteten på data på dette området. Det er utført mye rydding i ventelistene, men noen klinikker påpeker at det gjenstår noe rydding når det gjelder pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Dette arbeidet vil bli høyt prioritert fremover for å sikre at ventelistene gir riktig og fullstendig informasjon også for pasienter som venter uten rett til prioritert helsehjelp.

Andel fristbrudd start helsehjelp har holdt seg forholdsvis konstant de siste månedene, som uttrykk for bedre rutiner, ikke bare rydding. Det arbeides for å få til ytterligere nedgang i antall fristbrudd.

Ventetiden for pasienter med rett til prioritert helsehjelp viser en svak nedgang, mens ventetiden for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp øker. Det viser at pasienter med rett til prioriteres. Det er imidlertid en stor utfordring for sykehuset at ventetiden for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp øker.

Antall ventende, både med og uten rett til prioritert helsehjelp avtar sakte. Av pasienter som har ventet mer enn 12 måneder, er det en økning i andelen uten rett. Som beskrevet ovenfor er arbeidet med å kvalitetssikre ventelistene for pasienter uten rett høyt prioritert.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. I samarbeid med leverandør av PasDoc er det funnet en teknisk løsning for rapportering av dette. Gjennomføringsmessig må dette ses i forhold til en større oppgradering av systemet som må fullføres først. Dette innebærer at rapportering av indikatoren sannsynligvis først vil kunne skje fra 2012.

Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter i somatiske sengeposter er fortsatt på 1 pst noe som tilsvarer 436 registreringer i perioden med et gjennomsnitt på 14 pasienter i korridor hvert døgn. Korridorpasienter oppstår generelt i lokalsykehusdelen av sykehuset og er i høy grad relatert til mottak av øyeblikkelig hjelp pasienter. Det jobbes med tiltak for å unngå korridorpasienter i kritiske arealer som rømningsveier og hovedkorridorer. Sykehuset arbeider videre med å utnytte ledig kapasitet mellom klinikker og avdelinger – samordning og videreutvikling av felles pasientadministrativt system er en viktig suksessfaktor for å lykkes i dette.

Det forekommer i praksis ikke korridorpasienter innen psykisk helsevern.

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter

Andelen liggedager for utskrivningsklare pasienter har hittil i år vært stabilt på rundt 1,2 pst, men er i oktober redusert til 0,9 pst.

5. Økonomisk resultat og ressursbruk

Resultat

Per oktober 2011 er det et negativt resultatavvik på 360 mill kroner i forhold til periodisert budsjett. Eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate (125 mill kroner) er resultatavviket 235 mill kroner. I oktober ble det negative resultatavviket redusert med 73 mill kroner.

Det positive resultatavviket i oktober inkluderer 43 mill kroner i ikke-budsjetterte inntekter:

- 33 mill kroner for dekning av foretakets kostnader knyttet til terrorangrepene 22. juli. Kostnadene ligger i det alt vesentlige i tredje kvartal.
- Økte aktivitetsbaserte inntekter som følge av økt ISF-enhetspris på 92 kroner (7 mill kroner).
- Andre ekstraordinære inntekter (3 mill kroner)

Holdes de ekstraordinære inntektene utenfor er periodens rapporterte resultatforbedring om lag 30 mill kroner. I dette inngår økte inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken i oktober var høyere enn budsjettert (15-20 mill kroner). Videre var avsetning for fakturaetterslep og lønnsoppgjør i forrige månedens regnskap noe for forsiktig. Dette bidrar til et mer positivt resultat for oktober. Utover dette har de tiltakene som ble satt i verk våren i år (P 500) også bidratt til forbedring av det økonomiske resultatet. Økte kostnader til årets lønnsoppgjør utover de budsjetterte trekker i motsatt regning.

Oktobertallene viser at det fortsatt er betydelige negative avvik knyttet til underliggende driften i foretakets klinikker. De månedlige avvikene er imidlertid betydelig lavere enn i 1. halvår, og bemanningen er også noe redusert de siste par månedene.

Akkumulert til og med oktober viser regnskapet følgende: Samlede driftsinntekter viser et positivt avvik på 149 mill kroner, mens de samlede driftskostnadene viser et merforbruk på 502 mill kroner. Finansresultatet er 7 mill kroner bedre enn budsjettert. Til sammen gir dette et akkumulert negativt resultatavvik på 360 mill kroner. De viktigste forholdene som bidrar til høyere inntekter enn budsjettert, er høy aktivitet enn innenfor somatikken (inkludert effekt av ISF-regelverket for 2011), gevinst fra salg av eiendom og tilskudd til finansiering av foretakets kostnader forbundet med 22/7. På kostnadssiden er det høye lønnskostnader, høyere varekostnader og kostnader knyttet til avbestillingen av Klinisk arbeidsflate som utgjør de største merkostnadene. I tabellen under gis en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporteringsformatet til Helse Sør-Øst RHF, jf vedlagte resultattabeller):

ØBAK-linje(-r)	Kommentar
ISF-inntekter	Det er et positivt avvik knyttet til ISF-inntekter som skyldes høyere aktivitet enn budsjettert. Dette inkluderer også effekt av grupper 2011.
Gjestepasientinntekter	For pasienter fra andre regioner er det lavere aktivitet enn lagt til grunn i budsjettet.
Salg av konserninterne helsetjenester	Merinntekter skyldes høyere aktivitet enn budsjettert.
Polikliniske inntekter	-
Øremerket tilskudd Raskere tilbake	-
Andre øremerkede tilskudd/Andre driftsinntekter	Negativt avvik for andre øremerkede tilskudd skyldes lavere bruk av øremerkede inntekter enn lagt til grunn i budsjettet. Inntekter for finansiering av foretakets kostnader knyttet til 22/7 er inntektsført under andre øremerkede tilskudd med 33 mill kroner i oktober. Positivt avvik for andre driftsinntekter skyldes bla engangsinntekt knyttet til eiendomssalg.
Kjøp av offentlige helsetjenester	Merforbruk gjelder delvis merkostnader til kjøp av helsetjenester i andre regioner innenfor psykisk helsevern, spesialundersøkelser og andre kjøp av helsetjenester. Her inngår noe kostnader for fakturaer fra 2010.
Kjøp av private helsetjenester	Avviket gjelder i hovedsak kjøp av behandlingsreiser i utlandet.
Varekostnader	Sum varekostnader viser et merforbruk ifht budsjett på 98 mill kroner. Avviket relateres i stor grad til høyere kostnader enn budsjettert for medikamenter, implantater, og forbruksvarer. Det har vært økt aktivitet innenfor for eksempel

	transplantasjonsområdet. Dette gir høyere varekostnader enn budsjettet.
Innleid arbeidskraft	For innleie av helsepersonell er det et merforbruk på om lag 51 mill kroner. Bruk av innleid personell er så langt i år høyere enn i samme periode i 2010, men lavere enn i siste del av fjoråret.
Konserninterne gjestepasientkostnader	Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjettet. Det knytter seg usikkerhet til endelige konserninterne gjestepasientkostnader innenfor psykisk helsevern, VOP. Her er det per oktober et positivt avvik fra budsjett. De konserninterne gjestepasientkostnadene er avstemt mot selgende foretak og det forutsettes at fakturering vedrørende VOP er gjort på bakgrunn av reell aktivitet. Det positive avviket er derfor videreført i årsestimatet.
Lønn totalt	Merforbruk innenfor lønn på til sammen 385 mill kroner per oktober, hvorav om lag 93 mill kroner er knyttet til økte kostnader for årets lønnsoppgjør og 113 mill kroner gjelder øremerkede midler. Øvrig merforbruk på om lag 180 mill kroner skyldes vesentlig at nedbemanningen er mindre enn forutsatt i budsjettet. Av dette utgjør pensjon 62 mill kroner. Budsjettet nedbemanning i 2011 omfatter både faste og variable årsverk. Lavere nedbemanning enn budsjettet gjenspeiles derfor i avvik for både lønn til fast ansatte og overtid og ekstrahjelp.
Lønn til fast ansatte	Lønn til fast ansatte viser et mindreforbruk på 44 mill kroner, som må sees i sammenheng med merforbruket på overtid og ekstrahjelp på 419 mill kroner.
Overtid og ekstrahjelp	Akkumulert merforbruk på 419 mill kroner. Av dette utgjør øremerkede kilder omlag 110 mill kroner og merkostnader relatert til fravær med refusjon om lag 64 mill kroner (estimert lik bokførte lønnsrefusjoner korrigert for bokført tapsavsetning for tidligere år). I påvente av innplassering av ansatte i nye stillinger (nye bemanningsplaner), har det ved turnover vært større bruk av midlertidige stillinger/variable lønnskostnader. Dette forklarer deler av avviket for overtid og ekstrahjelp. Det er fortsatt slik at lønnskostnader for mange av assistentlegene fra Rikshospitalet fremkommer som overtid/ekstrahjelp selv om de er budsjettet under lønn til fast ansatte. Per oktober er dette estimert til 34 mill kroner. Ompostering av disse kostnadene har vært vurdert men det er ikke ønskelig, da manuelle posteringer av lønnskostnader medfører vanskeligheter med å avstemme regnskap mot lønssystemet.
Pensjon	Som følge av at bemanningsreduksjonen hittil i år har vært vesentlig lavere enn forutsatt i budsjettet, er det fortsatt en ny vurdering av pensjonskostnadene. Som følge av dette er det kostnadsført 62 mill kroner høyere pensjonskostnader i oktober (74 mill kroner på årsbasis).
Sykelønnsrefusjoner	Avviket skyldes forsiktig budsjettering av sykelønnsrefusjoner. Det er en liten reduksjon i utestående sykelønnskav for 2009 og

	2010.
Annen lønn	For annen lønn er det et merforbruk på 36 mill kroner. Dette omfatter blant annet høyere arbeidsgiveravgift enn budsjettert knyttet til de negative avvikene for lønn.
Avskrivninger	Lavere avskrivninger enn budsjettert som følge av at gjennomføring av investeringsprosjekter har tatt lengre tid enn forutsatt i budsjettet. Som følge av dette er enkelte investeringsprosjekter ikke kommet til avskrivning ennå.
Andre driftskostnader	Merforbruk skyldes flere forhold. Tapsavsetning til Klinisk arbeidsflate inngår her med 125 mill kroner.

Årsestimat

Etter september ble det rapportert et negativt årsestimat på 920 mill kroner, dvs. 520 mill kroner høyere enn budsjettert. Det er foretatt en foreløpig vurdering av årsestimat etter rapporteringen for oktober. Basert på resultatutviklingen i oktober kan det se ut som om det negative resultatavviket for 2011 blir i størrelsesorden 450 – 500 mill kroner. Årsestimatet vil bli vurdert på nytt etter november.

Forberedelse til årsoppgjøret – risikoområder

Det er flere forhold som kan påvirke endelig årsresultat, både positivt og negativt, hvor det ikke er mulig å gjennomføre fullstendige og grundige nok vurderinger i forbindelse med de månedlige regnskapene. Dette gjelder blant annet pensjonskostnader (jf omtale ovenfor), ikke-avviklet ferie, overlegepermisjoner, ekstraordinære nedskrivninger m.m. Gjennom de månedlige månedsregnskapene foretas det imidlertid løpende vurderinger av kostnader og inntekter slik at risikoen i endelig årsregnskap reduseres.

Ved regnskapsavleggelsen for 2010 ble en regnskapsmessig nedskrivning av lokaler som ikke var i bruk på Dikemark, Radiumhospitalet, Akersbakken 27 og Aker sykehus lokaler i Trondheimsveien vurdert. I regnskapet for 2010 ble det samlet foretatt en regnskapsmessig nedskrivning ved de tre førstnevnte lokaliseringene summert til om lag 185 mill kr. Ved årsskifte 2010/2011 var det aktivitet i samtlige bygg på Aker sykehus i Trondheimsveien, noe som tilsa ingen nedskrivninger av disse lokalene i regnskapet for 2010. Det er nå foretatt en vurdering av behovet for eventuell nedskrivning av eiendomsverdiene på Aker sykehus. Deler av bygningsmassen står nå tomme eller er planlagt fraflyttet i nærmeste fremtid. Noen av disse bygningene vil imidlertid allerede være avskrevet på ordinær måte til 0 i regnskapsført verdi ved regnskapsavleggelsen for 2011. I forbindelse med regnskapsavslutningen for 2011 planlegges bygg tidligere benyttet til Akertunet barnehage nedskrevet til 0, noe som medfører en regnskapsmessig nedskrivning på knapt 1 mill kroner. Utover dette ligger det på dette tidspunkt ikke an til andre nedskrivninger av bygningsmassen på Aker sykehus. Samlet er det bokført om lag 800 mill kroner i bygninger på Aker sykehus, men dette er i bygninger som fortsatt er i bruk. Økonomistaben ved Oslo universitetssykehus HF har en dialog med ekstern revisor relatert til regnskapsmessig vurdering av bygningsmassen i Trondheimsveien. I samråd med revisor vil vurderingene i vedlegg 3 bli lagt til grunn ved avleggelse av årsregnskapet. Revisor har presisert at det er tatt forbehold om eventuelle endrede forutsetninger og / eller nye opplysninger som måtte fremkomme før fastsettelse av regnskapet for 2011.

6. Bemanning og sykefravær

Utvikling månedsverk

Antall brutto årsverk i november var 17.232, en reduksjon på 62 fra oktober.

Bemanningsreduksjonen fra oktober til november er lavere enn forutsatt i de prognosene som er rapportert inn til Helse Sør-Øst RHF 22. september. I prognosen for bemanningsutvikling er estimatet for november 16.993 månedsverk, dvs. at faktisk brutto månedsverk er 239 høyere enn prognostisert.

Det har vært en reduksjon i antall brutto årsverk fra 2010 (januar – november) på 1.045.

Oppdaterte beregninger viser at dette inkluderer 561 årsverk som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og ytterligere 262 årsverk knyttet til ansatte som frivillig gikk fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF/Vestre Viken HF fra 1.1. Til sammen ble dermed bemanningen redusert med 823 årsverk ifm endret pasientgrunnlag fra årsskiftet. Antall brutto årsverk er senere redusert med om lag 220.

Av samlet reduksjon i antall årsverk i perioden på 1.045, er 568 innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet, 331 innenfor de somatiske klinikkene og 147 innenfor stabs- og støttefunksjoner.

Bemanningsstallene for november er gjennomgått på klinikk- og avdelingsnivå sett opp mot de prognosene som er levert, og status for tiltaksgjennomføring i klinikkene gjennomgås som en del av dette. Det er fortsatt særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger.

Utvikling i årsverk per stillingsgruppe

Gjennomgang av årsverk per stillingsgruppe for 2010 og 2011 viser at reduksjonen i årsverk er størst for sykepleiefag/pleiefag, hvor det har vært en reduksjon på mer enn 400 årsverk. Legegruppen er redusert med 113 årsverk og laboratoriepersonell med 7 årsverk. I tillegg er annet behandlingpersonell redusert med 201 årsverk. Oversikten viser at andelen av total ressursbruk for gruppene som jobber rundt pasienten og innen medisinfaglig støtte er relativt stabil. For forsknings- og fagutviklingspersonell har det vært en økning på 40 årsverk. Deler av dette kan relateres til ansatte overført fra Invento. Reduksjonen for administrasjon/kontor er på 162 årsverk.

Reduksjon av månedsverk for leger

Ved behandling av sak 98/2011, ba styret administrerende direktør rette særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall månedsverk for leger. På denne bakgrunn er det etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra stab økonomi, fag og pasientsikkerhet og HR. Arbeidsgruppen rapporterer til medisinsk direktør. I første omgang er målet for arbeidsgruppen å etablere oversikt over alle legeårsverk (ressursbruk) i helseforetaket for 2010 og 2011 fordelt på individ, avdeling, klinikk mv. samt etablere en status over NR id-nummer for alle klinisk arbeidende leger. Målet er at dette arbeidet skal være avsluttet i overgangen november/desember. I tillegg skal klinikkene dokumentere status og en tidsplan for å redusere legerressurser i samsvar med beregnet overføring av aktivitet (relativt fra 1. halvår 2010 og til utgangen av 2011). Alt fordeles på individer og summeres på avdeling/klinikk. Det skal være avholdt møter med alle klinikkene før 18/11 og arbeidet skal være slutført innen slutten av november.

Bruk av variabel lønn (overtid og mertid)

Rutinene for bruk og rapportering av overtid samt rutiner for tilkalling av personale som generer variabel lønn (Styresak 39/2011) er implementert i hele helseforetaket.

I klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapportering til ledelsen er bruk av variabel lønn et av oppfølgingspunktene. Dette gjennomgås også som en del av ukentlig oppfølging. Direktørens HR-stab følger også opp disse tiltakene med hver klinikk gjennom faste møter med hver enkelt HR-leder. Samtlige klinikker melder et økende fokus på variabel lønn. Temaet følges opp fast i driftsmøter og at det holdes fokus på dette i linjen, med bistand fra HR etter behov.

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

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Fokus på ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

Bruk av overtid ved Oslo universitetssykehus HF gikk opp som følge av 22. juli. Dette ga størst utslag ved lønnsutbetalingen i september. I oktober gikk overtidsbruken ned igjen og lå om lag på samme nivå som de foregående månedene før september. Totalt er inntrykket at de nye retningslinjene har ført til et økt fokus og strammere styring.

Vurdering av nyansettelser / sluttede

Som ledd i oppfølgingen av bemanningsutviklingen vil rapporter over nyansatte/sluttede tas ut ukentlig mht antall og type ansettelse. Tallene varierer fra uke til uke, men tendensen i 2011 viser en nedgang i den relative andelen faste stillinger og økning i andelen midlertidige stillinger.

Arbeidet til stillingsutvalget

Ansettelseskontrollen ble skjerpet ytterligere med virkning fra august og det er opprettet eget underutvalg for vurdering av overlegestillinger. Som ledd i dette arbeidet har flere klinikker etablert lokale stillingsutvalg som viser seg å gi resultater mht antall stillinger som søkes godkjent i sentralt utvalg.

Innleie av helsepersonell

For å sikre tettere oppfølging av bruk av innleie, er det i tillegg til nye retningslinjer for bruk av innleie tatt kontakt med vikarbyråene for å få ukentlige rapporter over forbruk foregående uke. I oktober er kostnadene til innleie omtrent som gjennomsnittet hittil i år.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (per september) er 7,4 pst. Fraværet ligger på samme nivå som tilsvarende periode i 2010. I april-juli 2011 har sykefraværet vært stabilt på om lag 7 pst, og viser en ytterligere nedgang i august og september med hhv 6,3 pst og 6,8 pst.

7. Investeringer og likviditet

Det er fattet vedtak om forskyvning av investeringer i ordinær drift med 70 mill kroner. Per oktober er prognosen for investeringer i ordinær drift innenfor korrigert budsjett. Investeringer i omstilling er lavere enn budsjettet for inneværende år. Årsaken til dette er blant annet behov for god planlegging av kvalitetssikring av de enkelte byggeprosjekter, herunder akuttinntaket på Ullevål.

Ved utgangen av oktober var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF minus 2.967 mill kroner mot budsjettet minus 3.035 mill kroner, det vil si et positivt avvik på 68 mill kroner. Det positive likviditetsavviket forklares med flere forhold. Det negative resultatavviket bidrar isolert sett til en dårligere likviditetssituasjon enn budsjettet. Men flere andre forhold trekker i motsatt retning: Investeringsutbetalingene er hittil lavere enn budsjettet, betaling av reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring er utsatt og det er forsinkelser i oppgjør overfor Akershus universitetssykehus HF.

Kontantstrømprognosen viser en utgående likviditetsbeholdning for 2011 på minus 3.305 mill kroner, mot minus 3.334 mill kroner i budsjettet. Det negative resultatestimater forverrer likviditetssituasjonen, mens lavere investeringsnivå og lavere pensjonspremiebetaling i 2011 enn budsjettet bidrar positivt. Selv om pensjonspremiene fra Oslo pensjonsforsikring og Kommunal landspensjonskasse for 2011 isolert er økt har Oslo pensjonsforsikring varslet at deler av pensjonspremiene forfaller i 2012. Det er i likviditetsprognosen forutsatt at Klinisk Arbeidsflate ikke blir betalt i 2011. I oktober ble driftskreditrammen til Oslo universitetssykehus HF inntil videre økt til 3.338 mill kroner.

8. Tiltak for gjennomføring av budsjett 2011

Prognosene for bemanningsutvikling i siste del av 2011 viser en forventet reduksjon i antall månedsværk fra 17.575 i september til 16.766 i desember. Deler av denne nedgangen skyldes sesongmessige forhold og bortfall av 22/7-effekt, men hoveddelen forutsettes realisert ved innplassering og nedbemanning, redusert variabel lønn og mer restriktiv praksis i forbindelse med ansettelse. Isolert for november er det 17.232 faktiske månedsværk, mot prognostisert 16.993. Sammenlignet med oktober er det en reduksjon i antall månedsværk i november på 62. For å nå prognosen skulle det vært en reduksjon på ytterligere 239.

I vedlegg 2 er det gitt oversikt over status for gjennomføring av tiltak i klinikkene. I de klinikkvise kommentarene er det gitt kort status for:

1. Reduksjon i månedsværk fra september til oktober; hva skyldes normal reduksjon etter ferieavvikling, 22/7 effekt og hva er faktisk reduserte månedsværk?
2. Hva gjøres nå av ekstraordinære tiltak for å dekke inn avviket mot innrapporterte prognoser i oktober – spesielt fokus på tiltak for å redusere variabel lønn?
3. Risikovurdering per klinikk i forhold til om gevinstrealisering knyttet til reduserte månedsværk ikke oppnås i 2011.

Vedlegg II

Status for budsjett for klinikkene (leveranser fra klinikkene).

Klinikk	Klinikk Psykisk helse og avhengighet - PHA
---------	--

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ¹	2.218
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ – Estimert fra OUS	2.217
Behov for reduksjon	1

År	2011	2012
Estimert antall DRG poeng ²		
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³		(*)
Estimert antall opphold		
Antall senger i klinikken		

(*) Overordnet målsetting på aktivitetsvekst for 2012

- 1,5 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 2 % for TSB

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Budsjetterte aktiviteter er basert på ny organisasjon i ulike senter og avdelinger. I utgangspunktet er det ikke budsjettert med kapasitet for å betjene pasienter fra andre opptaksområder enn de tilhørende OUS, bortsett fra avtalte behandlingsplasser. Gjestepasientavregningen vil ta hensyn til fritt sykehus valg og baseres på justerte erfaringstall fra 2011.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

Avdeling	Brutto årsverk ¹ november 2011	Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 (Estimat)	Behov for reduksjon årsverk
Rus- og avheng. behand. (SRA)	399	349	50
Land og Region (LoR)	478	486	7
Lokalfunksjoner (LOK)	956	936	20
Barn og ungdom (BUP)	326	277	49
Forskning og utvikling (FoU)	46	50	
Stab	13	23	
Generelt. Ikke fordelt ytterligere variabel lønn på sentrene		96	
Sum	2218	2217	

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Den budsjetterte organisasjonsendringen innen BUP var opprinnelig planlagt gjennomført og inkludert i budsjettet for 2011 fra 1. juli 2011. Prosessene knyttet opp til gjennomføringen av innplasseringen har tatt lenger tid enn planlagt og iverksettes fra slutten av 2011.

Endringen for SRA skyldes delvis utsettelse av overførselen av pasientbehandlingen fra OUS til AHUS, opprinnelig planlagt fra 1. januar 2011, men utsatt ett år.

SRA

Avdeling avhengighetsbehandling voksen ca 20 årsverk nedtrekk

Avdeling avhengighetsbehandling ung ca 10 årsverk nedtrekk

Rusakuttmottaket og avgiftning ca 20 årsverk nedtrekk

LoR

Det blir opphør av oppgaver knyttet til Magnusgt. Det er 7 årsverk ved denne enheten som blir tatt ut fra 01.02.12.

BUP

Det er estimert reduksjon i bemanningen for følgende avdelinger:

* Barneavdelingen 23 årsverk

* Spesialavdelingen 20 årsverk

* Ungdomsavdelingen 6 årsverk

* BUP Oslo Syd 1 årsverk

LOK

Det er planlagt reduksjon av 6 behandlings plasser innenfor Avdeling for Spesialisert Døgnbehandling, lokalisert på Dikemark. Endringen medfører ikke oppsigelser, men effekten på 20 årsverk og ca 10 mill kr. vil bli hentet ut gjennom naturlig avgang, turnover og reduksjon av ekstravakter.

Stab

En økning fra Nov 2011 på 10 godkjente stillinger, da flere stillinger i dag besettes som innleide konsulenter. Disse vil bli permanent besatt som faste stillinger.

Generelt.

Ytterligere variabel lønn som skal fordeles utover på sentrene i tillegg til den som allerede er inkludert i sentrene.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill kroner)
SRA. Redusere antall årsverk med 50 og antall plasser med 32	50	49
LoR. Nedleggelse av Magnusgt fra 02.01.12	7	5.5
BUP. Dimensjonering av spesial avd. til red. opptaksområde	49	20
LOK. Nedleggelse av 6 behandlingsplasser	20	10

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Klinikk HR har basert på input fra Sentral HR videresendt en bestilling til klinikkens sentre og bedt om en oversikt på angjeldende avtaler. Gjennomføringen vil avhenge av tilbakemeldingen fra sentrene. Det estimeres en ikke ubetydelig effekt uten at det er mulig å kvantifisere den på nåværende tidspunkt

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Det er kommunisert et krav om sterkere kostnadsbevissthet ut i klinikken. I forbindelse med budsjettarbeidet gjennomføres en kritisk vurdering av kostnadsnivåene på de ulike artene på alle områder i klinikken.

5. Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det arbeides med å bringe fullmaktstrukturen i overensstemmelse med organisasjonen og ansvarsforhold, samt oppdatere innkjøpsystemene og fakturahåndteringssystemene. Arbeidet inkluderer også en gjennomgang av beløpsgrensene opp mot fullmaktsnivåene. Nødvendig opplæring gjennomføres for å kunne forstå og bruke ulike systemer.

6. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Klinikken fortsetter arbeidet med å redusere senger og dagtilbud og bygger opp poliklinisk og ambulant drift. Dette gir et mer målrettet tilbud til pasientene og gjør at vi kan organisere driften mer arenafleksibelt. Tiltaket reduserer kostnadene samtidig som det også genererer inntekter.

7. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Klinikken har løpende dialog med psykiatrisk divisjon på Ahus, særlig knyttet til endringer i opptaksområdet og sitter sammen med de private sykehusene i Oslo for å utarbeide felles områdeplaner. Vi har faste samarbeidsmøter med bydelene på alle nivåer fra direktører til ledere på lavere nivåer for å drøfte felles utfordringer og enkelt pasienter. Det er særlig kronisk syke og pasienter med rus og samtidig psykisk lidelse det er sterkest samhandling i forhold til.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

I 2012 overføres 23 mill kr til Ahus innenfor Rus og avhengighet som del av overføringen av Alna og Follo. Det er særlig innenfor avgiftning at Ahus overtar pasienter. Innenfor førstegangpsykosener vil vi be de private sykehusene om å betale for egne pasienter.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Klinikken driver flere tilbud vi mener hører hjemme i 1.linjen. Dette dreier seg om sosial rehabilitering i bolig. Vi ønsker at kommunen overtar dette tilbudet ved at vi legger ned Magnusgate med 9 plasser og sier opp avtalen med Kirkens bymisjon om kjøp av plasser. Klinikken vil fortsatt arbeide tett med bydelene i form av ambulante team, poliklinisk oppfølging og veiledning.

8. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikkens hovedutfordring blir å balansere / saldere budsjettet inkludert de betydelige omstillings- og overtallighetskostnader knyttet organisasjonsmessige endringer.

Hvorvidt klinikken er i stand til å oppnå dette, samtidig som framtidig driftsorganisasjon etableres med overordnet målsetting om forsvarlig pasientbehandling, er for tidlig å si, da endelig budsjettarbeid ikke er avsluttet.

Klinikken føler seg relativt trygg på gjennomføringen av de endringene som klinikken selv direkte kan påvirke – der klinikken ikke er avhengig av forhold utenfor klinikken.

Utfordringer / usikkerhet knytter seg til følgende områder:

- Tidsaspektet knyttet til gjennomføringen av bemanningstilpasningen
- Omstillings- og overtallighetskostnader som må håndteres av klinikken
- Usikkerhet knyttet til gjestepasienter
 - Utfakturering – dårlig historisk grunnlag, kun 2011
 - Kostnader – usikkerhet knyttet til omfanget utover det som er avtalt
- Endringer i tariffavtaler, inkludert lønns-, vakt og turnusforhold er ikke avklart

I forbindelse med bemanningstilpasningen i klinikken er det identifisert overtallighet som representerer avviklingskostnader hovedsakelig i følgende sentre:

- Barn og Ungdom
- Rus og avhengighet
- Land og Region

9. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Pasientsikkerheten vurderes til medium risiko på grunn av raskere turnover på behandlingen og færre på vakt. Kompenserende tiltak vil være økt kvalitet i vurderingene og bedre opplæring.

Aktivitetsnivået vil bli lavere, redusert sengekapasitet og med risiko for flere fristbrudd. Målsettingen er å holde høy poliklinisk aktivitet og kapasitet på akutt funksjoner.

Arbeidsmiljø. Det vil bli strammet inn på fleksible ordninger. Færre vil være på vakt og dermed lavere beredskap. Det vil bli iverksatt tiltak for å bedre opplæringen. Fokuserer på informasjon, involvering og medvirkning.

Omdømme. Vurderes som høy til medium risiko pga av store bemanningsreduksjoner som berører i stor grad eldre kvinnelige ansatte, samt ufaglært arbeidskraft, der muligheten til å få seg alternativt arbeid er vanskelig. Oppmerksomhet på kvaliteten og innholdet i prosessene i forbindelse med overtallighet, mulig innplassering, bistand og kompensasjon i forbindelse med fratreden vil være avgjørende viktig for å unngå negativ oppmerksomhet og omdømmebelastning internt så vel som eksternt.

Vedlegg II – Status for budsjett for klinikkene (leveranser fra klinikkene)

Reduksjon i antall senger og tilbud både innenfor Barn og unge og særlig innenfor Rus og avhengighet ansees også å kunne gi betydelig risiko for svekket omdømme.

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

1. Nøkkeltall for klinikken

		2011	2012
Brutto årsverk november 2011	1 244		
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012	1 029		
Behov for reduksjon	215		
Estimert antall DRG poeng		29 202	27 632
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i %			
Estimert antall opphold		117 085	116 373
Antall senger i klinikken		251	235

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Avdelingene i Medisinsk klinikk har til sammen identifisert 35 ulike tiltak for å imøtekomme budsjett 2012. Tiltakene har vi delt inn i tre hovedområder; bemanningsreduksjon/tilpasning, aktivitetstilpasning og strukturelle tiltak.

Medisinsk klinikk har videreført budsjettarbeidet som startet 2010 og har valgt som hovedstrategi for å imøtekomme 2012 – kravene:

1. Involvering av ledergruppene i avdelingene, klinikktilitsvalgte, klinikkverneombud samt sentrale stabspersoner.
2. Bygge opp et budsjett fra bunnen med ytterligere presiseringer fra arbeidet i 2010
3. Videreutvikle de 4 prinsipielle vedtakene fra 2010
 - a. Videreutvikle generell indremedisinsk avdeling
 - b. Legge til grunn en bemanningsnorm for sengepostene
 - c. Gjennomgang av klinikkens innkjøpsprosedyrer
 - d. Kvalitetssikring av legebemanningen

Medisinsk klinikk har innført bemanningsnorm på sengeposter i 2011 i henhold til OUS' nye retningslinjer og sett på reduksjon av legers UTA-tid. Gjennom å redusere aktivitet og gjennomføre strukturelle tiltak reduserer klinikken ytterligere bemanning ift budsjettkrav.

Klinikken foretar en reallokering av noen mindre enheter og samler 3 (4) fagområder i én stor felles sengepost/driftsenhet. Ved å sentralisere de små enhetene er det forventet å kunne redusere antall senger i klinikken med 16.

Klinikken øker sin dagbehandlingsaktivitet og vil innføre økt tilbud om øyeblikkelig hjelp (ø.hj.) poliklinikk. Reduksjon av senger og bemanning utover foreslåtte tiltak kan få konsekvenser for vårt "sørge for" ansvar.

Klinikken har flere tiltak ift. aktivitetstilpasning; overføre pasienter fra døgn- til dagbehandling, redusere antall polikliniske kontroller ved å la pasientene overføres tidligere til fastlegene, avvikling av beredskapsvakt på Aker og ikke avtalt beredskapsfunksjon for andre sykehus.

Vedlegg II – Status for budsjett for klinikkene (leveranser fra klinikkene)

Det er vanskelig å identifisere flere tiltak som reduserer pasienttilbudet da klinikken driver begrenset mengde elektiv døgnvirksomhet. Klinikkenes plikt til å ta imot ø.hj. pasienter vil og må ivaretas. I tillegg må pålagte oppgaver som forskning og utdanning sikres.

Ved en ytterligere reduksjon utover de nevnte 16 sengene, kan Medisinsk klinikk alene ikke håndtere pasienter som innlegges. Med 95 % ø.hj. innleggelser og et pasientbelegg på gjennomsnittlig 100 %, i gamle, lite driftseffektive lokaler vil ytterligere nedtrekk medføre uakseptabel reduksjon i kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)⁴

	Bruttoårsverk november 2011	Bruttoårsverk innen budsjett 2012	Behov for reduksjon	
Totalt budsjett MED klinikk (14.11.2011)	1 244	1 113	131	A+B+C
Ramme fra sentralt (14.11.2011)	1 244	1 029	215	D
Restutfordring eks hjerte fra annen klinikk (ikke løst)	0	-84	84	D-(A+B+C)
MED AKUTTMEDISINSK AVDELING	167	204	-37	
MED GASTROMEDISINSK AVDELING	84	64	20	
MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING	93	76	17	
MED GERIATRISK AVDELING	189	168	21	
MED HJERTEMEDISINSK AVDELING	56	40	16	
MED HJERTEMEDISINSK AVDELING (fra F)	163	120	43	
MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING	112	89	23	
MED LUNGEMEDISINSK AVDELING	110	83	27	
MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE	80	80	0	
MED NYREMEDIKINSK AVDELING	87	74	13	
MED STAB	37	40	-3	
MED ENDO, FOREBYGG og FEDME	66	65	1	
	1 244	1 104	140	A
Forhold ikke lagt inn i avdelingsbudsjetter				
Vikar for overlegepermisjon	0	15	-15	
Postverter (1-2-3 mat)	0	14	-14	
		29	-29	B
Tiltak ikke definert på avdeling				
Omorganisering av sengeposter	0	-20	20	C

Kommentar: Akuttmedisinsk avdeling ser ut til å øke sin bemanning. Dette kommer av at vi i budsjettprosess 2012 har lagt LIS leger (fra andre avdelinger) på eget koststed i Akuttmed.avdeling. Dette for å sikre bedre kostnadskontroll og oppfølging av disse

Medisinsk klinikk fortsetter arbeidet påbegynt for budsjett 2010 med å bygge fra bunnen ved å oppløse historiske rammer og enhetlige prinsippendringer (eksempel innføring av bemanningsnorm). For å få til dette har klinikken ikke gitt avdelingene et rammekrav, men et krav basert på aktivitets- og produktivitetsendring. Siden klinikken produserer 5 – 6 % foran

⁴ Tabellen viser at vi har budsjett som tilsier en reduksjon på 131 bruttoårsverk. Reelle tiltak er på 58. Rest på 73 forklares slik: hjerte fra annen klinikk: 43; tiltak ikke definert på avdeling: 20; prognose i red 2011: 11

plantall (7,3 % oktober isolert) har det ikke vært mulig å trekke ned aktivitet til gjeldende aktivitetskrav (krav 2011).

Det reelle nedtrekket (overføring til Ahus /Vestere Viken) er mindre enn forutsatt i modell for beregning av rammereduksjon 2011. Derfor ønsker Medisinsk klinikk en balansert endring av budsjett 2011 som foreslått i notat fra sentral økonomistab. På denne måten kan vi planlegge for reelt aktivitetsnivå i 2012. Denne balanserte endringen vil løse ca. 60 brutto årsverk av restutfordring på 84

Deler av Hjertemedisinsk avdeling ble overført til Medisinsk klinikk fra klinikk F våren 2011. Disse enhetene ble overført med et historisk utfordringsbilde på negative 28 - 30 mill kr. Vi har for disse enhetene videreført den historiske rammen og har ingen konkret løsning utover en effekt av fremforhandlet avtale fra HINAS på ca. 6 mill (utfordring angitt med farget felt i tabell).

Klinikken fremstår p.t. med et uløst utfordringsbilde på 82 brutto årsverk eksklusiv utfordring særskilt knyttet til overførte enheter.

Forutsetninger for tabellene er full effekt av alle tiltak fra 1. januar 2012. Avdelingene vil i stor grad være ansvarlige for å dekke inn økonomisk utfordring som følge av sen oppstart av tiltak.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidlene for å redusere kostnadene I 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill kroner)
Akuttgeriatriiske pasienter flyttes fra Aker til Ullevål red 4 senger	-15	-9 160
Reduserte varkostnad Hinas på hjerte (fra F)	-10	-6 000
Redusere med 1200 kolonoskop Gastro	-4	-2 460
Avvikle beredskapsvakt Aker Hjerte	-4	-2 310
Avslutte aktivitet Aker Lunge	-4	-2 243
Avvikle Hjerterehabilitering	-3	-2 052
Nedlegge sykehjemsprosjektet Akutt	-3	-2 014
Områdefunksjon endoskopi Gastro	-2	-1 358
Reduksjon i tuberkolosekoordinatorer Lunge	-1	-538
Andre tiltak	-12	-7 403
	-57	-35 538

Merk: Effekt på antall årsverk er beregnet ut fra snittbeløp pr bruttoårsverk. Alle kostnadsreduksjoner er uttrykt i brutto årsverk.

Klinikkens tiltak består av bemannings- og aktivitetstilpasning samt strukturelle endringer. Ut over de nevnte tiltakene har klinikken satt i gang en prosess som går ut på å samle små døgnenheter til en større, mer robust driftsenhet med flere fagområder. Dette tiltaket er ikke identifisert ut på avdelingsnivå pga omfanget av prosjektet. Foreløpige grove utregninger viser at prosjektet har et gevinstpotensial på ca. 20 brutto årsverk.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Medisinsk klinikk deltar i dialog med OUS som ser på de klinikkovergripende avtalene. Ut over disse har klinikken avtale om infeksjonstillegg ved Infeksjonsmedisinsk avdeling. Dette er nå avvirket, ved at alle som er sykepleiere endrer stillingskode tilbake til riktig stillingskode, og beholder nåværende lønn. Nyansatte og vikarer får riktig stillingskode og lønn. Avvikling gir ut i fra dette en neglisjerbar økonomisk effekt i 2012

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Det er vanskelig for Medisinsk klinikk å ytterligere begrense antall ansatte med innkjøpsfullmakter, - klinikken må forholde seg til tre ulike innkjøpssystemer og må drifte deretter. Klinikken skaper derimot god kostnadskontroll gjennom kompetanseheving og tett oppfølging på alle ledernivåer. Medisinsk klinikk har et relativt moderat innkjøpsnivå og benytter seg i liten grad av eksternt innkjøp.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Døgnpasienter ved medisinsk klinikk utgjør i all hovedsak pasienter som legges inn for øyeblikkelig hjelp. Det klinikken kan avvikle av medisinsk behandlingstilbud må søkes å finne utenfor dette området.

Oppdraget til medisinsk klinikk er å gi en beskrivelse av avviklinger av det medisinske tilbud eller diagnostiske vurderinger. Siden øyeblikkelig hjelp utgjør så stor del av klinikkens oppgaver er det viktig at vi i dette oppdraget også synliggjøre aktiviteter som klinikken utfører overfor andre helseforetak både i og utenfor vår region. Dette utføres fordi OUS har på mange områder de fremste fagmiljøene innen indremedisin i Norge. Av den grunn vil ofte pasienter med komplekse problemstillinger henvises hit, både elektivt og øyeblikkelig hjelp. Disse pasientstrømmene styres av faglige grunner uavhengig av tilhørighet.

I tillegg har klinikken regionale og nasjonale oppgaver innen infeksjon (høysmitte, bioterror), endokrinologi (sjeldne endokrine sykdommer eks. transseksualisme), geriatri (avansert demensutredning/unge demente, ME), akuttmedisin (forgiftninger), lunge (Cystisk Fibrose, allergologi), nyre (alvorlig blodtrykkssykdom, sjeldne nyresykdommer), fedme og hjertemedisin. Dette er oppgaver som man ikke kan fjerne uten at det går ut over nasjonale oppgaver som må bygges opp andre steder. Ofte er dette også knyttet til øremerkede midler som også vil forsvinne.

Medisinsk klinikk har et mindre opptaksområde enn kirurgiske enheter/klinikker, men bruker betydelig ressurser på indremedisinsk utredning og behandling av pasienter utenfor eget opptaksområde som er innlagt i andre klinikker i OUS. Dette ble ikke tatt hensyn til ved beregning av nedtrekk i rammer som følge av overføring Ahus/Vestre Viken. Eksempel: utredning og behandling av kreftpasienter (endoskopisk ultralyd og stent-innleggelse).

Medisinsk klinikk vil bla iverksette følgende tiltak:

- a. Klinikken vil redusere antallet polikliniske besøk ved egen poliklinikk og raskere overføre pasienten til egen fastlege.

- b. Arbeide for å overføre pasienter som kommer for utredning, til private avtalespesialister, særlig innen gastroenterologi og lungemedisin. Dette forutsetter at avtaler med disse spesialistene etableres.
- c. Sørge for at pasienter som tilhører andre sykehus i Oslo sykehusområde raskere kommer tilbake til ”modersykehuset”, - dersom de har nødvendige kompetanse.
- d. I tettere samarbeid opp mot Oslo kommune utnytte Samhandlingsarenaen ved Aker sykehus for å frigjøre sengeresurser.

Av alle innleggelser i sykehusets akuttmottak er Medisinsk klinikk behandlingsansvarlige for ca 70 % av pasientene. Over 95 % av dette er øyeblikkelig hjelp, hvor konfereringsvakten vurderer om pasienten kan vente til neste dag/evt tilses ved øhj.poliklinikk. Klinikken har også en observasjonspost der 50 % av pasientene utskrives i løpet av 24 timer.

I tillegg er Medisinsk klinikk svært berørt av den demografiske og migrasjonsmessige utvikling i Oslo som medfører økning av pasientgrunnet, og med det økt press på innleggelser.

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Problemstillingen er todelt. Den ene gjelder det en kan kalle tendenser til avvik i forhold til det vi oppfatter som vedtatt arbeidsdeling. For Medisinsk klinikk innebærer det at andre sykehus i praksis forutsetter at Medisinsk klinikk i OUS i en del tilfeller tar pasienter som en ordinært indremedisinske avdelinger i eget sykehus skulle vurdert og behandlet. (Dette handler altså ikke om pasientens rett til bruk av fritt sykehusvalg). Den økonomiske situasjonen i OUS tilsier at Medisinsk klinikk må bli mer restriktiv i forhold til å ta imot slike pasienter uten en eksplisitt avtale som innebærer at vi også overtar basisbevilgning for de pasientene det gjelder (evt en høyere ISF andel).

For det andre er spørsmålet om det er aktuelt med endringer i funksjonsdeling mellom OUS som områdesykehus i Oslo og de to privateide lokalsykehusene, evt andre områdesykehus i Helse Sør-Øst (i de tilfeller der Medisinsk klinikk behandler pasienter på regionnivå). Spørsmålet om det er ressursmessige eller faglige grunner for å definere flere indremedisinske diagnoser som regionale eller områdebehandling. Men funksjonsdeling er også et spørsmål om hvilken del av pasientforløp såkalte region- eller områdepasienter skal være i Medisinsk klinikk i OUS.

Arbeidsdeling mot andre sykehus innen indremedisin har også med forventninger om at fagfolk i Medisinsk klinikk i OUS skal være tilgjengelig som konfereringsekspertise når andre sykehus har behov for det. Innenfor enkelte fagområder har dette et visst omfang og har vært økende. Som ledende fagmiljø innen flere indremedisinske fag og som universitetssykehus, er det ikke overraskende at disse forventninger eksisterer. Men denne virksomheten er ikke finansiert slik det er i dag, og det vil være aktuelt å gi tydeligere retningslinjer om å avgrense den dersom den ikke blir finansiert.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Det er av betydning å få til en generell effektivisering og justering av rolledelingen gjennom å bedre kvaliteten på henvisninger og arbeidsdelingen på etterkontroller og oppfølging. Siden Medisinsk klinikk inneliggende pasienter i all hovedsak er øyeblikkelig hjelp, berører dette

først og fremst kapasitet og ressursbruk i poliklinikkene. Det arbeides innen de enkelte fagene med begge problemstillinger, dvs både hvordan en på en bedre måte kan lage og formidle krav til henvisninger slik at kvaliteten på disse og på evt forundersøkelser bedres, og det gjøres vurderinger av om en kan flytte grensene for hvilke kontroller som kan flyttes ut til fastleger.

Oppgavedelingen mot 1.linje i Oslo er satt på dagsorden - både generelt gjennom Samhandlingsreformen og spesielt gjennom samarbeidet med kommunen rundt utvikling av nytt innhold i Aker sykehus. I det siste tilfellet er det flere tiltak i en idfase eller under planlegging som kan påvirke arbeidsdeling og pasientflyt i forhold til indremedisinske pasienter i OUS:

- Etablering av en kommunal rehabiliteringsenhet på Aker i regi av Sykehjemsetaten (i nær tilknytning til egen rehabilitering fra OUS)
- Etablering av en kommunal akutt døgnpost på Aker (i tilknytning til en ny allmennegevakt)
- Arbeidet med en form for poliklinisk avklaringsenhet på Aker (delvis i forlengelse av det såkalte "Akutt/subakuttprosjektet" i samarbeid med Oslo kommune)
- Vurdering av en såkalt lettpost på Aker (med perspektiv på utvikling av samarbeid med kommunen)
- Vurdering av en palliativ enhet på Aker (også med perspektiv på utvikling av samarbeid med kommunen)
- Generelt etablering av et senter for utvikling av nye samhandlingsformer (innovasjon, system- og prosessutvikling, prosjektetablering med mer)

Gjennom tidlig overføring av pasienter fra Ullevål til Samhandlingsarena Aker vil klinikken kunne frigjøre sengerressurser. Dog må man ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. I tillegg må man unngå at total liggetid vil øke som følge av overføring.

Parallelt med dette er det mange prosjekter i klinikken for å optimalisere dagens liggetid slik at den ikke blir lengre enn nødvendig.

Til sammen vil disse prosessene i løpet av noen år kunne ha et betydelig potensial i forhold til å dreie pasientstrømmer og deler av pasientforløp innen indremedisin mer over mot 1. linje i Oslo. Dette krever imidlertid kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid liten grunn til å tro at noen av dem vil gi effekter av betydning i den retningen så tidlig som 2012.

Medisinsk klinikk har tradisjonelt sett et godt samarbeid med Oslo kommune. Det prisbelønte "Sykehjemsprosjektet", et kompetanseoverføringsprosjekt, og intermediær enhet er gode eksempler på dette. "Sykehjemsprosjektet" er foreslått nedlagt på grunn av krav om innsparinger i OUS. Et tettere samarbeid og god oppgavefordeling mellom OUS og primærhelsetjenesten er avgjørende for at vi skal kunne gi pasientene våre et helhetlig og godt behandlingstilbud.

På bakgrunn av godt samarbeid med bydelene i Oslo kommune, har andel UK (utskrivningsklare) pasienter som opptar liggedøgn i klinikken gått betydelig ned de siste årene. Mindre enn 50 % av sykehusets UK pasienter befinner seg i Medisinsk klinikk. Som nevnt innledningsvis foreslår medisinsk klinikk å kutte 16 senger. Til dels vil senger i klinikken frigjøres ved at pasienter overføres til en "intermediærpost" i regi av Samhandlingsarena Aker, og dels vil UK pasienter tidligere overføres til bydelene.

En systematisk utvikling i klinikken er gjort over lengre tid for å etablere tettere samarbeid mellom OUS og primærhelsetjenesten. Dette samarbeidet forsterkes ytterligere gjennom arbeidet som legges ned i Samhandlingsarena Aker.

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Effektene som er lagt inn i punkt 2 forutsetter full effekt fra 1. januar for alle tiltak. Dette vet vi ikke er realiserbart. Vi er nå i prosess for å forankre når forventet effekt vil starte og hvordan eventuell restutfordring som følge av sen oppstart skal håndteres. I stor grad må avdelingene selv stå inne for og løse denne utfordringen med ytterligere permanente eller midlertidige tiltak. Estimert behov for ytterligere besparelse pga sen effekt av tiltak er 6,5 mill.

Som nevnt ovenfor vill tiltakene ikke dekke den reelle utfordringen gitt de rammer fastsatt for denne leveringen. Klinikken står med en restutfordring på 84 brutto årsverk, samt uløst overførte enheters utfordring i forbindelse med historiske rammer som er videreført, også for 2012. Mye av dette, ca. 60 av de 84 vil løses ved balansert endring til rett aktivitetsnivå.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Avdelingene i klinikken har til sammen identifisert 35 ulike tiltak for å imøtekomme budsjett 2012. Tiltakene har vi delt inn i tre hovedområder; bemanningsreduksjon, aktivitetstilpasning og strukturelle tiltak.

Klinikkens totale risikobilde i forbindelse med gjennomføring av identifiserte tiltak vurderes til å være innefor forsvarlig, men krever kompenserende tiltak. De tre hovedområdene risikovurderes under ett ift. de fire hovedområdene. Flere konsekvenser av tiltak kan ikke klinikken løse alene, men er avhengig av overordnede strukturelle grep og tiltak på sykehusnivå, et eksempel er korridorsenger.

• Pasientsikkerheten under behandling

Klinikkens nåværende tiltak synes forsvarlig og går ikke utover behandlingskvaliteten forutsatt at IKT løsninger er tilfredsstillende, god planlegging og lojalitet til beslutningene.

Vi ser at reduksjon i sengetall kan øke klinikkens utfordring med overbelegg og korridorsenger. I tillegg til at klinikken har egne tiltak som skal motvirke overbelegg, er vi avhengig av at OUS utnytter pasientsenger på tvers av klinikker eller gjør andre strukturelle grep.

Klinikkens innførte bemanningsnorm kan medføre høyere arbeidsbelastning i perioder, noen som igjen kan øke fare for at uhell og feil oppstår.

• Aktivitetsnivå

Ved fortsatt å ha konstant fokus på ventelister og fristbrudd, streng prioritering av elektive rettighetspasienter samt langtidsplanlegging av legearbeid og poliklinisk aktivitet, vil klinikken ikke ha økning av fristbrudd.

Klinikken vil ivareta lovpålagte oppgaver som å ta imot ø.hj. pasienter, men gjennomføring av budsjettreduserende tiltak vil få konsekvenser for andre tilbud i klinikken, eksempelvis ”Sykehjemsprosjektet”.

Klinikken ser seg også nødt til å redusere eller avvikle ikke budsjettert virksomhet til andre (klinikker og) sykehus. Dette kan medføre at pasientenes opplevelse av behandlingstilbudet er redusert sammenliknet med dagens situasjon, men kompenseres med heving av kompetanse og tilbud andre steder.

Antall ø.hj. pasienter er økende og kan ikke styres, mens endring av tilbud til elektive pasienter skjer etter planlagt redusert budsjettert aktivitet.

Reduksjon i senger kompenseres ved å ha fokus på ”fra døgn- til dagbehandling”, kortere liggetid, effekt av nye rutiner for ferdigmeldte UK pasienter og ved å benytte Samhandlingsarena Aker.

Tiltak om effektivisering og nedskjæring kan redusere handlingsrommet for fag- og forskningsskolert personale til å drive utdanning, fagutvikling, forskning, kvalitetskontroll og innovasjon. Mindre tid til faglig utvikling og forskning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme til pasienter og medarbeidere

- **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Ved innført bemanningsnorm stilles det store krav til nøye planlegging og struktur for at det ikke skal gå utover arbeidsmiljø. En spesiell utfordring er det for ansatte som jobber i Bygg 3, bygget er svært lite hensiktsmessig og har manglende fasiliteter.

Vi arbeider kontinuerlig for å overholde lover og avtaler.

Gjennomføring av kompetanseheving, videreutvikling og forskning samt lovpålagt opplæring krever nøye planlegging ift. aktivitet og turnus. Men høyt arbeidstempo gir økt arbeidspress på ledere og ansatte.

Klinikk for kirurgi og nevrofag	KKN
---------------------------------	-----

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ⁵	2053	År	2011	2012
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	1878	Estimert antall DRG poeng ⁶	52200	52700
Behov for reduksjon	Ca 175	Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ⁷	Ca -8,5%	+3,5% (Forutsetter en produktivitetsøkning på 12 % fra 2011-2012)
		Estimert antall opphold	320000	323000
		Antall senger i klinikken	455, inkludert ortopedisk hotellpost	Ca 420 -430

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

De detaljerte planene i avdelingen knytter seg primært til:

- Gjennomføre/slutføre overføringen til Ahus/Vestre Viken.
 - Strukturelle grep ved flyttinger og samlokaliseringer. Flytte nevrologisk sengepost på Ullevål til 6 etasje for å frigi plass for ortopedi; som åpner for at akutt gastrokirurgi kan komme inn fra Aker.
 - Gjennomføre flytting av elektiv nevrokirurgi til Rikshospitalet (etter beslutning). Vi vil da samle nevrotraumer, kjeve/ansiktskirurgi og tidlig rehabilitering av traumer og hodeskader i en traumseksjon på Ullevål.
 - Flytte større deler av den ortopediske virksomheten fra Rikshospitalet til Ullevål. Det foreslås at hånd- og mikrokirurgi for voksne, inkludert replantasjonskirurgien som er akuttkirurgi, flyttes. Storbylegevakt planlegges på Ullevål, ved dette vil håndkirurgien innen få år kunne samles i stor utstrekning der. I tillegg kan all protesekirurgi samles på Ullevål.
 - Utflytting fra Rikshospitalet åpner for et samarbeid om en sengeenhet for elektiv rygg/nakke kirurgi mellom ortopedi og nevrokirurgi på Rikshospitalet, beregnet som en 5 døgnspost. Den barnekirurgiske virksomhet lokaliseres i større grad på Rikshospitalet.
- Disse strukturelle grepene åpner for større samling av nevrokirurgi på Rikshospitalet og større samling av ortopedi på Ullevål. Når legevakten flyttes til Ullevål vil dette ytterligere styrke en ortopedisk samling. Dette får betydning for vaktlag og større sengeenheter som gir økonomiske gevinster.

⁵ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

⁶ DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

⁷ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Vedlegg II – Status for budsjett for klinikkene (leveranser fra klinikkene)

- ❑ Effektiviseringer ved døgn/dag/poliklinikk – sengereduksjoner og etablering av større sengeenheter. Etablere dagenhet på Rikshospitalet (i KDA), redusere senger på legevakten for å drive ren dagkirurgi og avvikle døgnbemanning på pasienthotellet
- ❑ Bedre utnyttelse av operasjonsstuer og poliklinisk virksomhet; tidligere oppstart og kortere skiftetider (flere inngrep pr.dag)
- ❑ Effekt av samhandling med kommune/fastleger og andre sykehus
- ❑ Reduksjon av prosjektrettet virksomhet (bla. kveldspoliklinikker)
- ❑ Reduksjon av legeårsverk/kjøp av arbeidstid for leger
- ❑ Reduksjon i varekostnader
- ❑ Samt økning av inntekter (kurdøgn)

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

Avdeling	Brutto årsverk ¹ november 2011	Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012	Behov for reduksjon gitt resultat november	Reduksjon bestilt avdeling*	Reduksjon bestilt avdeling*, inkludert flate kutt
Avdeling for kompleks epilepsi	218	208	10	0	4
Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering	59	52	7	3	4
Avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi	24	22	2	0,5	1
Avdeling for nevrorehabilitering	36	32	4	0,6	1,2
Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin	21	20	1	0,5	1
Avdeling for plastikk – og rekonstruktiv kirurgi	88	82	6	10	12
FOU avdelingen	7	7	0	0	0
Kirurgisk avdeling for barn (KAB)	164	145	19	5	7
Kirurgisk dagavdeling	76	69	7	2	3
Ortopedisk avdeling	553	475	78	91	99
Nevrokirurgisk avdeling	278	256	22	13	20
Nevrologisk avdeling	183	175	8	17	22
Stab	16	14	2	0	0,5
ØNH hals avdelingen	110	105	5	5	8
Øyeavdelingen	220	214	6	10	13
Sum KKN	2053	1876	177	157,6	195,7

*Foreløpig bestilt nedbemanning gitt prognose oktober. Avdelingene har økt/ redusert sine utfordringer i november som følge av endring i årsverksutvikling. Det er ikke bestilt endrede nedbemanninger som følge av endring årsverk da utslag i en måned kan være tilfeldige utslag fra en måned til en annen.

Klinikken har hatt flere budsjettdiskusjoner i ledergruppen. Gjennom dette er det valgt en strategisk tilnærming. Bemanningsreduksjonene er basert på denne tilnærmingen. Alle avdelinger har fått tildelt en foreløpig budsjettramme med tilhørende estimat på reduksjon i brutto årsverk. Tilnærmingen ble valgt knyttet til de 5 nedenstående elementer:

1. **Avdelinger med underskudd i 2011 kompenseres ikke** for det og må håndtere det i 2012
2. **Gjennomføre/ slutføre overføringen til Ahus og Vestre Viken** med dertil nedtrekk av kapasitet (aktivitet og bemanning). Dette innebærer avvikle haleaktivitet i nevrologi,

samt gjennomføre overføring til Vestre viken på ØNH og Øye (sistnevnte først juli 2012).

3. Gjennomføre strukturelle grep

- Det er gjennomført en mulighetsvurdering ift å samlokalisere større deler av nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet. Dette vil, dersom det får ledelsesmessig tilslutning, innebære at større deler av ortopedisk virksomhet flyttes fra Rikshospitalet til Ullevål for å gi kapasitet til nevrokirurgi (makebytte). Ved et slikt grep kan vi få større sengeenheter, og færre vaktlag. Det vil være lite bygningsmessige tilpasninger knyttet til dette.
- Vurdere å fjerne døgnbemanning på pasienthotell
- Konvertere til mer dagkirurgi på legevakten

4. Effektivisere og øke produktiviteten

- Overføre pasienter tidligere til andre sykehus/fastleger/kommune; både ift inneliggende og polikliniske pasienter – vil frigi sengekapasitet og poliklinisk kapasitet
- Samhandling i større utstrekning med Sunnås og de andre sykehusene i området
Overføre ortopedi til Diakonhjemmet etter avtale
- Bidra i videreutvikling av Aker som samhandlingsarena i relasjon til rehabilitering
- Vri pasientforløp til dagbehandling og dagkirurgi
- Utnytte operasjonskapasiteten bedre; øhj på dagtid/raskere skiftetider/tidligere oppstart/bedre opr. planlegging/koordinering

5. **Klinikken vil ikke klare med de ovenstående grepene å komme i budsjettbalanse** med en slik strategi; derved må det aksepteres reduksjon i aktivitet. Det vil få konsekvenser for inntektssiden, men man vil kunne oppnå balanse på kostnadssiden. Klinikkleder vil løfte denne problemstillingen inn i ledergruppen; det må avklares strategisk hvilke pasientgrupper som skal få ytterligere økte ventetider ved OUS. Prinsipielt vil øyeblikkelig hjelp pasienter, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og særlig sårbare grupper prioriteres. Klinikken har desidert flest pasienter på venteliste i OUS, størst antall av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og lengst ventetider, slik at en overordnet prioritering er helt nødvendig. Innen ortopedi, hvor det foreløpig er foreslått opp mot 20% reduksjon i ramme, vil flere av de pasientgruppene som rammes ikke ha tilbud andre steder i regionen og flere heller ikke i landet.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på årsverk 2012	Helåreffekt årsverk 2013	Økonomisk effekt 2012 (mill kroner)	Helårseffekt 2013 (mill kroner)
Overføring Ahus/Vestre Viken *	14,5	14,5	14,325	14,325
Strukturelle grep: effekt samlokalisering plastikk kirurgi	6,5	6,5	4,225	4,225
Strukturelle grep: samlokalisering av større deler av nevrokirurgi på Rikshospitalet	6	12	3,875	7,75
Strukturelle grep: samlokalisering av større deler av ortopedi på Ullevål	24	39,5	17,9	29,4
Generell effektivisering – redusere senger/fra døgnet til dag	26	39,9	16,4	26,7
Øke inntekter			5	5
Varekostnader			2,1	2,1
Samhandling primærhelsetjeneste	7,75	15,5	4,075	8,15
Sum tiltak	84,55	127,9	67	96,65

*Usikkerhet knyttet til tidspunkt for effekt nedbemanning leger

Tiltakene for 2012 vil primært tilligge den enkelte avdeling å gjennomføre. Når det gjelder de strukturelle grep er det allerede gjort utredninger som tilsier at mulighetsrommet er der. Vi forventer snarlig ledelsesbehandling slik at konkret plan for gjennomføring kan etableres. Det er vurdert at det bør kunne gjennomføres med en planleggingshorisont på 4-6 måneder, dvs med gjennomføring før sommeren. Det kan også gi gevinster for ferieavviklingen. Dette må organiseres som flytteprosjekter med medvirkning av tillitsvalgte og vernetjeneste. Det vil kreve kompetanseplaner, nye turnuser og tjenesteplaner.

Vi deltar aktivt i prosjekt Helsearena Aker. Potensialet her kan være større enn det som konkret er lagt inn foreløpig.

Flere avdelinger vil legge om pasientforløp fra inneliggende til dagkirurgi. Dette vil kreve et tett samarbeid med akuttklinikken ift preoperativ vurdering, moderne anestesiformer og riktig postoperativ smertelindring.

Gitt at klinikken får aksept for gjennomføring av tiltakene vil det være krevende ift å opprettholde aktiviteten gitt så store omstillinger. Det er derfor avgjørende at vi klarer å planlegge godt og at administrasjonen og samarbeidende klinikker bidrar til at dette kan gjennomføres på en god måte.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Klinikken har noen avtaler som ligger utenfor avtaleverket, vi vurderer at dette ikke vil ha større økonomiske effekter.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Vi har store varekostnader og store implantatkostnader. På mange områder eksisterer det avtaler i dag, men vi har fremdeles potensiale for nye avtaler og reforhandling av gamle. Klinikken er i ferd med å utarbeide en innkjøpsstrategi, hvor fokus også blir å ytterligere øke

andel avtaler og bruk av avtaler. Vi har enda ikke klart hva dette kan innebære av kostnadsbesparelser.

5. Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Alle avdelinger har fått beskjed om å redusere antall ansatte med innkjøpsfullmakt. Dette er fulgt opp i møter med hver enkelt avdeling. Det eksisterer to innkjøpssystemer som kompliserer både antall og kontrollfunksjonen.

6. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Klinikken er enda ikke ferdig med budsjettet for 2012 og medisinske konsekvenser er foreløpig vurdert til:

Områder som vil måtte nedprioriteres

- ❑ Enklere ortopedi uten rett til nødvendig helsehjelp.
- ❑ Deler av plastikkirurgisk virksomhet som kan gjøres ved andre plastikkirurgiske avdelinger i Helse SØ eller private sykehus med refusjonsordning (alternativt hudavdelinger) tas ikke inn i avdelingen:
- ❑ Alle pasienter med overskuddshud etter (sykelig) overvekt.
 - All sekvele/arrproblematikk uten funksjonsbegrensning (inkl arrhypertrofi og keloid)
 - Hyperhidrose.
- ❑ Ved ØNH avdelingen forsøker en å fokusere budsjettreduksjoner til tiltak som ikke rammer pasientbehandlingen direkte. Stopp i oppgradering av taleprosessorer gir et noe dårligere tilbud til denne gruppen, men uten at det er medisinsk uforsvarlig.
- ❑ Nedtak prosjektaktivitet på øye som innebærer at vi behandler færre pasienter med enklere øyelidelser; lengre ventelister og risiko for tapte inntekter.
- ❑ For å kunne redusere et større antall senger kreves det omlegging av driften til mer dagkirurgi og dagbehandling. Endringene innebærer at vi vil måtte redusere elektiv virksomhet innen flere områder; i hvertfall i en overgangsfase. Ventetidene vil øke, og ytterlige noen behandlingsområder der det ikke finnes behandlingstilbud utenfor OUS, kan få utfordringer mtp fristbrudd.

Områder som må skjermes/prioriteres i 2012

- ❑ Barneortopedi/nevroortopedi
- ❑ Nakke- rygg kirurgi
- ❑ Landsfunksjoner
- ❑ Rekonstruksjoner av bryst
- ❑ Øyeområdet AMD (injeksjoner og strålebehandling)
- ❑ Nye MS medikamenter (usikkerhet rundt kostnader)
- ❑ Overholdelse av utredningstid for kreftpasienter (barn og voksne)
- ❑ Slagbehandling – økende andel trombolyse og trombectomipasienter

Andre konsekvenser

- ❑ Kortere liggetider vil kreve at flere pasientgrupper enn tidligere vil overføres andre lokal/områdesykehus før de er ferdigbehandlet – vil kreve mer transportkostnader

- ❑ Samhandlingsreformen i 2012 vil gi mulighet for tidligere overføring av pasienter til ”step-down” arena for behandling, rehab. og pleie på rett nivå (LEON).
- ❑ Flere pasientgrupper går fra inneliggende kirurgi til dagkirurgi, noe som krever bedre pasientkoordinering.
- ❑ Dagkirurgiske inngrep blir i noen grad overtatt av polikliniske operasjoner.
- ❑ Inneliggende utredning og kontroller går mer over til dagbehandling på barn innen nevrokirurgi, ortopedi og ØNH.
- ❑ Effektivisere virksomheten; bedre pasientforløp – ”same day admission”, hotellbruk, god logistikk med forberedte innleggelser med adekvat Rtg/CT/MR tatt før innleggelse, planlagt op., avdelingsopphold og utskrivelse. Krever forutsigbar service fra Akuttklinikken og Bilde- og intervensjonsklinikken.
- ❑ Halvering av elektiv ortopedisk virksomhet som krever heldøgninnleggelser vil føre til ytterligere økning av ventelister og fristbrudd og dermed redusere det ortopediske tilbudet også på regionsnivå, uten at andre sykehus per i dag kan overta behandlingen.

7. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

a. Samhandlingsprosjekter

Klinikken samhandler med Helsearena Aker for raskere overføring av eldre pasienter med brudd/evt mistanke om brudd. Det er også søkt samhandlingsprosjektmidler for to prosjekter knyttet til pasienter med kroniske ryggsmarter og pasienter med akutte ryggsmarter. Begge de to siste er knyttet til FORMI (FOU)

b. Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

- ❑ Diakonhjemmet: Det skal utarbeides samarbeidsavtale ang. overføring av pasienter med lårhalsbrudd og samarbeid/arbeidsdeling fot/ankel kirurgi.
- ❑ Sunnås: Det etableres en behandlinglinje ift tidligrehabilitering internt i OUS og tidligere overføring til Sunnås ift pasienter med subarachnoidalblødninger (SAH).
- ❑ Områdeplan for rehabilitering og habilitering er snart ferdige
- ❑ Innenfor enkelte regionspasienter er det aktuelt med tettere samarbeid med andre sykehus for tidligere overføring av pasienter bla. innen nevrokirurgi.
- ❑ Det vil pågå et arbeid for å sikre bedre kunnskap med raskere overføringer av pasienter med slag som trenger intervensjonsbehandling; både inn mot OUS og ut igjen.

c. Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Klinikken har innenfor en del av pasientgruppene; habilitering, fysikalsk medisin og rehabilitering, ortopedi og nevrologi berøringsflater mot 1. linjen. Det er kontakt med

praksiskoordinator for å se om det er aktuelle pasientgrupper hvor forundersøkelser evt kontroller kan gjøres av 1. linjen.

Øyeavdelingen har satt ned en gruppe sammen med privatpraktiserende for å bli enige om rutiner og avtaler for overføring av pasienter som kommer til oss som øyeblikkelig hjelp omkvelden/natten og i helgene.

8. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken har i sitt budsjettforslag forholdt seg til OUS og deretter klinikkens strategi. Avdelingene har meldt inn tiltak ift en foreløpig budsjetttramme pr avdeling. Vurderingen er at tiltakene som er meldt inn er konkrete og i stor grad gjennomførbare. Forutsetningen er at sykehusets ledelse tar den overordnede beslutning om at vi skal samle mer av den nevrokirurgiske virksomheten på Rikshospitalet og mer ortopedi på Ullevål. Før slik beslutning kan tas må det gjennomføres ytterligere detaljplanlegging og vurderinger. Dette arbeidet iverksettes. Derimot har flere avdelinger vurdert at de ikke kan levere tiltak i tilstrekkelig grad ift den budsjetttramme de har fått, enten fordi de ikke har hatt tilstrekkelig tid til å arbeide med det, eller at de vurderer at ytterligere tiltak går over grensen av forsvarlighet. Mange tiltak vil ikke ha full effekt i 2012.

Det at klinikken ikke har klart å definere konkrete tiltak for hele utfordringen, innebærer stor gjennomføringsrisiko. Det er også nødvendig å se på budsjettutfordringene innen klinikken gitt de bekymringer enkelte ledere melder ift risiko.

Særlig knyttet til de store omstillinger både nevrokirurgisk avdeling og i særdeleshet ortopedisk avdeling står overfor risikerer vi at vi ikke vil klare å opprettholde aktiviteten. Dette innebærer at vi vil tape inntekter. Hvor mye dette vil utgjøre er vanskelig å forutsi; men bare knyttet til ortopedi kan vi snakke om opp mot 10% dvs 30 millioner. Dette er ikke hensyntatt i aktivitetsbudsjettet, men løftes som en reell risiko.

9. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Klinikken har foreløpig identifisert tiltak som tilsvarer effekt på 85 årsverk i 2012 (og helårseffekt 2013 128 årsverk).

Pasientsikkerhet

I en slik større omstillingssituasjon hvor flere avdelinger vil være berørt med flyttinger, samlokaliseringer og endringer av arbeidsmønstre, må vi sikre god planlegging, god opplæring og kompetansesikring før gjennomføring. Dette vil kreve tid, og innebære at tidspunkt for gjennomføring ikke vil være 01.01.2012. for mange av tiltakene. I slike prosesser er også vår erfaring nå, at vi vil få aktivitetsutfordringer før, under og etter flytting. Særlig ved såpass stor endring og reduksjon i legearbeidstid særlig ved ortopedisk avdeling, som innebærer nesten halvering av elektiv ortopedi for voksne. Bekymringen er at vi ikke klarer å opprettholde enkelte behandlingstilbud og som ikke tilbys andre steder i regionen.

Gitt disse tiltakene, er vurderingen at vi innen flere områder vil risikere redusert behandlingsskvalitet (færre leger; reduserer legekontinuitet/lavere bemanning på sengeposter øker belastningen, mindre fysioterapi med mer) og at det kan bety økt risiko for svikt i

pasientbehandlingen. Vi vil særlig i en omstillingsfase, risikere at vi ikke klarer å avvikle rettighetspasienter innen frist. Våre tillitsvalgte er tydelige i sin kritikk her, særlig knyttet til aktivitetsnivået i ortopedi og risiko for fristbrudd.

Gitt denne vurderingen vil vi hele tiden følge godt opp, forsøke å forebygge, registrere og behandle evt hendelser og avvik og ta høyde for at kursen må justeres underveis dersom det vurderes nødvendig.

Forskning og utdanning

Klinikken har stort engasjement og innsats knyttet til forskning. En slik omstilling og nedbemanning vil påvirke forskningsaktiviteten. Det er en klar intensjon med fusjonen at det å samle større deler av fagmiljøet vil kunne, på sikt, bedre både kvalitet og kvantitet i forskningen, men på kort sikt vil vi antakelig se det motsatte. Det vil også være risiko for at undervisningsvilkårene for helepersonell blir vanskelige.

Arbeidsmiljø

Vi står foran store omstillinger, flyttinger og samlokaliseringer. En slik omstilling vil bety nedbemanning, endring av arbeidsoppgaver, arbeidstider, arbeidssted og arbeidsvilkår (bla. lønn) for mange. Det påvirker arbeidsmiljøet. Det krever god involvering og medvirkning, særlig i fagmiljøene, og stor lederkraft. Godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste er nødvendig. I dialog med de tillitsvalgte rettes det kritikk til ledelsen at vi ikke i tilstrekkelig grad har klart å involvere godt nok. Dette har vi forståelse for, samtidig er det viktig å se at ledere på alle nivå også har en vanskelig oppgave gitt kulturelle forskjeller, tradisjoner, interessemotsetninger osv. Men vi ser at vi har forbedringspotensiale her.

Omdømme

Enhver omstilling slik vi skisserer vil internt i organisasjonen innebære både tilhengere og kritikere. Dette må møtes med god informasjon og medvirkning. Men uansett vil ikke alle medarbeidere være enige. Allerede har vi sett kritiske røster i media. Det viktigste for oss er å sikre at vi gjennomfører tiltak som ivaretar en forsvarlig pasientbehandling. Vi er fremdeles i en prosess, hvor endelig budsjett ikke er besluttet. Det er krevende, men ledelsen er opptatt av at de tiltak som til slutt skal gjennomføres er vurdert faglig forsvarlig gitt antall og kompleksitet av pasienter og tiltak. Det krever riktig prioritering på mange nivå.

Klinikk	Kvinne- og barneklubben (KVB)
---------	-------------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ⁸	1611
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	1535
Behov for reduksjon	76

År	2011	2012
Estimert antall DRG poeng ⁹	33800	33265
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ¹⁰	-3,96%	+1,0%
Estimert antall opphold	151000	148000
Antall senger i klinikken	387	377

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

Avdeling	Brutto årsverk ¹ november 2011	Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012	Behov for reduksjon
Gynekologisk kreft ¹¹	108	108	0
PFI & Kvinnehelse	2	2	0
Barneavdeling for nevrofag	94	93	1
Barnemedisinsk avdeling	498	485	13
Fødeavdelingen	382	361	21
Gynekologisk avdeling	248	245	3
Nyfødtintensiv	250	214	36
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser	0	0	0
Stab	29	27	2

Avdelingene har svært varierende budsjettutfordringer for 2012. Fem avdelinger har ingen eller mindre behov for bemanningsreduksjoner, mens de fire øvrige avdelingene har behov for betydelige bemanningsreduksjoner for å komme i balanse i 2012. Bakgrunnen for den betydelige bemanningsreduksjonen for disse fire siste avdelingene er som følger:

- **Barnemedisinsk avdeling (BAM):** BAM har betydelig økonomiske utfordringer i år som følge av lavere effektivitet på pasientgjennomstrømning, høyere innleie av vikarer og variabel lønnskostnader som følge av innplasseringsprosessen, samt betydelig overføring til Ahus/Vestre Viken som har medført ineffektiv størrelse på en sengepost

⁸ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

⁹ DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

¹⁰ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

¹¹ Sent på høsten 2012 forventes Gynkrefts sengepost på Ullevål å flyttes til DNR og samlokaliseres med Gynkrefrefts sengepost der. Forventet bemanningsreduksjon på ca 5 årsverk.

som trenger å sammenslås.

- **Fødeavdelingen (Føden):** Fødens betydelige økonomiske utfordringer i år skyldes etableringen av Føde-gyn mottaket som har blitt vesentlig dyrere å drifte enn forventet, høyt sykefravær på Ullevål, manglende kompensasjon for ny tideberegning (33,5 timers uke; vil kompenseres i 2012), samt menneskelig feil hos henvisningskontoret som har henvist for få fødende til Ullevål høsten 2011.
- **Gynekologisk avdeling (Gyn):** Gyn fikk i 2011 kuttet budsjettmidlene sine betydelig pga overføring av pasienter til Ahus/Vestre Viken, uten at de har klart å nedbemanne tilsvarende pga strukturbegrensninger.
- **Nyfødtintensiv (Nyfødt):** Siden 2009 har Nyfødt hatt et stort inntektsbortfall målt i drg-poeng. Dette skyldes delvis en reduksjon i antall pasienter, samt en vridning fra godt finansierte prematur barn til dårlig finansierte men krevende termin barn.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill kroner)
Generell nedbemanning (nye tiltak)	7,3	3,3
Generell nedbemanning (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011)	0	2,6
Overføring Ahus/VV (nye tiltak)	8,5	3,9
Overføring Ahus/VV (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011)	0	15,5
Reduksjon av ledere (nye tiltak)	1,6	0,8
Reduksjon av ledere (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011)	0	0,6
Legenes arbeidstid og permisjoner	2,1	2,7
Reduksjon variabel lønn og innleie	6,6	15,8
Samlokalisering (nye tiltak)	10	2,4
Samlokalisering (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011)	0	1,4
Økte inntekter (nye tiltak)	0	5,6
Økte inntekter (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011)	0	1,1
Totalt	36,1	55,8

Disse tiltakene er ikke tilstrekkelig for å komme i budsjettbalanse i 2012. Vi mangler tiltak for ca 40 brutto årsverk og ca kr 32 mill, og viser til nærmere redegjørelse for det i avsnitt 7. lengre nedenfor.

Generell nedbemanning: Gjelder reduksjon av stillinger som vi kan gjennomføre uten at det har vesentlig effekt på pasientbehandling og forskning.

Overføring Ahus/VV: Vi har betydelige summer i helårseffekter av reduksjoner gjennomført i 2011 som først kommer i 2012. I tillegg skal vi i 2012 nedbemanne med 7,5 årsverk da Vestre Viken tar over ansvaret for nyfødtintensiv pasientene fra Asker og Bærum f.o.m. 1.jan 2012.

Reduksjon av ledere: Vi mener at disse mindre reduksjonene i antall ledere er forsvarlig i forhold til lederspenn og forsvarlig drift. Det ene årsverket kan først realiseres når sengepost i 3.etg på Barnesenteret på Ullevål er flyttet til 2.etg.

Legenes arbeidstid og permisjoner: Disse tiltakene gjelder ny vaktplan for hjertelegene, mindre bruk av legevikarer på Fødeavdelingen, og tettere oppfølging av leger i spesialisering.

Reduksjon i variabel lønn og innleie: Innplasseringsprosessen gav en betydelig økning i variabel lønn og innleie, da vi ikke kunne lyse ut faste stillinger før innplasseringsprosessen var fullført og nye turnuser ikke var implementert, særlig på Barnemedisinsk avdeling. Fødeavdelingen har utfordringer ved Føde-gyn- mottaket, samt stor økning i sykefravær på enkelte seksjoner. Føde-gyn- mottaket har fortsatt driftsutfordringer, men er nå i relativt stabil drift. Sykefraværet er redusert på de enhetene med størst økning tidligere i år. Det er gjennomført endringer i ledelsesstruktur. Sykehusets nye bemanningsnormer, spesielt innføring av vakt (3-4 delt i helg) for flest mulig, vil bidra til færre huller i helg og mulighet for lavere bemanning med bevart helgedekning.

Samlokalisering: Vi har tre store samlokaliseringsprosjekter i 2012:

- Mulig samlokalisering av barneintensiv i OUS
- Flytting av barnemedisinsk sengepost fra 3.etg til 2.etg på Barnesenteret på Ullevål (eller annen samling av sengeposter i 2 etg (barnekir) og 3. etg (barnemedisin)).
- Flytting av gynekologisk kreft sengepost fra Ullevål og til DNR

Økte inntekter: Pga ombygginger på kvinnesenteret på Ullevål har vi hatt noe lavere gyn aktivitet i 2011, men som vil ta seg opp i 2012 når ombygningene er ferdige. I tillegg har vi pga feil hos vårt eget henvisningsmottak hatt for få fødsler i perioden sept-des 2011. Dette er rettet opp aktiviteten vil være etter plan i 2012.

Dersom avdelingene gjennomfører tiltakene i tråd med ovennevnte beregninger vil estimert budsjettavvik i 2012 i million kroner være følgende:

Avdeling, mill kroner	Estimert avvik 2011	Endring utgiftsramme	Tiltak effekt 2012	Estimert avvik 2012
Gynkreft	1	-1	1	0
Gyn	-9	-1	8	-2
Føde	-23	1	10	-12
Nyfødt	-28	-4	13	-19
Nevrofag	1	-6	4	0
Barnemed	-11	-7	18	0
Stab	31	-31	1	1
Totalt KVB	-38	-49	56	-32

Tabellen viser at alle avdelingene, bortsett fra Fødeavdelingen og Nyfødtintensivavdeling, vil være tilnærmet i balanse i 2012. Estimert negativ avvik for Kvinne- og barneklubben er på kr 32 mill i 2012. Ved utgangen av 2012 vil vi dog være i større grad tilpasset vårt budsjett, noen av tiltakene først vil ha helårseffekt i 2013. Dette gjelder spesielt samling av gynkreft på Radiumhospitalet høsten 2012. Pga usikkert innslagspunkt høsten 2012 er dette ikke lagt inn i budsjettet, men vi bidra betydningsfullt på vei inn i 2013.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Klinikken jobber systematisk med gjennomgang av kompensasjonsordninger for alle personalgrupper og tar sikte på avvikling og/eller harmonisering av avtaler. Vi vil ha fokus på å kvalitetssikre lønnsfastsettelse for å sikre at korrekt lønn utbetales i henhold til gjeldende avtaleverk. Antatt effekt er 0,5 mill.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Vi er i dialog med Innkjøpsavdelingen for å følge med på kjøp utenfor avtale. Videre har vi satt ned et prioriteringsutvalg som skal godkjenne endringer i medikamenter eller andre prosedyrer som kan øke klinikkens kostnader med minimum kr 0, 5 mill eller påføre andre klinikker større utgifter.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Vi har definert superbrukere på fakturahåndteringssystemene (Basware og Visma unique) som skal koordinere endringer i fullmakter, samt bidra i kompetanseoverføring til de med fullmakter i klinikken.

Når Basware også blir implementert på Ullevål vil OUS også ha utviklet et bedre verktøy for oppfølging av personer med fullmakter. Vi vil ved innføring av dette nye verktøyet ha en fornyet gjennomgang av alle fullmakter i klinikken.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Vi har ingen planer for å innføre helt nye behandlingstilbud eller å avvikle hele tilbud. Utvidet nyfødscreening vil trolig innføres fra 1. jan 2012, men dette er en utvidelse av en funksjon og den er fullfinansiert på statsbudsjettet (14 mill årlig).

Våre planlagte endringer i pasientbehandlingen omtales under p. 6. Overordnet vil hovedtrekkene være:

- Hvilke pasienter behandles og på hvilket nivå (døgn, dag, poliklinikk)
- Liggetid (tid for tilbakeføring til lokal avdeling eller utskrivning)
- Reduksjon i poliklinikk, dels ved overføring av visse oppgaver til spesialister/fastleger, men mest gjennom overføring av oppfølging/kontroller til disse.

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Pasienter henvist til operativ behandling (mest gynekologi, men også noe gyn kreft) utredes i størst mulig grad hos privat spesialist/henvisende sykehus slik at de kommer mest mulig klarert for operasjon hos oss.

Komplisert syke pasienter/pasienter med lange opphold (nyfødt, barnemed avd, barneavd. for nevrofag og gyn kreft): Så snart vi har fullført utredning og behandling som krever vårt regions-/landsfunksjonstilbud, bør pasientene tilbakeføres eget sykehus for videreføring av behandling og oppfølging, slik at samlet liggetid hos oss for disse pasientene blir redusert til kun det som er nødvendig.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Alle fagområder unntatt nyfødt: Reduksjon i poliklinikk, dels ved overføring av visse oppgaver til spesialister/fastleger, men mest gjennom overføring av kontroller til disse. Dette gjennomføres i 2012. For visse pasientgrupper kan liggetid tenkes å reduseres gjennom samarbeid med primærhelsetjenesten.

Innføringen av samhandlingsreformen fra 1.1.2012 fordrer et nært samarbeid mellom Ous og Oslo kommune. Det arbeides på flere områder med konkretisering av oppgavefordelingen. KvB er representert i en arbeidsgruppe mellom kommunen og sykehuset som skal utforme avtaler mellom samarbeidspartnerne, med frist desember 2011. Det er for tidlig å si hvilke økonomiske effekter dette kan gi i 2012. Aktuelle oppgaver i dette arbeidet er:

- a) Liggetid på barsel kan reduseres når et tilstrekkelig tilbud/oppfølging er tilgjengelig på/gjennom helsestasjoner. Oppfølging av risikograviditeter, bl a gravide med psykisk sykdom, rusmisbruk kan i større grad gjøres i kommunens regi.
- b) Liggetid på nyfødt intensiv og for visse komplisert syke store barn kan reduseres når tilstrekkelig tilbud etableres i regi av primærhelsetjenesten. Avansert hjemmesykehus er mulig kompetanseenhet for hjemmetjenestene i bydelene.
- c) Innen habilitering planlegges flere tiltak til kommunene, med veiledning fra sykehuset, med forventet vekst i kommunens ressurser, mindre til sykehusene.

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Vår overordnede vurdering er at vi ved gjennomføring av ovennevnte vil komme langt på vei i å dekke vår budsjettutfordring. Flere av de strukturelle tiltakene vil dog ikke ha effekt fra januar, men vi gjør det vi kan for raskest mulig å implementere dem. For første halvdel av 2012 vil vi derfor trolig ikke klare å oppnå et resultat i balanse gjennom planlagte tiltak, men vi mener at vi i siste del av året bør ha mulighet til å være på budsjett. Dette er avhengig av rask fremdrift i bl.a. samling av gyn kreft på DNR, avklaring av barnekirurgi på Ullevål og en god løsning på ivaretagelse av barn med behov for intensivbehandling i Ous. Dessuten må vi raskt få kontroll på variabel lønn/ innleie, særlig på Nyfødt og Føde, samt sikre et godt driftskonsept på Føde/gyn-mottaket.

Det er risiko knyttet til at klinikken ikke selv har kontroll på rammebetingelser, f eks knyttet til organiseringen av barnekirurgi og barneintensiv og samarbeid med andre klinikker om drift på Radiumhospitalet og Kvinnesenteret U. Vi har heller ikke full kontroll over f eks sykefraværsutviklingen i omstillingsperioder, jfr situasjonene med høyt fravær på Føde U i 2011. Dette vil stille høye krav til god ledelse og samarbeid med de ansatte om best mulige løsninger i en utfordrende tid for medarbeidere/ arbeidsmiljø.

På Nyfødtavd. har pasientantallet/ inntektene variert sterkt i år. Nyfødt og Føde har spesielt uforutsigbar pasienttilstrømming og må ha en viss beredskap som i mindre grad kan justeres ned ”når belegget er lavt”; man kjenner jo ikke antallet fødsler neste døgn. Det er derfor utfordrende å redusere personalkostnadene på ø- hjelpavdeling i perioder med redusert pasienttilfang. Ledernes krevende oppgave blir f eks å vurdere situasjonen før en helg, og strengt vurdere behovet for bemanning til forutsigbart arbeid med eksisterende belegg, og en viss beredskap for økt behov når som helst gjennom hele helgen.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

- **Pasientsikkerheten under behandling:**

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

- **Aktivitetsnivå**

Vi vil opprettholde våre lovpålagte tjenester. Vi er imidlertid nødt til å redusere samlet aktivitetsnivå noe og da særlig gjennom reduksjon av polikliniske kontroller samt forkortning av liggetid og overføring av større deler av pasientforløpet til andre sykehus og primærhelsetjenesten der det er mulig. Gjennomføring av de planlagte tiltakene kan også øke fristbrudd noe selv om det bør kunne unngås ved god kontroll på henvisningsprosess, innkalling og ventelister. Det er dog klar risiko for økte ventetider, særlig for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp.

- **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Foreslåtte tiltak bør ikke medføre øket fare for konkret skade hos de ansatte, eller øket risiko for at vi ikke overholder lover og avtaler. Imidlertid er det en betydelig risiko for at vi i mindre grad vil være i stand til å tilrettelegge arbeidet for en del ansatte. Det gjelder særlig ansatte som ”ikke kan jobbe natt” eller har andre krav til tilrettelegging som i betydelig grad innskrenker deres mulighet til å delta i alle deler av arbeidet som tilligger den arbeidsgruppen vedkommende tilhører.

Påtvunget endring i arbeidsforholdet som endring i innhold i arbeidet for den enkelte ved at pasientgrupper flyttes og oppgaver endres og ved at tidligere dagarbeidende nå skal gå i helgeturnus vil for en del kunne redusere trivselen. Da presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig er det dessverre en økt risiko for at arbeidsmiljøet forverres innen en del områder og yrkesgrupper.

- **Omdømme**

Økonomiske forhold og mediaomtale har trolig gitt sykehuset og klinikken et svekket omdømme, både i befolkningen og i politiske miljøer. Ytterligere kutt i ressursbruken vil kunne øke risikoen for flere negative mediaomtaler samt kunne bidra til økt misnøye hos pasienter og familier som opplever at deres tilbud blir mindre tilgjengelig. Særlig gjelder dette ventetid og tidspunkt for tilbud om behandling.

Samtidig påvirkes vårt omdømme negativt av dagens ”manglende budsjettkontroll”, og en videreføring på dagens utgiftsnivå innebærer over tid trolig like stor samlet omdømmerisiko som de foreslåtte tiltakene.

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

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ¹²	2123 ¹³
Brutto årsverk avvik ¹⁵ ift. prognose desember 2011 ¹	28
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	2046
Behov for årsverksreduksjon nov. 2011 til budsjett 2012	77
Spesifisert årsverksreduksjon	50
Uspesifisert restutfordring årsverk	27

År	2011	2012
Estimert antall DRG poeng ¹⁴	63830	63763
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ¹⁶	-6,5 %	0,44%
Estimert antall opphold	316000	320000
Antall senger i klinikken	418	398

2. Forventet utgangsfart i form av brutto månedsverk¹ i desember 2011

Klinikken har 2123 brutto månedsverk i november 2011. Basert på planlagte tiltak som reduserer antall faste og variable årsverk vurderer klinikken utgangsfarten i 2011 til 2115.

3. Oppsummering av de detaljerte planer for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Klinikkens hovedstrategi for budsjett 2012 har vært å fordele utfordringsbildet mellom avdelingene/instituttene fordelt som årsverk. Prosessene slik det er redegjort for har dernest vært ført avdelings-/instituttvis og har identifisert tiltakene som er summert i tabell 1. Fordelingen mellom de ulike N3 enhetene har vært basert på rammekutt knyttet til overføringsprosjektet eller effektivisering.

I forhold til aktivitetsnivå for 2012 har det vært lagt til grunn en generell vekst med tillegg av spesifikk aktivitetsoverføring til OUS knyttet til oppdragsdokumentet (fedmekirurgi, kreftoperasjoner). Klinikken har innenfor spesifikke områder, som transplantasjonsvirksomheten og stråleterapi, målsetting om å komme opp på anbefalt nasjonalt aktivitetsnivå. Det innebærer en aktivitetsvekst utover den generelle veksten som er lagt til grunn for somatikken.

¹² Eksklusive eksternt finansierte stillinger

¹³ Klinikken har en økning av eksternt finansierte gjennom 2011 på 23 årsverk.

¹⁴ DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

¹⁵ Avvik mellom faktisk tall november og prognose desember.

¹⁶ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Tabell 1: Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Oppsummering av tiltak pr. avdeling.

Oversikt pr. avdeling	Årsverk	Kroner
Kreftbehandling	16,8	12,55
Gastro- og barnekirurgi	9	7,645
Transplantasjonsmedisin	5	5,45
Blodsykdommer	0,6	7,45
Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer	4,75	4,282
Urologi	2	6
Klinisk service	1,6	1,46
Medisinsk fysikk	1,1	0,76
Institutt for kreftforskning	2,2	1,958
Institutt for medisinsk informatikk	2	1,2
Institutt for indremedisinsk forskning	0	0
Klinikkstab	7	3,5
SUM Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	52,05	52,255

Klinikkens avdelinger har vurdert oppgavefordelingen med andre sykehus i og utenfor regionen samt med de private sykehusene i område Oslo. Flere av avdelingene planlegger endringer i oppgavefordeling i 2012, dessuten skal det løpende vurderes om deler av et behandlingsforløp og eller kontrollopplegg kan overføres til andre sykehus

I forhold til overføringsprosjektet har klinikken i stort redusert kapasiteten i henhold til plan for 2011, og det gjenstår kun begrenset haleaktivitet. Imidlertid er det fortsatt overlegeårsverk som skal avvikles i 2012 i samsvar med plan forankret med sykehusets fagdirektør. For budsjett 2012 gjennomføres det i tillegg mindre reduksjoner i overlegeårsverk som tilpasning til budsjetttramme.

Klinikken har redusert antall senger med 36 innen utgangen av 2011. Det foreligger planer om ytterligere reduksjon med 9 senger i 2012. Reduksjonene av antall senger i 2012 vil medføre redusert sykepleiebemanning. Klinikken planlegger å innføre et felles pleiekategoriseringsverktøy for alle sengepostene i klinikken. Verktøyet er allerede innført ved en del av klinikkens sengeposter og vurderes som positivt for planlegging og ressursstyring.

Det er avdekket tre avtaler som ligger utenfor avtaleverket. Det arbeides for å avvikle disse avtalene, som har et lite omfang.

Alle avdelinger og institutter har forankret budsjettkravene hos seksjons- og enhetsledere. Klinikken har fordelt budsjettkravet mellom avdelingene og institutter, som skissert innledningsvis.

For noen av enhetene vurderer klinikken det som særskilt vanskelig å gjennomføre budsjettkravene uten at det går ut over behandlingsaktivitet, som ikke kan overtas av andre. Dette gjelder blant annet Avdeling for transplantasjonsmedisin, som ivaretar en nasjonal behandlingstjeneste med nasjonale målsettinger for aktivitet. Klinikken har vurdert avdelingens effektivitet og kan dokumentere en betydelig effektivisering over flere år og avdelingen har et kostnadsnivå som er i samsvar med de justerte DRG-vekter for

virksomheten som innføres for 2012. Klinikken vurderer at en kostnadsreduksjon ut over det tiltakene avdelingen har identifisert direkte vil medføre redusert pasientbehandling.

I tillegg vil deler av virksomheten ha en suboptimal driftssituasjon frem til Dag 4 (samling av somatisk døgnvirksomhet), som gjør det særskilt krevende å gjennomføre budsjettkravene for enkelte avdelinger. I denne kategorien kommer også andre landsfunksjoner, og Avdeling for blodsykdommer som har ansvaret for behandlingen med koagulasjonsfaktorer i forbindelse med kirurgiske inngrep for blødere. Klinikken vil arbeide videre for en særskilt finansiering for denne virksomheten da dagens finansieringssystem ikke tar hensyn til særskilte kostnader ved kirurgisk behandling av blødere.

Fire av klinikkens avdelinger har konkrete planer for samling av pasientbehandling innen OUS i 2012. Dette er gjennomført for flere diagnosegrupper i 2011. Fremdriften i 2012 vil være avhengig av flere byggeprosjekter som er under planlegging. For å kunne håndtere klinikkens budsjettkrav er samling av øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi til Ullevål, vurdert som viktig i 2012. Dette er ikke innarbeidet i de konkrete tiltakene, men vil bli gjenstand for en særlig prosess i de involverte avdelingene (urologi og gastrokirurgi) i samsvar med overordnede føringer om samling av akutt kirurgi til ett sted i område Oslo. Dette vil ikke ha full resultat effekt i 2012.

Klinikken har behov for at det fra foretakets side avklares finansiering av medikamentell kreftbehandling for pasienter fra Oslo sykehusområde utenom sykehusets egen sektor. OUS har etter dagens funksjonsfordeling, blant annet for fagområdet onkologi, ansvaret for pasientbehandlingen i hele område Oslo for en virksomhet som gjennomgående er underfinansiert.

4. Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Klinikken har ikke fullført prosessen for å begrense antall ansatte med innkjøpsfullmakter. Sentralisering er gjennomført i flere av klinikkens avdelinger. Fullmaktene vil bli gjennomgått samlet og det vil bli vurdert å endre beløpsgrenser mv. Klinikken vurderer det dessuten som viktig at avdelingene etablerer innkjøps-/utstyrskomiteer og at adgangen til direkte kontakt med leverandører begrenses.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Klinikken forventer en fortsatt økning i behovet for kreftbehandling ut over det som er lagt til grunn som gjennomsnittlig vekst i somatikken. Denne effekten motvirkes imidlertid delvis av at stadig flere pasienter får behandling som gir overlevelse uten tilbakefall. Innføringen av normerte forløpstider for kreftpasienter vil sette stort press både på klinikkens avdelinger og på diagnostikken i sykehuset.

Det vil være en potensiell økning i kostnadene til medikamentell kreftbehandling ved at nye, virksomme preparater innføres for flere pasientgrupper. Effekten av dette er foreløpig usikker. Det forventes også økte kostnader til biologiske legemidler for andre pasientgrupper.

Klinikken vil få en økning i transplantasjoner av single pancreas for pasienter med ”brittle diabetes”.

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Klinikken vil overføre lokalsykehusfunksjoner i hematologi til de andre sektorsykehusene i Oslo og områdesykehusfunksjoner i hematologi til Sykehuset Innlandet i 2012. For robotassistert laparoskopisk prostatektomi vil samarbeidet med Sykehuset Telemark videreutvikles for å utnytte regionens samlede kapasitet. Klinikken vil ikke utvide kapasitet for å håndtere sfinkterproteser for pasienter fra andre regionale helseforetak enn Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus ble i 2011 tillagt flerområdefunksjoner for ventrikkelkreft, cystektomier og en økning av fedmekirurgi med 50 %. Økningen av fedmekirurgi håndteres i 2011, mens økningen i antall inngrep for ventrikkelkreft og cystektomier først inntreffer i 2012. Disse økningene medfører økt ressursbehov for klinikken, spesielt for overleger. Det arbeides for å etablere videokonferansemuligheter med samarbeidende sykehus i regionen for å kunne gjennomføre multidisiplinære møter, blant annet i tilknytning til de nevnte flerområdefunksjonene.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten og Helsearena Aker

Klinikken ønsker å bidra til å etablere et palliasjonstilbud ved Helsearena Aker for pasienter med avansert kreftsykdom. Avdeling for kreftbehandling har gjennom det regionale kompetansesenteret innen palliasjon en særlig kompetanse og vil i så måte bidra til oppbygging og sikre kompetanseoverføring til et slikt tilbud i samarbeid med Oslo kommune. I tillegg har flere avdelinger i klinikken identifisert pasientforløp, der deler av pasientforløpet hensiktsmessig kan overføres til 1 1/2-linje tjenesten. Det gjenstår arbeid med konkretisering av dette tilbudet, men aktuelle pasientgrupper er blant annet eldre med kreft, hvor deler av det post-operative forløpet kan overføres til Helsearena Aker.

7. Vurdering av den effekt hovedstrategien vil ha i forhold til utfordringsbildet

Samlet sett har klinikken identifisert tiltak for budsjett 2012 som reduserer bemanningen i klinikken med 52 årsverk. I tillegg er det funnet tiltak for reduksjon av vare- og driftskostnader på 20 millioner kroner.

Klinikkens vurdering er at de tiltakene som er identifisert ikke er tilstrekkelige for å imøtekomme kravet til kostnadsreduksjon. Etter klinikkens vurdering gjenstår en reduksjon på om lag 50 årsverk for å imøtekomme budsjettkravet.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak/virkemidler som er identifisert

Klinikkens risikovurdering av identifiserte tiltak og kravet om budsjettbalanse 2012, viser et risikobilde preget av store utfordringer og en krevende balansegang mellom sannsynlighet og konsekvens, for å unngå en risiko definert som alvorlig.

Det er sentralt å fremheve at risikoområdene nedenfor må sees samlet. Iverksetting av tiltak/virkemidler knyttet til ett område, vil påvirke konsekvensene for de øvrige.

- **Pasientsikkerheten under behandling**

Klinikkens identifiserte tiltak/virkemidler så langt i budsjettprosessen vil generelt ikke gi svekket kvalitet for pasienter som får behandling. Det fremheves imidlertid at redusert bemanning i sengeposter og poliklinikker vil gi en viss økning i risiko for feil. Risiko kan reduseres ved klare rutiner, opplæring og avviksoppfølging.

Vurdert i forhold til kravet om budsjettbalanse så vil dette helt klart medføre økt risiko mht behandlingskvalitet og fare for svikt/skade for klinikkens pasienter. I hvilken grad dette medfører en særlig høy risiko er avhengig av videre arbeid med å identifisere kompensierende tiltak. Kravet om i budsjettbalanse vil særlig medføre økt risiko i forhold til fristbrudd mht pasienter med rett til helsehjelp.

- **Aktivitetsnivå**

Klinikken har vurdert konsekvenser av identifiserte tiltak i forhold til prioritering av rettighetspasienter innenfor tilgjengelig kapasitet. Pasientporteføljen til klinikken er alt overveiende dominert av rettighetspasienter og øyeblikkelig hjelp, som begrenser klinikkens handlingsrom. Prioriteringen gjør at andre tjenester enn lovpålagte eventuelt må reduseres. Klinikken må vurdere dette i forhold til aktivitetsnivå. Prioriteringen kan medføre redusert antall pasienter og reduksjon i aktivitetsnivået.

Normerte forløpstider for kreftbehandling er 2 uker til start utredning og 2 uker til start behandling. Det forutsettes at 80 % av pasientene skal behandles innenfor denne fristen. Klinikkens risikovurdering i forhold til kravet om budsjettbalanse tilsier at dette sannsynligvis ikke vil være gjennomførbart. En økning av kapasitet på laboratoriesiden (spes patologi) og radiologi i henhold til føringene i statsbudsjettet vil være avgjørende for å kunne oppnå kravet til normerte forløpstider for kreftbehandling.

For klinikere som driver forskning vil prioritering av pasientbehandling kunne medføre redusert forskningsaktivitet. Midler øremerket til forskning forventes opprettholdt på samme nivå som 2011. For klinikken betyr det at samlet aktivitet i all hovedsak bør kunne videreføres.

- **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Klinikk E og G ble fusjonert 01.07.2011. Det er meget krevende å etablere ny organisering, ivareta drift for 2011 og parallelt identifisere tiltak/virkemidler i fm budsjettprosess for 2012.

Klinikkens pågående og planlagte flyttprosesser er forsinket, noe som forsterker klinikkens utfordringer i forhold til arbeidsmiljøet.

Risikovurdering viser at en bemanningsreduksjon vil gi økt risiko for svikt og skader. Risiko må vurderes og sees i sammenheng med pasientsikkerhet. Se punktet ovenfor. Lover/avtaler skal følges, men risikobildet øker betraktelig ved en bemanningsreduksjon tilsvarende kravet om budsjettbalanse, som vil medføre økt fare for brudd på Arbeidsmiljølovens overtidsbestemmelser. Ledere melder at en ytterligere reduksjon i grunnbemanning, kan medføre økt sykefraværet, større behov for innleie/ekstravakter, som igjen vil gi økning i variabel lønn.

Klinikkens vernetjeneste har meldt at identifiserte tiltak medfører økt risiko mht arbeidspress/tidspress/sykefravær. Tiltakene øker faren for ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser både for ledere og medarbeidere. Eventuelle konsekvenser kan bli, manglende tilrettelegging, slitne, stressede ledere/ansatte, som igjen kan gi redusert faglig kvalitet i pasientbehandlingen og et arbeidsmiljø som ikke er i samsvar med Arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Klinikken har etablert et pleiekategoriseringsverktøy, RAFAELA, for deler av klinikken. Det vil sikre et mer objektivt vurderingsgrunnlag av pleiebemanningen i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet.

- **Omdømme**

Klinikkens identifiserte tiltak vil gi økt risiko mht pasientsikkerhet, aktivitet, arbeidsmiljø og dermed kunne gi økt risiko i forhold til omdømme. Dette gjelder spesielt i forhold til pasientsikkerhet og ivaretagelse av normerte forløpstider for kreftbehandling.

Gjennomføring av klinikkens krav om budsjettbalanse for 2012 for alle avdelinger vil med stor sannsynlighet ramme pasientbehandling og klinisk forskning i et omfang som bedømmes som lite hensiktsmessig.

Klinikk	HJERTE -LUNGE OG KAR KLINIKKEN HLK
---------	------------------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ¹⁷	790
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	730
Behov for reduksjon	60

År	2011	2012
Estimert antall DRG poeng ¹⁸	29.824	29.825
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ¹⁹	+2,9%	+3,0%
Estimert antall opphold	34.497	34.500
Antall senger i klinikken	158	158

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Oppsummering Hjerte-Lunge og Karklinikken : Kravet om nedbemanning av årsverk for å komme i budsjettbalanse i 2012 er estimert til en reduksjon på 60 årsverk.

På grunn av store strukturendringer på TKA og endringer ved de andre avdelingene planlegger klinikken en drift totalt sett med 41 færre årsverk enn i 2011. Samlet sett skisserer klinikken en budsjettbesparelse for 2012 på 48 mill. Behovet for restsaldering av budsjettet vil da for 2012 være på 20-25 mill.

Thoraxkirurgisk avdeling: Avdelingen skal tilpasse driften til forventet aktivitetsnivå, og samtidig samle aktivitet. Man vil samle kompleks og øyeblikkelig hjelp innen hjertekirurgi ved Rikshospitalet. Ullevål vil få en skjermet enhet for hjertekirurgi og med et volum omtrent som for senere år. Lungekirurgien videreføres på begge lokalisasjoner. Det er estimert at dette vil gi en reduksjon på 26 årsverk samt redusert innleie av legeressurser og annet personale for 12 mill. med en samlet reduksjon i driftkostnader på ca 35 mill. Thoraxkirurgisk avdeling er i gang med gjennomføring av omstillingen. Det langsiktige målbildet er ikke avklart. Gjennomføring vil kunne begynne å få effekt januar 2012, men helårseffekt først i 2013.

Kardiologisk avdeling: Avdelingen har i 2011 økt sin aktivitet betydelig innenfor aktivitetsområdene PCI og ablasjoner. Dette på grunn av økende behov for behandling som genererer ventelister. Avdelingen vil kunne forplikte seg til økt aktivitet innen ablasjon uten at bemanningskostnadene øker utover dagens nivå. Avdelingen er også avhengig av å få en balansert endring i forbindelse med aktivitetsøkning for å dekke varekostnader.

Lungeavdelingen: Avdelingen vil videreføre samme aktivitetsnivå som i 2011. Det er satt ned et prosjekt som ser på samarbeid på tvers av Thoraxs sengepost 2 og Lunge sengepost. Prosjektet har ikke konkludert, men det er anslått at et slikt samarbeid vil kunne gi en besparelse på ca 4 årsverk det vil si ca 2,5 mill. I tillegg vil overføringer av pasienter til Ullevål kunne gi en ytterligere besparelse av pleiepersonell.

Karavdelingen: Avdelingen er i dag på Aker, med de merkostnader det innebærer. Karkirurgien har utarbeidet en rapport "Kar+" for å kartlegge og risikovurdere ulike alternative plasseringer av øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling. Det gjenstår å avklare

¹⁷ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

¹⁸ DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

¹⁹ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

optimal plassering av karkirurgien. Plassering må vurderes helhetlig sammen løsningen for TKA. En ”optimal” organisering av karkirurgien vil kunne gi en besparelse på ca 5 mill.

Ut i fra både driftsøkonomi og faglig kvalitet har HLK et behov for at det kommer en beslutning om fremtidig plassering av Karavdelingen på Aker fra ledelsen.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

Avdeling	Brutto årsverk ¹ november 2011	Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012	Behov for reduksjon
HLK THORAXKIRURGISK AVD	394	361	-33*
HLK KARDIOLOGISK AVD	185	185	0
HLK LUNGE AVD	74	70	-4
HLK KAR AVD	54	50	-4
HLK KOORDINERING OG POLIKLINIKK	12	12	0
HLK INSTITUTT FOR KIR FORSKNING	6	5,6	-0,4
HLK INSTITUTT FOR EKSP MED FORSKNING	15	15	0
HLK ADMINISTRASJONEN	9	9	0

*Forbehold om effekt av bemanningsreduksjon ift. Samvirke med Karavdelingen.

Thoraxkirurgisk avdeling: I prosjektet ” Ny driftsmodell TKA” er det skissert løsninger for en reduksjon både i legeårsverk med ca 5 årsverk (ved konvertering av innleie til arbeid innenfor en reorganisert tjenesteplan og omdisponering av stillingshjemler/ansatte), samt en reduksjon i sykepleiebemannning ved reduksjon av 7/24 parallelle driftsordninger som gir en endring på inntil 26 færre sykepleieårsverk samt to perfusjonister.

Kardiologisk avdeling: Avdelingen vil ikke ha noen reduksjon av antall årsverk, men vil ha en aktivitetsvekst (pålagt økning av ablasjoner) innenfor den bemanningen som er tilstede i dag. Det vil si at avdelingen planlegger med en produktivitetsvekst for budsjettåret 2012.

Lungeavdelingen: Avdelingen kan ved samordning av sykepleiertjenesten på lungeavdelingens sengepost og hjertekirurgi kunne oppnå en ikke ubetydelig gevinst i form av bemanningsreduksjon. Størrelsesorden som har vært antydnet er 2-4 sykepleierstillinger. Etter avtale med klinikk sjef vil dette bli vurdert under gjennomføringen av ny driftsmodell ved TKA, og de endringene som skjer der. Et annet innsparingspotensial er overflytting av lungeoperasjoner(f.eks metastaser til Ullevål for å utnytte kapasiteten der). Dette er vurdert og må sees i lys av ”Ny driftsmodell ved TKA”.

Karavdelingen: Beslutningen om plassering av karkirurgi og ny organisering av Karavdelingen er foreløpig utsatt av sykehusledelsen. Avdelingen ser ikke at den har store muligheter for driftsendringer på Aker.

Uten en sikker plan for fremtiden ser de det som mulig å ta ut følgende i 2012:

2 spl årsverk, 1 hjelpepleie årsverk og en LIS lege

Avdeling for poliklinikk og koordinering: Avdelingen vil videreføre samme aktivitet og struktur som i 2011

Institutt for Kir forskning: Forskningsenheten har mulighet for å holde 0,4 årsverk midlertidig ledig i 2012

Institutt for eksp. med. forskning : Forskningsenheten vil videreføre samme aktivitet og struktur som i 2011

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill kroner)
Strukturendringer på Thorax avd.	33*	33.300*
Produktivitetsvekst på Kardiologisk avd.	0	9.450
Endrede pasientforløp på Lungeavdelingen samt samarbeid på tvers av sengeposter.	4	2.500
Strukturendringer på Kar avdelingen.	4	2.500
Midlertidig ledigholdelse av årsverk ved Institutt ved kir forskning.	0,4	250

*Estimert maksimal effekt etter prosjekt knyttet til ny organisering av TKA.

Klinikkens hovedvirkemidler for å komme i økonomisk balanse er å optimalisere samarbeid på tvers av fagområder og yrkesgrupper samt lage gode og hensiktsmessige pasientsløyfer. Hovedvirkemidlet for å komme i økonomisk balanse er basert på at gjennomføringen av TKA vil bli gjort på en god måte. Endringen vil kreve en nær oppfølging av ledelse, tillitsvalgt og annet støttepersonell. Alle tjenesteplaner og arbeidsavtaler for leger, perfusjonister og sykepleiere vil bli gjennomgått og tilpasset nye driftsformer. Fordi omstillinger ved TKA er usatt i forhold til opprinnelige planer, er det knyttet usikkerhet til om man får full helårseffekt.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

HLK har en oppdatert oversikt over de ulike avtalene i klinikken, dette er avtaler inngått administrativt og mellom arbeidstaker – arbeidsgiver.

Enkelte avtaler er allerede opphevet, og det gjøres en gjennomgang i forhold til hvilke som er nødvendig for å sikre driften i ulike enheter.

Vedlegg II – Status for budsjett for klinikkene (leveranser fra klinikkene)

Avdeling	Seksjon/enhet:	Sted:	Avtale	Varighet	Type	Har dokumentasjon	Vurdering av behov	Videreføres?
Kardiologisk avd.	Kardiologisk overvåkning	RH	Ansatte som bare går natt får et tillegg på 40.000.- i 100% stilling	?	Adm best	Nei		
Kardiologisk avd.	Kardiologisk overvåkning	RH	Ansatte som sitter på scoop får 10.000.- i 100% st	?	Adm best	Nei		
Thoraxkirurgisk	Thoraxkirurgisk intensiv	RH	Det utbetales 100% tillegg for dobbeltvakt (som erstatning for forskjøvet vakt).	2001-	Adm best	ja		
Thoraxkirurgisk	Thoraxkirurgisk intensiv	RH	Kr 1000.- for nattevakter utover det som ligger i turnusen?	2003-	Adm best	ja		
Thoraxkirurgisk	Thorax sengepost	RH	Arbeid 80% natt gir 100% lønn	?	Adm best	Nei	Jfr avtale gen.int	Nei
Flere	Flere	RH	100% overtid fra første overtidstime	?	Adm best	ja		Nei
Thoraxkirurgisk	Perfusjonister	RH	Beredskapsavtale generell	?	Særavtale	JA		
Thoraxkirurgisk	Perfusjonister	Rh	Beredskapsavtale ECMO	?	Særavtale	JA		
Thoraxkirurgisk	Perfusjonister	US	Beredskapsavtale	?	Særavtale	ja		
Thoraxkirurgisk	HIO	RH	Gamle avtaler fra Hjertesenteret i Oslo	?	Særavtale	ja		
Kardiologi		US	Hjemmevaksavtale angio (radiografer)	?	Særavtale	ja		Ja
Kardiologi		Ullevål	Hjemmevakt for radiografer på hjerte/kar avd.	15.06.08-30.09.08	Særavtale	Ja		Ja, revideres
Thoraxkirurgisk	operasjon	RH	Hjemmevaksavtale opr spl.	?	Særavtale	ja		Ja

*Alle særavtaler ved TKA for perfusjonister vil gjennomgå mht. reorganisering av perfusjonisttjenesten.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Klinikken har god oversikt over priser og bruk av dyre implantater / driftsutstyr knyttet til kostnadskrevende behandlinger. Slike prosedyrer rapporteres og følges opp hver uke. Tidligere deltok klinikken sammen med innkjøp i forhandlinger om avtaler og priser med leverandør. I dag er dette arbeidet plassert hos Sykehuspartner som forhandler priser og avtaler på vegne av sykehuset (H avtaler). Klinikken fikk i 2011 et rammekutt på -18 mill knyttet til reduksjon av innkjøpspriser og valg av varer uten at klinikken selv har mulighet til å være med å forhandle priser med leverandør. Økt bruk av DES ved PCI øker i varekost med ca 1.500.000,- I tillegg vil klinikken kunne få helårseffekt av forhandlede HINAS avtaler i 2011 på Pacemakere og ICD'er, og forventer et fall i varekostnader på grunn av nye priser for enkelte varegrupper.

5. Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Antallet med fullmakter til innkjøp kan muligens snevres inn, men to hovedlokalisasjoner og forskjellige IKT systemer gjør at fullmaktene må fordeles på flere. I tillegg er oversikter over hvem som har innkjøpsfullmakter svært lite tilgjengelig for klinikkene. Innkjøp bør ha et ”levende” fullmaktsregister på innkjøp for hele sykehuset. Klinikken vil ha fokus på at fullmaktene formelt er delegert riktig og skriftlig til den enkelte, og at det er få men hensiktsmessige personer som har innkjøpsfullmakter på den enkelte seksjon.

6. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Totalt sett vil Thoraxavdelingen operere ca 80 færre hjerter og ca 40 flere lunger. I tillegg vil Kardiologisk avd. øke antall ablasjoner fra 850 til 1200.

Klinikken har jobbet med å skissere og ha fokus på driftsendringer som skjer i et budsjettår. Det er viktig at slike endringer fanges opp i budsjettet og at de ikke bare ”skjer” på klinikken uten at økonomiske konsekvenser og prioriteringer er diskutert. Klinikken har derfor hatt en gjennomgang av enkelte prosedyrer som gjøres eller bør gjøres på klinikken som følge av at klinikken er en regionsklinikk ved Oslo Universitetssykehus.:

Lungetransplantasjoner (ex vivo lung perfusion – EVLP) på Lungeavdelingen :

Behandlingen avhenger av en investering av et utstyr til på ca 1.500.000,-. Investeringen av et slikt utstyr vil kunne øke antall lungetransplanterte med ca 5 pr. år. Antall pasienter på venteliste for lungetransplantasjon er for lang, og hver år dør ca. 20% av dem som står på listen.. Transplantasjonspasienter og er en del av sykehusets landsfunksjon. Totalt sett koster 5 ekstra TX pasienter ca 4.000.000,- og inntekten til klinikken er på ca på 3.000.000,-.

Transcatheter Aortic-Valve Implantation (TAVI) på Thorax avdelingen. Klinikken planlegger med et nivå på 50 stk og er det sammen som er gjort i 2011, men bare 40 stk ligger i budsjett 2011 TAVI gir en inntekt på ca 190.000,- og gjennomsnittskostnad pr er TAVI er på ca 325.000,-.

Mitraclip på Thoraxavdelingen på Thoraxavdelingen. Klinikken har gjort ca 5 stk i 2011 og øker til totalt 10 stk i 2012. Mitraclip har en DRG inntjening som TAVI ca 190.000,- , og estimerte kostander er vurdert omtrent som TAVI ca 325.000.- pr. stk.

Left Ventricular Assist Device (LVAD) på Thoraxavdelingen. Klinikken planlegger å legge inn 10 hjertepumper til neste år. Dette er samme nivå som i 2011 Dette er pasienter som venter på transplantasjon. Prisen på en hjertepumpe med koblinger er på ca 1.100.000,-. DRG vekten for 2012 for hjertetx inkluderer nå hjertepumpen i refusjonsgrunnlaget og gir ca 900.000 i refusjon.

7. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Klinikken har følgende områder som den arbeider med å få pasienter inn på et annet behandlingsnivå:

- Kardiologisk avd arbeid med å desentralisere TX-kontroller pågår. Kompetanseoppbygging er nødvendig.
- Kardiologisk av. Gjør TEE forundersøkelser i forb med atrieflimmerablasjoner. Dette vil i økende grad bli utført ved andre sykehus.

- CT/MR-undersøkelser som kan gjøres ved henvisende sykehus bør i større grad gjøres lokalt. Innført for TAVI-pas og dette fungerer stort sett bra.
- Klinikken avventer beslutning fra HSØ om ICD-implantasjoner kan gjøres ved AHUS/V Viken. Dette vil avlaste så vel RH som Ullevål

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Klinikken er en ren regionsklinikk og har ingen grenseflater mot 1. linjetjenesten.

8. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken ser at budsjettåret 2012 vil bli et svært utfordrende år økonomisk. Klinikken har lagt ned mye ressurser i å skissere mulige strukturendringer på klinikken som vil kunne redusere utgiftsrammen med til sammen 40 mill, og i tillegg gi en produktivitetsvekst med effekt på 10 mill. på Kardiologisk avdeling. Klinikken mener at det er betydelige gevinster knyttet til å gjennomføre flere strukturendringer i fremtiden. Restutfordringen på klinikken inn i 2013 er estimert til 20-25 mill. og vil kunne utgjøre en ytterligere reduksjon av 30 årsverk. Utsatt beslutning om plassering av karkirurgi skaper økt risiko i forhold til å nå de økonomiske målene som er satt for omstilling av TKA. Dette fordi en viss grad av samordning av ressursbruk ved TKA og Karavdelingen lå som en premiss i det alternativet man konkluderte med i strukturendringene av TKA. Klinikken har ikke tiltak knyttet til restkravet på 20-25 mill., og vil ikke kunne svare på restkravet uten vesentlige strukturendringer i klinikken.

9. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Pasientsikkerheten under behandling,

Behandlingskvaliteten:

Avdelingene har i dag høy kvalitet, dette må sikres i det videre arbeidet til tross for lavere bemanning og et smalere budsjett. Ved strukturendringer og flyttinger av pasientforløp fra Ullevål til Rikshospitalet kreves det gode planlagte pasientforløp

Faren for svikt i behandling / brudd på pasientrettigheter

Omstruktureringene ved klinikken er av en slik karakter at det ikke skal være fare for sikkerheten for noen pasienter

Fristbrudd:

Det vil kunne bli mulighet for lengre ventelister og fristbrudd innen ablasjon - og PCI - aktivitet ved Kardiologisk avdeling. Bemanningen er marginal sett i forhold til den økte aktiviteten.

Mulighet for flere fristbrudd, lengre ventelister:

Antall behandlede pasienter kan bli noe redusert pga komprimerte pasientforløp ved TKA

Gjennomføring av lovpålagte tjenester:

Dersom klinikken også må svare på restkravet på 20-25 mill vil resultatet kunne være at det blir færre behandlinger innenfor antall lands- og regionsfunksjoner

Antall behandlede pasienter:

Antall behandlede pasienter kan bli noe redusert pga komprimerte pasientforløp ved TKA

Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)

Det er ved enkelte seksjoner i klinikken kulturutfordringer som utgjør en risiko for godt samarbeid og miljø.

Aktiviteten komprimeres innen eksisterende areal, dette gir en fortetting for ansatte og pasienter. Det må arbeides med å sikre god samhandling og kommunikasjon på tvers av faggrupper og med pasientene.

Faren for svikt og skader:

Faren for svikt og skade endres ikke vesentlig som følge av strukturendringene i klinikken

Overholdelse av lov og avtaler:

Klinikken har mange AML-brudd, noe som kan øke ved redusert bemanning det arbeides for at gjennomføring av nye tjenesteplaner skal sikre godkjente arbeidstidordninger for alle grupper.

Omdømme

Kvalitet:

Ved flytting av pasientgrupper internt i klinikken er det viktig at pasientforløp kvalitetssikres slik at klinikken leverer den samme god kvaliteten.

Fagomdømme:

Det må arbeides for at ansatte blir sett og hørt i interne prosesser for å hindre at omdømme svekkes. Gode pasientforløp er også en forutsetning for at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt.

Klinikk	Akuttklinikken (AKU)
---------	----------------------

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ²⁰	2240
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	2021
Behov for reduksjon	219

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Akuttklinikken hovedprioritering er å opprettholde beredskap og kvalitet på øyeblikkelig hjelp. Høy beredskap ved flere av våre lokalisasjoner har en stor omkostnad og et mål for sykehuset er å redusere denne til færrest mulige lokalisasjoner. Akuttklinikken er den klinikken som bærer den tyngste andelen av beredskapen og opprettholdelse av den på alle lokalisasjoner betyr store kostnader for Akuttklinikken og sykehuset.

Klinikken har i budsjettarbeidet for 2012 fokuserer på 3 strategiske områder:

- Strukturelle grep
- Hensiktsmessig drift
- Finansiering av ø-hjelpsaktivitet

Akuttklinikken målsetting er å skjerme forskning og fagutvikling og å opprettholde budsjettet på et uendret nivå.

Avdelingene har meldt inn 82 årsverk, 14 på PhS og 68 på klinikken for øvrig. Klinikken har beregnet at budsjettutfordring er 219 årsverk ut fra tildelt budsjetttramme for neste år og estimert underskudd i 2011. Dette er fordelt med 90 på PhS og 129 for klinikken for øvrig.

Innmeldte tiltak fra avdelingene er ikke tilstrekkelig for å saldere budsjettet for 2012 i forhold til tildelt ramme. Klinikkleidelsen har etterlyst finansiering av ø-hjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og aktivitetsutvikling innenfor Intensiv og Prehospitalt Senter. De tildelte rammer dekker ikke oppdragsveksten innenfor disse områdene.

Klinikken ser derfor ingen annen mulighet enn å redusere kapasiteten for elektiv operasjonsaktivitet (antall bemannede operasjonstuer dag) og elektiv ambulansetransport (antall ambulanser) for å nå budsjettbalanse. Dette betyr bl.a. at OUS ikke kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på en forsvarlig måte når det gjelder prehospitale tjenester i Oslo og Akershus. Klinikken vurderer dette som tiltak med høy risiko og anbefaler ikke dette.

²⁰ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

Avdeling	Brutto årsverk november 2011	Behov for reduksjon innenfor tildelt budsjetttramme	Innmeldte årsverk budsjett 2012 pr avdeling	Restutfordring AKU inkl. PhS
Akuttmottak	151		9,5	
Anestesiologi	203		11	
Anestesisykepleie	308		13,5	
Forskning og utvikling	11		0	
Smertebehandling	39		2	
Traumatologi	7		-4	
PO/Intensiv	571		23	
Operasjon	165		7	
Sterilavdelingen	116		5	
Stab	43		1	
Sum AKU eksk PhS	1614	129	68	61
Prehospitalt senter	626	90	14	76
SUM Klinikk AKU	2240	219	82	137

Hovedtyngden av tiltak fra avdelingene omhandler 2 områder:

- Samle beredskap og gjennomføre flyttinger, spesielt aktivitet fra Aker
- Endre uhensiktsmessig drift og kostnadsdrivere

Flyttinger fra Aker vil bety reduksjon av årsverk knyttet til beredskap på Sterilavdelingen, Operasjon, Anestesisykepleie og avdeling for Anestesiologi. Videre er det foreslått å overføre Intensivpasienter fra Aker til Ullevål. På denne måten vil Intensiv kunne fjerne turnustekniske årsverk (omstillingskostnader) og effektivisere driften. Gastro (Klinikk E) som har de fleste intensivpasienter på Aker, har signalisert at avdelingen ønsker å flytte gastropasientene fra Aker til Ullevål. En sengepost skal frigjøres på Ullevål gjennom flytting av pasienter til Radiumhospitalet. Dette arealet må pusses opp før flytting. Akuttklinikken styrer ikke disse aktivitetene, men antar at dette vil være gjennomført i løpet av første halvår. Det betyr at disse tiltakene ikke vil gi en helårseffekt.

Full avvikling av ø-hjelp Aker er ikke foreslått i budsjettet da det er uklart når de forskjellige fagområdene har ny lokaler å flytte inn i på de ulike lokalisasjonene.

Omlegging av turnus, tjenesteplaner, bedre ferieplanlegging samt effektivisering i drift og bedre utnyttelse av ressursene vil gi reduksjon av variable årsverk på alle avdelinger. Budsjett for overtid og innleie er kritisk gjennomgått og redusert på alle avdelinger. Kriterier for bruk av overtid og innleie er implementert, men med høy beredskap vil dette fortsatt være en utfordring, spesielt på Intensiv og i PhS.

Flere av tiltakene forutsetter samordning av tiltak på hele sykehuset vedr. overenskomster og felles regler/retningslinjer. Samordning på sykehuset av ferieavviklingen 2012 er en forutsetning for at foreslåtte tiltak på dette kan gjennomføres.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill kroner)
Samle beredskap (en lokasjon) og gjennomføre flyttinger	35,0	23,6
Egen drift og kostnadsdrivere	42,5	28,6
Optimalisere og utnytte operasjonskapasitet	3,5	2,2
Oppbygging av traumatologi	-4,0	-4,0
Andre tiltak	5,0	3,6
Sum klinikk	82,0	54,0

De innmeldte tiltakene fra avdelingene kan grovt knyttes opp mot disse virkemidlene:

- Samle beredskap i så stor grad som mulig ved en lokalisasjon
 - Avvikle gradvis ø-hjelp Aker
 - Beredskap på RH /Ullevål - med overvekt på Ullevål
 - En oppbygging Akuttmottak ved RH betyr økte kostnader
- Optimalisere og utnytte operasjonskapasitet
 - Pakke operasjonsprogrammet og drifte effektivt
 - Samarbeid med klinikk C og rapport Ernst & Young (som har vist en rekke mulige forbedringer med et potensial for bedre driftsøkonomi – i tråd med tidligere rapporter).
- Se på egen drift og kostnadsdrivere samt eierskap og samling av tverrgående funksjoner:
 - Bemanningnormer, tjenesteplaner, vaktordninger/beredskap
 - Bedre ressursutnyttelse -> og redusere overtid / ekstrahjelp
 - Nettverksmøter ala Intensiv -> reduserer overtid, ekstrahjelp, innleie
 - Perioperativt driftsråd på tvers av alle avdelinger/klinikker
 - Koordinering på tvers av avdelinger (eks. bemanning på natt/helg/ferie)
 - Sommerferieavvikling

Som beskrevet i avdelingenes redegjørelser vil en del av tiltakene som foreslås omfatte flere av virkemidlene. Bl.a. vil en samling av beredskap og gjennomføring av flyttinger for noen områder gi gode synergieffekter ved at man får fjernet pukkelkostnader ved en lokalisasjon (for eksempel turnustekniske årsverk) samtidig som man oppnår stordriftsfordeler (reduksjon av overtid/innleie) ved en annen lokasjon. I andre tilfeller kan en planlagt flytting eller økning i elektiv virksomhet resultere i ikke-optimal drift for våre enheter og gi økte kostnader. Der dette er tilfelle må klinikken vurdere internfakturering som en kompensasjon for dette.

Tiltakene vil bli gjennomført i linjen i avdelingene og seksjonene. I tillegg er mange av tiltakene avhengig av samarbeid og koordinering på tvers av klinikkene og krever overordnet styring på sykehuset. Flere tiltak krever felles regler og retningslinjer for hele OUS. Klinikken etterspør at dette samordnes av sykehusledelsen.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Avtalene i klinikken er gjennomgått med alle avdelinger. De fleste avtalene er avviklet eller under avvikling. Klinikken har valgt som strategi å beholde to typer avtaler:

- Kompensasjon for høy nattevaktsandel i stillingen
- Kompensasjon for å jobbe oftere enn hver tredje helg

Disse avtalene bidrar til å dekke ubekvem arbeidstid i stedet for at leie inn byråvakter eller bruke overtid som gir høyere kostnader og økt belastning på personalet.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Avdelingene melder tilbake at det er et høyt fokus på å minimere forbruk og foreta korrekte innkjøp. Det skal ikke kjøpes til lager (hamstring). Våre varekostnader henger sammen med aktivitet og for mange avdelinger kreves det et tett samarbeid med legene for å ha riktige varer tilgjengelig.

Mange av klinikkens avdelinger er aktive deltakere i anbudsarbeidene i Helse Sør-Øst. Det arbeides også internt med spesifikke avtaler for eksempel med endring av avtale for NO gass, som vil gi betydelige innsparinger.

Klinikken har dialog med innkjøp rundt problematikken rundt oppdatering av avtaleprodukter og – priser i innkjøpssystemene. 3 ulike innkjøpssystemer og 3 ulike fakturasystemer kompliserer oppdatering av nye avtaler og priser. Dette betyr at det handles inn på gamle avtaler til for høye priser. Dette har konsekvenser for driftsøkonomien til avdelingene og klinikken.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Klinikken har fokus på å heve innkjøpskompetansen internt og har fokus på færrest mulig med innkjøpsfullmakter med seksjonsleder som anviser. Dagens situasjon med 3 innkjøps- og 3 fakturasystemer gjør at antallet fullmakter må være langt høyere enn ønskelig, ikke minst fordi det må være tilstrekkelig fullmakter for å drifte effektivt også i ferier/fravær. Imidlertid er det pt. et fokus på å ha nok fullmakter ved Aker slik at ikke bestillinger og fakturaflyten stoppes opp i forhold til behov for pasientbehandlingen.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Ikke aktuelt

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Det har vært en gjennomgang av ansvar i forhold til prehospitaltjenester i Asker og Bærum. Innstilling er oversendt Helse Sør-Øst, og vi venter på avklaring. Tilsvarende er det enighet om å gjennomgå ansvar for prehospitaltjenester innenfor Ahus sitt opptaksområde. Frist for arbeidet er første kvartal 2012.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Alle konsekvenser av samhandlingsreformen er ikke avklart for Prehospitaltjenester p.t. Vi frykter imidlertid at denne vil kunne medføre kortere sykehusopphold, men med større grad av behov for ambulansetransport ved hjemreise samt økt antall reinnleggelser og kontroller på sykehus. Dette vil i så fall kunne øke antall transporter fra prehospitaltjenester – noe som vil ha direkte innvirkning på kostnader.

Deltagelse i prosjekter i forhold til å kanalisere pasienter til riktig nivå, bl.a. sammen med Oslo kommunale legevakt (LEAN) samt riktig bruk av prehospitale tjenester i hele området generelt. I den anledning har vi invitert alle legevaktene i Oslo og Akershus samt de største sykehusene til møte 28.11.2011. Hensikten med møtet er bevisstgjøring samt vurdere/fastsette nye pasientlinjer hvor vi søker å redusere antall ambulanseoppdrag samt å ha større fokus på taxi som alternativ til ambulanse. Videre at legevaktene i større grad vurderer hjembesøk av lege som alternativ til å transportere eldre pasienter inn til legevakt (særlig sykehjem og omsorgsboliger).

I tillegg til prehospitale tjenesters fokus på effektiv drift og riktig utnyttelse av ressursene er kostnadene initiert av driftsformer/rekvireringspraksis på legevakter. En reduksjon i antall rekvireringer (taxi og ambulanse) vil medføre reduserte kostnader. Vi er helt avhengig av ”å få alle aktører på banen.” Her ligger store muligheter, men også risiko dersom vi ikke lykkes i å få nødvendig engasjement.

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

De foreslåtte virkemidlene fra avdelingene er ikke tilstrekkelig for å sikre styring ihht budsjettforutsetningene, jfr. punkt 1a, sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp. Klinikken har en utfordring på 140 mnok, 55 mnok på PhS og 85 mnok på resten av klinikken. De foreslåtte tiltakene utgjør 54 mnok. Restutfordringen utgjør 86 mnok. Klinikken har lovpålagt forpliktelse for øyeblikkelig hjelp og vil derfor søke mulighet for løsning av budsjettutfordringen i reduksjon i elektiv virksomhet (redusere tilbudet for elektiv aktivitet på operasjonsstuer og redusere antall ambulanser for ordinære oppdrag). En samlet utflytting av all øyeblikkelig hjelp fra Aker i løpet av 2012 vil i tillegg ha en stor økonomisk effekt. En slik utflytting må imidlertid gjøres koordinert og samlet og forutsetter adekvate sengearealer ved Ullevål for å håndtere pasientmassen. Realisering av en slik flytting forutsetter i tillegg at vi lykkes med omleggingen av driften ved Aker til en samhandlingsarena i nært samarbeid med Oslo kommune.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert (med restutfordring på 86 millioner)

Det presiseres at denne risikovurderingen er gjort basert på de tiltakene vi har skissert som mulige. Restutfordringen i prehospitale tjenester og i resten av klinikken (spesielt PO/intensivavdelingen) med en betydelig aktivitetsøkning og underfinansiering har vi ikke identifisert tiltak for.

Risiko i pasientsikkerhet og kvalitet

Samling av ø-hjelp vil øke risiko for behandlingskvaliteten i mottaksfunksjonene i hele perioden frem til nytt Akuttbygg er ferdig. Reduksjon av samlet kapasitet i mottaksfunksjon innebærer en risiko for kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen med mindre den følges opp av en tilsvarende forbedring i logistikk og pasientflyt samt et godt avtagerapparat, spesielt i Medisinsk klinikk (sengekapasitet).

Avvikling og overføring av intensivfunksjoner fra Aker til Ullevål innebærer også en kapasitets/kvalitets utfordring ved aktivitetstopper i OUS samlet.

Risiko arbeidsmiljø

Kapasitetsutfordringer og krav til fleksibel bruk av bemanning i forhold til varierende ø-hjelpsaktivitet medfører økt risiko for arbeidsmiljøet, spesielt med tanke på forutsigbarhet og øket arbeidspress. I tillegg anses arbeidsmiljøet å være preget av usikkerhet grunnet den krevende samlede situasjonen sykehuset er i for tiden grunnet omstillingen.

Arbeidsbelastningen ved PO/intensivavdelingen er stor og verneombud har kommet med bekymringsmeldinger vedrørende dette. Tilsvarende er det uro og usikkerhet blant deler av de ansatte ved Aker som har levd under usikkerhet når det gjelder iverksettelse av overføringen av øyeblikkelig hjelp. En viktig faktor for å redusere denne usikkerheten er at det kommer en helhetlig plan med faste datoer for når dette skjer.

Risiko omdømme

Summen av de forhold som inngår i pasientsikkerhet og kvalitet vil utgjøre en risiko for sykehusets omdømme.

Klinikk	Klinikk for Diagnostikk og Intervensjon - KDI
---------	---

1. Nøkkeltall for klinikken

Brutto årsverk november 2011 ²¹	1878
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	1788
Behov for reduksjon	90

År	2011	2012
Estimert antall DRG poeng ²²		
Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ²³		
Estimert antall opphold		
Antall senger i klinikken		

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

Avdeling	Brutto årsverk ¹ november 2011	Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012	Teknisk Behov for reduksjon
RADIOLOGI OG NUKLEÆR	634	594	40
MEDISINSK BIOKJEMI	416	388	28
MEDISINSK GENETIKK	124	128	-4
MIKROBIOLOGI	167	157	10
IMMUNOLOGI	213	201	12
PATOLOGI	245	230	15
INTERVENSJONSSENTERET	41	41	-
FARMAKOLOGI	21	16	5
ADMINISTRASJONEN	17	17	-
RESERVE / IKKE FORDELT	-	17	-17
SUM	1 878	1 788	90

Rammer og utfordringer er konkretisert som nedtrekk av årsverk og fordelt på ut på avdelingene. Tabellen viser teknisk beregnede årsverk ut fra snitt pris pr. årsverk

Avdelingene er i uke 45 i ferd med å ferdigstille sitt detaljbudsjett og detaljere sine tiltak for å møte utfordringene for budsjett 2012. Rammeforutsetninger er i klinikken fordelt avdeling etter historiske rammer med noen omprioriteringer mellom avdelingene. "Brutto årsverk¹ innenfor budsjett 2012" er teknisk beregnet, hvor lønnsandel (ca 70 %) av budsjettutfordring skal løses gjennom uttak av årsverk, beregnet ut fra en gj.snitt kostnad pr årsverk. Dette blir på enkelte avdelinger noe misvisende, da noen effektiviseringstiltak inneholder større andeler andre driftskostnader, eller lønnsbestandene ikke utgjør brutto årsverk. Eksempelvis vil avvikling av kveldspoliklinikk på radiologi gi en besparelse i kroner, men ikke i årsverk.

²¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

²² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

²³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Teknisk behov for reduksjon er dermed ikke nødvendigvis antall stillinger avdelingen skal ned med.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012	Effekt på antall årsverk	Økonomisk effekt (mill)
Bemanningsstilpassning/omstrukt.: ARN/MBK/PAT/MIK	39	24
Lab.automasjon/omstrukturering lab.: MBK/MIK/IMM	5	10
Avvikling akuttmottak Aker fra 01.03.12 – MBK/ARN	11	7
Avvikling kveldspol.: ARN	-4	10
Red.aktivitet OUS - ARN/PAT/MBK/IMM/MIK	14	17
Sum 5 viktigste virkemidler	65	67

Klinikken gjennomførte innplassering i juli 2011, dette var før ny avdelingsstruktur og organisasjon var ordentlig innarbeidet, og flere av avdelingens tiltaksplaner ble ikke innarbeidet i nye bemanningsplaner. De store avdelingene går nå gjennom driften sin for å gjøre nødvendige bemanningstilpassninger, det er utarbeidet detaljerte tiltak som vil bli innarbeidet i budsjett og oppdatert i bemanningsplaner. Klinikken jobber også med å ta ut effekter innen automasjon og omstruktureringer av lab. som er gjort i løpet av 2011, men som av ulike årsaker ikke gi full effekt før 2012. Klinikken bruker mye resurser på opprettholdelse av døgnvakt på Aker, ved bortfall av akuttvirksomheten vil klinikken kunne ta ut disse vaktkostnadene. I budsjettet forutsettes akuttmottaket å avviklet innen 01.04.12. MBK må opprettholde noe vaktvirksomhet etter dette, men forutsetter å avvikle dette innen 01.09.11. Klinikken vil også avvikle stykkprisbetalt kveldskjøring på radiologi, avtaler er sagt opp med effekt fra 01.01.12. Kveldskjøringen vil bli erstattet av dagarbeid. Flere av tiltakene forutsetter at sykehuset går noe ned på forbruk av KDI's tjenester, dette er i samsvar med ønsker fra ledergruppen i OUS.

Klinikkens største detaljerte tiltak utgjør som vist over 65 årsverk og 67 mnok i tillegg har klinikken en rekke mindre tiltak som utredes. Da det gjenstår en del kvalitetssikring av tiltakene, og hensyntatt historisk tiltaksoppnåelse, vurderer klinikken å ha en restutfordring på 15-20 mnok.

Klinikken har flere områder hvor investering i automasjon vil gi store gevinster. Spesielt gjelder dette på enkelte av labbene hvor tungt manuelt og bemanningsintensivt arbeid kan erstattes av automatisering, med store arbeidsmiljømessige og økonomiske gevinster. KDI ønsker at sykehuset velger å prioritere noe av de 1,5mrd som er tenkt brukt til omstilling også blir brukt til modernisering/automasjon av utstyrsark for å kunne få en mer effektiv drift.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Alle kveldspoliklinkkordninger (produktivitetsavtaler) for radiologer og radiografer blir avviklet per 31. desember 2011, utbetalinger til kvelds.pol i 2011 anslås til 23mnok inkl sos.avgifter, nettoeffekten er noe lavere da dette må konverteres til dag arbeidstid. Øvrige avtaler gjennomgås p.t. og tas opp til vurdering i samråd med leder for arbeidsgiverpolitisk seksjon medio november.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Det jobbes aktivt med å redusere varekostnader og andre kostnader. Enkelte lab.avdelinger har tidligere jobbet i tett dialog med innkjøp rundt gjennomgang av leverandører og avtaler. Pga redusert kapasitet hos innkjøp og arbeid i forbindelse med flyttinger på avdelinger har dette arbeidet blitt lagt litt på is. Dette vil nå bli tatt opp igjen med fullt fokus, men krever økt kapasitet hos innkjøp. Bedre styringssystemer (LIS), ny oppdatert org.struktur og opplæring/ økt økonomiforståelse gjør det lettere for linjen å følge opp sitt forbruk i 2012. Enkelte tiltak skal gi besparelser på varekostnader, dette vil bli fulgt tett.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Før et felles innkjøp/fakturabehandlingssystem er det vanskelig å begrense antallet med fullmakter. 3 innkjøpssystemer på tversgående avdelinger krever flere som har fullmakter enn hva som hadde vært nødvendig med et system. Klinikken opplever det også vanskelig å rydde i fullmakter pga rot i org.struktur og ingen samlet oversikt over alle fullmakter i de ulike systemene. Dette blir forhåpentligvis bedre i 2012, ettersom eget prosjekt på fullmakter og felles fakturasystem i regi av innkjøp/regnskap er i gang.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Som følge av redusert aktivitet og nedbemanning i samtlige klinikker i OUS forventes det en nedgang i henvisninger fra de andre klinikkene til KDI. Flertallet i OUS-ledermøtet har fremmet ønske om å forsøke en redusere de kliniske avdelingers forbruk av radiologi og laboratorietjenester med 5 % mot 2011 nivå. Klinikken må da gå i dialog med de største brukerne for å begrense bruken. Til å understøtte dette arbeidet vil en kunne bruke LIS som styringssystem for radiologibruk, og forhåpentligvis etter hvert også LIS som styringssystem for å styre forbruket av lab.tjenester. Det foreligger enda ikke noe vedtak i ledermøte om en slik reduksjon og diskusjonene pågår fortsatt. KDI må med dagens rammeforutsetninger ned i aktivitet for å kunne overholde budsjetttrammene.

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

Legevakten:

KDI har ansvaret for de radiologiske tjenester og laboratorietjenester i tilknytning til pasienter som oppsøker Oslo kommunale Legevakt, dette gjelder både almenndelen og skadedelen.

Mobile radiologiske tjenester:

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (KDI) har ansvaret for å bemanne og drifte de mobile tjenestene til kommunens sykehjem. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom OUS og Oslo kommune.

Tolkning av rtg thorax av asylsøkere:

Oslo kommune har ansvaret for at alle asylsøkere som kommer til Oslo undersøkes for tegn på tuberkulose. Bildene sendes til OUS og KDI (Avd. for radiologi og nukleærmedisin) for radiologisk tolkning. Denne tjenesten har i dag en noe uklar finansiering. Før fusjonen (OUS) lå dette i rammeavtalen mellom Ullevål universitetssykehus og Oslo kommune.

Tolkning av røntgenbilder i forbindelse med aldersbestemmelse av barn (rtg håndrot):

Ved tvil om alder på unge asylsøkere taes det en rtg. undersøkelse av pasientens hånd, hensikten er å kunne anslå alder ut ifra skjelett-utvikling. Tjenesten er fullfinansiert via UDI.

Undersøkelse på latent tbc-infeksjon:

Det er etablert en ordning hvor KDI utfører prøvetaking og analysering av denne spesialundersøkelsen (IGRA –testing).

Blodbuss:

Blodbanken i Oslo har siden 2009 hatt en blodbuss for oppsøkende blodtapping. Ønsker å se på bruk av blodbussen i budsjett 2012. Har allerede et tett samarbeid med A-hus om utlån av bussen. Drifning av bussen er dyrt og vi ønsker å se på om dette er en fornuftig resursbruk.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

På grunn av et stort behov for radiologiske tjenester og for liten kapasitet i OUS, arbeides det opp mot flere andre foretak i regionen for å få overført kontroller av kreftpasienter til pasientens lokalsykehus. Det arbeides med å sikre god kvalitet på denne tjenesten bla ved å sikre at undersøkelsene utføres etter samme protokoller som de ville ha blitt gjort ved OUS. Arbeidet med dette vil intensiveres i 2012.

Det har over flere tiår blitt etablert en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom laboratoriene ved Lovisenberg og Diakonhjemmet og laboratoriene ved OUS. Dette samarbeidet videreføres. For samarbeidet og arbeidsdelingen innen laboratorieområdet med øvrige foretak i HSØ forholder KDI seg til anbefalingene fra arbeidsgruppene nedsatt av Fagrådet for medisinske støttedfunksjoner.

I henhold til Fagrådets anbefalinger bør man innen farmakologi satse på en forsterket regionsavdeling ved OUS, med nettverksbasert rådgivningsfunksjon i forhold til aktivitet ved områdesykehusene. Laboratoriene ved klinisk farmakologi ved OUS bør rustes opp slik at OUS kan fungere som et kompetansesenter for klinisk farmakologi i regionen. For å ivareta denne funksjonen kreves et bredt repertoar av rasjonelle metoder for analyse av legemidler (mtp terapiveiledning), forgiftningsagens (mtp diagnostikk) og rusmidler (bl.a. for oppfølging av LAR-pasienter). En slik opprustning vil på sikt kunne medføre at de klinisk farmakologiske oppgavene i regionen kan løses bedre både mht økonomi og kvalitet, bl.a. ved at færre analyser blir sendt til andre helseregioner og til private laboratorier.

Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Generelt vil økt bruk av sykehusets laboratorier gir bedre grunnlag for samhandling, laboratoriefagene har god kapasitet og OUS ønsker flere prøver fra primærhelsetjenesten. Når det gjelder radiologiske tjenester er imidlertid situasjonen en helt annen. Den dårlige kapasiteten har ført til at Avdeling for radiologi og nukleærmedisin ikke har kunnet ta imot andre pasienter enn pasienter som har vært henvist fra sykehusets egen poliklinikk. Denne praksisen har det kommet sterke innvendinger mot fra fastlegene i Oslo. Det anbefales en oppmykning av denne praksisen ved at pasienter som tidligere har vært behandlet for kreft i OUS får en enklere adgang til radiologiske undersøkelser ved sykehuset hvis det er mistanke om at det har oppstått ny kreft.

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken har hittil ikke en endelig oversikt over planlagt kostnadsbilde 2012 på detaljnivå, eller endelig detaljert tiltaksplan. Prognoser og foreløpige beregninger antyder en restutfordring på 15-20 mnok. Klinikken tror at en skal kunne redusere gapet noe under kvalitetssikring av foreløpige budsjetter og tiltak.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

- Pasientsikkerheten under behandling,
 - Behandlingskvaliteten: Diagnostikk kvaliteten vil opprettholdes
 - faren for svikt i diagnostisk tilbud: Liten
 - brudd på pasientrettigheter: Moderat risiko

- Aktivitetsnivå
 - Fristbrudd: Flaskehals i diagnostisk tilbud kan forårsake fristbrudd
 - gjennomføring av lovpålagte tjenester. Prioriteres.
 - gjennomføring av øvrige tjenester: Reduseres noe
 - antall pasienter til diagnostikk: 5% reduksjon

- Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)
 - tilrettelagt arbeidsforhold: moderat risiko
 - faren for svikt og skader: lav
 - overholdelse av lovavtaler: lav risiko for svikt

- Omdømme
 - Kvalitet: for pasienter som er kommet under behandling: lav risiko
 - Fagomdømme: lav risiko
 - Ventetider for ikke-rettighetspasienter vil øke – moderat risiko på omdømme

Klinikk	Oslo sykehusservice - OSS
---------	---------------------------

1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto månedsverk november 2011 ²⁴	1717
Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹	1500
Behov for reduksjon i årsverk	Ca 250

	År	2011
Antall middager		790.000
Antall portør oppdrag		520.000
Antall tonn tekstiler		3.700

2. Oppsummering av de detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjettkrav for 2012 ved klinikken

Innledning

Etter en reell kostnadsreduksjon i 2010 på om lag 100mnok, hadde Oslo sykehusservice en utgangspunkt av 2010 på ca negative 38mnok. For 2011 og 2012 har Oslo sykehusservice fått redusert sin ramme med ytterligere 234mnok. Av dette utgjorde nedtrekk knyttet til overføring av aktivitet til A-hus og Vestre Viken 204mnok. Oslo sykehusservice har funnet en beregningsfeil i modellen for fordeling av nedtrekket knyttet til A-hus og Vestre Viken. Beregningsfeilen reduserer Oslo sykehusservice sine rammer med ca 51mnok for mye, eller ca 100 årsverk. Oslo sykehusservice er i dialog med økonomidirektørens stab med å korrigere denne feilen.

For 2012 har Oslo sykehusservice fått skjerpet sitt styringsmål med 76 millioner kroner i forhold til 2011. Av sykehusets enheters totale negative styringsmål for 2012 på 100mnok er kun 24 % fordelt til Oslos sykehusservice. Til sammenligning har Oslo sykehusservice ca 60 % av sykehusets ulempekostnader på Aker. Denne skjevheten er påpekt og Oslo sykehusservice har argumentert for et vesentlig høyere negativt styringsmål.

Kombinasjonen av elementene over tilsier at Oslos sykehusservice får korrigert opp sin budsjetttramme med 51mnok

Konsekvensen av at rammereduksjon og styringsmål opprettholdes vil være at Oslo sykehusservice må redusere sine oppgaver med 125mnok fra 2011 til 2012. Dette vil i all hovedsak måtte tas med reduserte årsverk. Konkret er konsekvensen at Oslo sykehusservice må redusere sin bemanning med ca 14 % mens klinikkene som skal ha støtte fra Oslo sykehusservice skal ned i underkant av 5 % bemanning. Oslo sykehusservice mener opprettholdelse av rammer og styringsmål vil få uønskede konsekvenser for pasientbehandlingen. Det minnes om at hoveddelen av bemanningen i Oslo sykehusservice er

²⁴ Eksklusive eksternt finansierte stillinger

transportører, portører, renholdere, kjøkkenmedarbeidere, og annet relativt pasientnært personell.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

Virksomhetsområde	Brutto månedsværk november 2011	Brutto årsværk 2011 (snitt jan-des)	Brutto årsværk ¹ innenfor budsjett 2012	Behov for reduksjon*
Eiendom	184	187	161	27
Innkjøp og logistikk (portører og transportører)	268	287	246	41
Intern service (renholdere, kjøkkenmedarbeidere, vakt, etc.)	907	939	806	133
Administrative fellesfunksjoner (regnskap, arkiver, aktivitetsanalyser, personalforvaltning, etc.)	199	198	172	26
Medisinsk teknologisk	80	81	69	12
Komparativ medisin (dyrestall for forskningsdyr)	21	21	19	3
Arbeidsmiljøavdeling	24	25	21	4
Smittevern og sykehus hygiene	20	19	16	3
Stab	13	14	12	2
SUM	1717	1775	1525	250

*Behov for reduksjon er beregnet ut fra snitt ressursbruk i 2011 som er 1775 brutto årsværk (og som tilsvarer brutto månedsværk i oktober 2011)

Enkelte enheters behov for reduksjon vil justeres ihht negative og positive resultatavvik for 2011. Enheter med negative resultatavvik vil kunne måtte ta ytterligere nedbemanning, mens enheter med positive avvik vil kunne redusere sine behov for nedbemanning.

Noen enheter vil redusere serviceavtaler (på bygg og medisinskteknisk utstyr) fremfor å redusere egen bemanning ihht behov for reduksjon.

Fordeling av bemanningsreduksjonene på nivå 3

Det er beregnet et behov for å redusere bemanning fra nivå oktober 2011 med 250 årsværk. Dette følger av reduserte rammer og skjerpet innsparingskrav på totalt 95mnok og negativt resultat for 2011 på 30mnok.

250 årsværk er fordelt jevnt ut på virksomhetsområdene. Det har ikke vært ønskelig med ”bruk av ostehøvel”, samtidig har ikke Oslo sykehusservice klart å komme frem til annen mer selektiv fordeling når det er snakk om en såpass omfattende nedskjæring.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Oslo Sykehusservice sin hovedstrategi vil være effektivisering knyttet til prosessforbedring, organisatoriske endringer og investeringer. Gevinster knyttet til dette vil møte om lag halve utfordringen. Det vil ikke bli budsjettert med flere årsverk enn det rammene gir rom for. Konkret innebærer dette en nedbemanning av ansatte i Oslo sykehusservice.

3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Har særavtaler som blir videreført, liten innvirkning på budsjett.

4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader

Alle vare- og driftskostnader vil bli vurdert, men det forventes ikke særlige reduksjoner i disse. Eksterne inntekter vil også bli vurdert.

Oslos sykehusservice forvalter vesentlige vare- og driftskostnader på vegne av sykehuset. Totalt utgjør disse ca 1 milliard kroner. Oslo sykehusservice er blitt bedt om å redegjøre for hvilke kostnader som ligger i ”milliarden” og hva som gjøres for å redusere denne. Flere av kostnadene påvirkes av Oslos sykehusservice i mindre grad. De største vare og driftskostnader blir kort beskrevet nedenfor.

Ca 260 millioner går til energi, her vil ytterligere energieffektiviserende tiltak vurderes. Dette vil kunne kreve investeringsmidler, kapasitet i bemanningen til eiendomsområdet, samt holdingskampanjer rettet mot de ansatte på sykehuset. Investeringsmidler er en knapphet, kapasitet i bemanning hos eiendom vil bli redusert, holdinger hos sykehusets ansatte kan ikke kontrolleres kun påvirkes av Oslo sykehusservice. For øvrig vil mer moderne og tekniske bygg og mer moderne medisinskteknisk utstyr øke energiforbruket i fremtiden.

Ca 130mnok går til Serviceavtaler og vedlikehold på bygg. Avtaler kan og vil bli reforhandlet, og avtaledekning kan optimaliseres og/eller vurderes. Dette krever personalressurser fra Innkjøp og fra Eiendom, noe som er en knapphet som vil bli ytterligere begrenset i 2012. For øvrig tilsier standarden på bygningsmassen at det har vært uheldig at denne posten har vært salderingspost ved tidligere kutt på sykehuset. Dette understøttes av Arbeidstilsynets rapport.

Ca 90mnok går til Serviceavtaler og vedlikehold medisinskteknisk utstyr. Avtaler kan og vil bli reforhandlet, og avtaledekning kan optimaliseres og/eller vurderes. Dette krever personalressurser fra Medisinsk teknologisk virksomhetsområde. For øvrig tilsier standarden på det medisinsktekniske utstyret (nå en snittlevetid på over 10år) at det vil være uheldig at denne posten blir salderingspost ved kutt på sykehuset. Det vil likevel bli kuttet i denne posten fremfor å redusere egen bemanning hvis kompetanse har tatt år å bygge opp. Videre vil nyanskaffet mer moderne utstyr kreve dyrere serviceavtaler. Dette er en kostnad som vil øke med årene på lik linje med IKT kostnader.

Ca 75mnok går til Helse Sør-Øst RHF ved Sykehuspartner for lønnskjøring og andre transaksjonstunge HR-prosesser. Dette påvirkes av antall ansatte ved sykehuset, noe Oslo sykehusservice ikke kontrollerer (nedbemanning i sykehuset i 2012 vil ikke føre til reduserte kostnader fra Sykehuspartner før i 2013).

Ca 75mnok går til matvarer. Her kan svinn reduseres. Krever gjennomføring av vedtatte investeringer knyttet til nytt kjøkkenkonsept (går bort fra brettservering). Dette ligger for

øvrige inne som tiltak. Dersom tiltaket ikke gjennomføres så øker utfordringen. Det kan måtte bli aktuelt å vurdere måltidene og råvaresammensetning.

Ca 60 mnok går til leie av bygg. Av dette er drøye ca 20 millioner husleie til våre egne AS (Barnehagebygg og Parkeringsanlegg). Bortfall av husleiekostnaden vil tilsi tilsvarende bortfall av inntekter. Det vil for øvrig bli vurdert fastrente på lån noe som vil redusere et AS sin rentekostnad, og som da kan redusere leien noe.

Ca 30mnok knytter seg til ca 16.000m2 kontorlokaler i Forskningsveien 2. Dette er avtaler som løper i 5 år og som var et strategisk valg sykehuset tok i 2010. Lokalene bidro til å samle administrative tjenester i ett bygg. Ca 10mnok knytter seg til øvrige leieavtaler. Disse reduseres med 2,5mnok i 2012 som følge av salg av leiligheter. Husleieinntekter vil reduseres, men ikke tilsvarende. 3mnok knytter seg til Hudavdelingen/Villa Derma. Det foreligger ikke planer om å si opp denne avtalen. De øvrige avtalene knytter seg til modulbygg (brakker). Disse kan først flyttes ut fra dersom det finnes alternative lokaler innefor egen eksisterende bygningsmasse. Avtaler som kan avsluttes vil bli vurdert avsluttet dersom aktivitet kan flyttes inn i egen eiendomsmasse. Det kan likevel være hensiktsmessig heller å prioritere ”lukking og slukking” av egne bygg for forberedning av sanering, dersom det skulle være konflikt mellom disse to hensynene.

Ca 40mnok går til drift av sykehotell på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Avtale med ekstern drifter løper. Det er tilsvarende inntekter fra drifter og gjester (fra egen og andre helseregioner).

Ca 35mnok går til eksternt vaskeri, samt driftskostnader i eget vaskeri. Eget vaskeri har gammel ineffektiv utstyrspark og bruker kapasiteten fullt ut. Større investeringer er ikke planlagt (lokalene står der hvor fremtidig nybygg er tenkt). Avtale med eksternt vaskeri løper. Volumet knyttet til tekstiler knytter seg til aktivitetsnivået på sykehuset, type aktivitet (inneliggende / dagbehandling), og antall ansatt helsepersonell. Dette er faktorer som ikke styres av Oslo sykehusservice. Standardisering av ansattøy vil bidra til optimalisering av vask og forsyning av tekstiler, men i første omgang vil standardisering av ansattøy være en økt kostnad i det en kjøper inn nytt tøy for å fase ut gammelt tøy.

Ca 30mnok går til kommunale avgifter (vann og avløp). Forbruk antas ikke å bli redusert mer enn aktiviteten reduseres.

Ca 20mnok går til behandlingshjelpemidler. Her ses det på muligheter for å begrense hamstring av hjelpemidler hjemme hos pasient. Gevinst knyttet til resirkulering av gammelt utstyr er hentet ut (bidrar til økte kostnader på driftsbudsjettet, men reduserte kostnader på investeringsbudsjettet). Resultatet er netto kostnadsreduksjon.

Ca 15mnok går til forsikringer av bygg og utstyr. Avtalen er en Helse Sør-Øst avtale. Kostnadene kan gå ned ved reduserte arealer. For øvrig vil nye moderne bygg som erstatter gamle bygg øke forsikringskostnaden sammen med økt verdi av bygningsmassen.

Ca 15mnok går til porto. Det har vært vurdert å benytte B-post i stedet for A-post som standard. Dette vil kunne ha uheldige effekter ved innkalling av pasienter. Muligheter vil bli vurdert. For øvrig vil redusert aktivitet vil redusere innkallinger. Det er ikke forventet vesentlig reduksjon i aktivitet fra 2011 til 2012.

Oppsummering:

Alle vare- og driftskostnader vil bli vurdert, men det forventes ikke signifikante reduksjoner i disse.

5. Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det vil bli jobbet med å begrense antall personer med innkjøpsfullmakter og å sørge for god kompetanse blant de som innehar fullmakter.

6. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Eventuelle endringer i det i det medisinske tilbudet i klinikkene fra 2011 til 2012 vil kunne påvirke behov for støtte fra og økonomien til Oslo sykehusservice

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Det er vurdert at det er identifisert virkemidler som møter om lag halve utfordringen på 125mnok eller 250 årsverk. Det vil si at det mangler virkemidler for om lag 60mnok eller 125 årsverk.

Dersom styringsmålet til Oslo sykehusservice opprettholdes som et krav for 2012 så må tjenester kuttes betydelig. Oslo sykehusservice kan ikke se at dette ikke vil få uønskede konsekvenser for pasientbehandlingen dersom det gjennomføres. Det minnes om at hoveddelen av bemanningen i Oslo sykehusservice er transportører, portører, renholdere, kjøkkenmedarbeidere, og annet relativt pasientnært personell. Konsekvenser på ulike områder er ytterligere beskrevet ovenfor under punkt 2b.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Det mangler effektiviseringstiltak for om lag 125 årsverk. Dersom budsjetttrammer og styringskrav til Oslo sykehusservice opprettholdelse vil dette måtte tas som rene kutt i bemanning uten tilsvarende reduksjoner i somatisk aktivitet på sykehuset, uten tilsvarende reduksjon i forskningsaktivitet på sykehuset, uten tilsvarende reduksjoner i volum på innkjøp på sykehuset, uten tilsvarende reduksjoner i bemanning på sykehuset, uten tilsvarende reduksjoner i bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr.

Dette vil kunne innebære lenger ventetid på flytting av pasienter, lenger klargjøringstid (renhold) av operasjonssaler, redusert renhold utover norm, mindre spennende pasientmat (mat som en del av behandlingen), mindre oppfølging/analyse/ kvalitetssikring av aktivitetstall (reduerte inntekter), mindre støtte til innkjøpsprosesser, mindre støtte til forhandling av innkjøpsavtaler, mindre oppfølging av innkjøpsområdet (avtalelojalitet, statistikk, økning i erstatningssaker, etc.), mindre vedlikehold av bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr (økt risiko for nedetid, og etter hvert økt behov for investeringer), redusert kapasitet til å følge opp HMS-lover, redusert kapasitet til å følge opp avvik påpekt av Arbeidstilsynet og Direktorat for Samfunnsikkerhet og Beredskap, redusert kapasitet til å følge opp og støtte omstillingsprosjekter/arealutvikling, redusert kapasitet med tanke på forskningsdyr til forskning.

De negative effektene vil bli forsøkt redusert til et minimum, men de negative konsekvensene må likevel forventes å bli betydelige når rammeforutsetningene forutsetter vesentlig høyere nedbemanning i Oslo sykehusservice enn i de øvrige enhetene som skal støttes av Oslos

sykehusservice.

OSS ser for seg at dersom budsjettforutsetningene for 2012 skal etterleves kan det føre til at klinikkene får redusert bistand på de fleste områder. Oslo sykehusservice blir en enhet som ikke leverer det klinikkene har behov for og etterspør. Manglende leveranse fra Oslo sykehusservice medfører at klinikkene selv må utføre tjenestene. Behovet for tjenestene blir ikke borte. Oppgaver og kostnader flyttes internt i sykehuset.

Oslo sykehusservice mener opprettholdelse av rammer og styringsmål vil få negative konsekvenser for pasientbehandlingen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

- Vedlegg
- I. Tabeller:
 - 1. Foreløpig inntektsramme 2012
 - 2. Foreløpig aktivitetsmål 2012
 - 3. Foreløpig resultatbudsjett 2012
 - 4. Foreløpig rammetildeling til klinikkene 2012
 - 5. Nasjonale kompetansetjenester 2012
 - 6. Foreløpig kontantstrøm og balanse 2012
 - II. Status for budsjett for klinikkene (leveranse fra klinikkene)
-

**SAK 130/2011: ORIENTERINGSSAK
BUDSJETT 2012**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar orienteringen om arbeidet med budsjett 2012 til orientering.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

1. Sammendrag

Timeplan og opplegget for arbeidet med budsjett 2012 ble redegjort for i styresak 71/2011. Styret ble videre informert om arbeidet med budsjett 2012 for Oslo universitetssykehus HF i styresakene 90, 100 og 114. Formålet med denne styresaken er å gi styret en oppdatert status for arbeidet med budsjett for 2012 for Oslo universitetssykehus HF.

Inntektsforutsetningene i arbeidet med budsjett 2012 er basert på foreløpige tildelinger fra Helse Sør-Øst RHF mottatt 1. november 2011. Styret i Helse Sør-Øst RHF skal behandle budsjett 2012 på styremøte torsdag 17. november (sak 078-2011 Mål og budsjett 2012). Denne styresaken ble fullført før vedtakene fra dette styremøtet forelå. I tilfelle at styret i Helse Sør-Øst RHF fatter vedtak som endrer prioriteringer, inntektsforutsetninger mv for Oslo universitetssykehus HF vesentlig vil det bli orientert om det på styremøtet 24. november.

2. Tidligere vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF

Ved behandling av styresak 114/2011 vedtok styret:

Enstemmig vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om fremdrift i arbeidet med budsjett 2012 til orientering.*
2. *Styret viser til brev av 21. oktober d.å. fra helse Sør-Øst RHF og ber administrerende direktør legge til grunn et resultatmål på –400 mill kroner eller bedre for budsjett 2012.*
3. *Det vises til uavklarte punkter i rammefinansieringen fremlagt i saken. Styret ber administrerende direktør avklare dette med Helse Sør-Øst RHF.*

3. Administrerende direktørs vurdering

Formålet med denne styresaken er å gi styret en oppdatert status for arbeidet med budsjett 2012. Det er lagt vekt på å gi en så ajourført og så direkte beskrivelse av status som mulig, herunder særlig klinikkens egne forberedelser i forhold til de rammene som foreligger for 2012.

Administrerende direktør konstaterer at det har blitt arbeidet omfattende og grundig med budsjettet for 2012. Klinikken har lagt ned betydelig arbeid i dette, noe som blant annet framkommer av vedlegg II. I tillegg er det arbeidet på tilsvarende måte nedover i klinikkene, og administrerende direktør har mottatt tilsvarende oversikter for de enkelte avdelingene innenfor klinikkene.

Administrerende direktør understreker at driftssituasjonen for 2012 vil være usedvanlig krevende. Den økonomiske utfordringen på driftsbudsjettet er anslått til å være i størrelsen 7-800 mill kroner i krav til reelle kostnadsreduksjoner. Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om en aktivitet som reelt sett gir om lag uendrede tilbud i forhold til befolkningen.

Administrerende direktør vil understreke at den gjennomgangen som nå gis til styret er en under-veisrapportering. Ingen sider ved budsjett 2012 er på dette tidspunkt endelig fastsatt selv om det må antas at hovedtallene på foretaksnivå ikke blir vesentlig endret. Det gjenstår

imidlertid en ytterligere presisering av den interne fordelingen av aktivitetskravene, budsjetttrammene og fornyet vurdering av både tverrgående og klinikkspesifikke virkemidler. På dette tidspunkt foreligger det imidlertid ikke tilstrekkelig med kvalitetssikrede og gjennomførbare tiltak som sikrer gjennomføring av de målene som er blitt satt av Helse Sør-Øst RHF innenfor foreliggende budsjetttrammer.

Når det gjelder investeringer konstaterer administrerende direktør at beslutningen i statsbudsjettet for 2012 om å avsette i alt 1500 mill kroner til omstillingsinvesteringer 2010-2013 vil gi betydelig økt forutsigbarhet. Videre ligger det an til at foretakets behov innenfor kliniske informasjonssystemer vil bli gitt høy regional prioritet. Gjennomføring av disse planene vil lette driften og bedre pasientsikkerheten.

Administrerende direktør har lagt stor vekt på involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer i budsjettprosessen, også utover det som følger av formelle krav til medvirkning. Krav på dette området har vært formidlet i interne skriv, ledermøter mv. Det er administrerende direktørs vurdering at dette har blitt fulgt opp.

4. Faktagrunnlag

4.1 Oppdraget til Oslo universitetssykehus HF for 2012

I sak nr. 078-2011, Mål og budsjett 2012, omtaler Helse Sør-Øst RHF rammer og mål for helseforetakenes virksomhet det kommende år. Punktene 1 og 2 i forslag til vedtak i denne saken lyder som følger:

1. *«Budsjettet for 2012 angir foretaksgruppens rammer og mål for virksomheten det kommende år. Det er styrets ambisjon at budsjettet skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav samt helseforetaksgruppens egne mål, og bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet og dekke regionens "sørge-for" ansvar. Styret legger til grunn at budsjettets forutsetninger følges opp gjennom aktiv ledelse i forhold til å vurdere konsekvenser og at det gjennomføres løpende risikovurdering og risikostyring i tråd med etablerte prinsipper, samt at det sikres god medvirkning fra ansatte og brukere.*
2. *Følgende mål videreføres frem til 2014*
 - *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd*
 - *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3%*
 - *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning*
 - *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet*
 - *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer*

For 2012 setter hvert helseforetak eget resultatmål for de tre første målene. Kompetanseplanlegging skal være en del av oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen. Det forutsetter at foretakene arbeider med utvikling av helhetlige kompetanseutviklingsplaner for virksomheten. Resultatmålene bekreftes i oppdrag og bestilling for 2012 til det enkelte helseforetak. Det må sikres at foretaksgruppen når sine samlede regionale mål for perioden.

For 2012 skal det legges til grunn at ingen pasienter skal vente over 1 år. Dette skal inngå spesifikt i oppfølgingen av helseforetakene.»

I nevnte styresak (Administrerende direktørs anbefalinger/konklusjon) omtales de økonomiske utfordringene i hovedstadsområdet særskilt:

«Den største utfordringen og viktigste premiss for at omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst skal lykkes, er at endringene i hovedstadsområdet gjennomføres i tråd med de vedtak som er fattet. Helseforetakene i hovedstadsområdet, det vil si Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF kan i 2011 samlet sett gå mot et negativt budsjettavvik på omlag 1 mrd. kroner. Situasjonen er forskjellig ved de tre foretakene. Akershus universitetssykehus HF er i ferd med å gjøre driftsmessige tilpasninger for å sikre god pasientflyt, og få på plass den nødvendige spesialistkompetanse. For Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF er det nødvendig å tilpasse ressursinnsatsen til de rammer som stilles til rådighet. Det vil være avgjørende, både for kvaliteten i pasientbehandlingen, for personalmessige forhold og omdømmemessig at de berørte foretakene gjennomfører de fastsatte planer for tilpasning til gjeldende økonomiske rammer, og at dette skjer i god dialog med de ansatte og brukerne. Helse Sør-Øst RHF vil ha stor oppmerksomhet på å få til dette.

Helse Sør-Øst har på ulikt vis bidratt med økonomisk støtte til sykehusene i hovedstadsområdene gjennom lån og tilskudd samt prioritert regionale ressurser innen IKT for å bidra til en raskere forbedring innen overføring av pasientinformasjon mellom sykehusene. Helse Sør-Øst vil videreføre og eventuelt intensivere allerede eksisterende oppfølgingsregimer innen hovedstadsområdet for å følge opp kvalitet, bemanning og drift. Helse- og omsorgsdepartementet vier denne saken stor oppmerksomhet i sin budsjettproposisjon for 2012, og varsler at de vil følge opp både omstillingsprosessen og den økonomiske utviklingen i hovedstadsområdet nøye. Kopi av omtalen av hovedstadsområdet i Prop 1S er lagt ved som uttrykt vedlegg til saken.

Helse Sør-Øst er i ferd med å gjennomføre oppdraget gitt fra Helse - og omsorgsdepartementet i foretaksmøter 30. mai 2007, 17. desember 2007, 24. januar 2008, 5. juni 2008, bekreftet i foretaksmøte 27. november 2008. Helse Sør-Øst er tilfreds med den tette oppfølgingen som er etablert. Dette gjør at Helse - og omsorgsdepartementet til enhver tid er kjent med risikovurderinger og fremdrift for å etablere et godt og modernisert helsetilbud for hovedstaden med de krav som eier stiller til kvalitet og pasientsikkerhet, tilgjengelighet, ivaretagelse av nasjonale funksjoner, etablering av samhandlingsarena Aker og utvikling av forskning og innovasjon.

4.2 Inntekts- og aktivitetsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF

Inntektsrammer mv Oslo universitetssykehus HF for 2012

Vedlegg I-1 gir en oversikt over rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF. Rammetildelingen tar utgangspunkt i tildelt ramme for 2011 og er justert for strukturelle endringer, implementering av inntektsmodell og andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til finansiering av forskning for 2012 vil først bli vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 15. desember 2011.

Oversikten i vedlegg I-1 viser bortfall av omstillingsmidler fra 2011 (225 mill kroner) og overføring av ytterligere 23 mill kroner fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF tilknyttet TSB, som en videreføring av de overføringene som skjedde i 2011 som følge av nye opptaksområder. Videre ble det i 2011 lagt opp til en desentralisering

av LAR-virksomheten (legemiddelassistert rehabilitering) ut fra Oslo universitetssykehus HF til de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. Denne desentraliseringen omfattet i 2011 ikke Akershus universitetssykehus HF, hvor overføringen skjer først fra 2012. Det overføres 22 mill kroner knyttet til dette.

Ut over dette fordeles midler som tidligere har vært sentralt budsjettert på det regionale helseforetaket ut til helseforetakene/sykehusene når det gjelder:

- PET-scanning og screening (Oslo universitetssykehus HF)
- Bruk av pasienthotell ved Oslo universitetssykehus HF

Midlene er fordelt til helseforetakene i henhold til behovskomponenten i inntektsmodellen somatikk. Fra 2012 skal dermed Oslo universitetssykehus HF fakturere de andre helseforetakene for bruk av disse tjenestene.

Effekt av videre implementering av inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF er for Oslo universitetssykehus HF nøytralisert i rammetildelingen gjennom at det er gitt en kompensasjon som tilsvarer det beregnede rammenedtrekket for 2012.

Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF omfatter videreføring av midler tildelt i 2011 til finansiering av økte pensjonskostnader, reduksjon av midler knyttet til Samhandlingsreformen (se pkt 5.3), følgetjeneste for gravide, kompensasjon for ett institusjonsnummer ISF, insentivmidler til psykisk helsevern, nasjonale behandlingstjenester, pasientbibliotek mv.

Videre tildeles Oslo universitetssykehus HF en økt bevilgning 50,7 mill kroner (fordelt totalt 200 mill kroner til foretakene). Det forutsettes som hovedregel av disse midlene ikke skal innarbeides i foretakenes driftsbudsjetter, men skal spares til senere års investeringer, nedbetaling av gjeld og/eller som buffer for resultatrisiko. For Oslo universitetssykehus HF er imidlertid ikke resultatkravet endret i forhold til det som lå til grunn for vedtaket i styret i Oslo universitetssykehus HF 27. oktober. Ved behandling av sak 114/2011 ba styret administrerende direktør avklare uavklarte punkter i rammefinansieringer med Helse Sør-Øst RHF. I uavklarte punkter i rammefinansieringen inngikk blant annet finansiering av prehospitaltjenester, vedlikehold av cochleaimplantater, bløderkirurgi, konsekvenser av ISF-regelverket for 2012 (grupper/vekter). Slik vi forstår rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF skal den økte bevilgningen på 50,7 mill kroner dekke opp for de uavklarte punktene.

Videre foreslår Helse Sør-Øst RHF bevilgning av midler til nye tiltak ved Oslo universitetssykehus HF i 2012:

RASP – regional enhet for spiseforstyrrelser	10,0 mill kroner
Hørsel og psykisk helse, etablering av døgntilbud	3,3 mill kroner
Regional veiviserfunksjon innen habilitering	0,5 mill kroner

For oversikt over nasjonale behandlingstjenester og kompetansetjenester vises til vedlegg I-5.

I forslag til statsbudsjett 2012 er det forventet en gjennomsnittlig lønns- og prisvekst i 2012 på 3,3 pst, hvorav 4,0 pst er lønn og 1,6 pst er pris. Det forventes imidlertid at pensjonskostnadene ikke vil vise en reell økning fra 2011 til 2012, og de regionale helseforetakene er derfor kun kompensert med 3,1 pst lønns- og prisjustering. Dette er videreført til foretaket.

Innsatsstyrt finansiering

Enhetsprisen (DRG) er økt med 3,1 pst i forhold til justert pris i 2011, til kr 38.209. Refusjonssatsen er 40 pst. For pasienter utenfra Oslo sykehusområde kommer i tillegg 40 pst refusjon gjennom de etablerte gjestepasientoppgjørsordningene.

ISF- refusjonene for poliklinisk stråleterapi og hjemmebasert posedialyse har inntil nå vært basert på det tidligere takstbaserte refusjonssystemet. For begge disse områdene er det nå foretatt kostnadsanalyser, som viser at kostnadene ved disse tjenestene er langt lavere enn de tidligere refusjonene skulle tilsi. Kostnadsvektene er dermed redusert betydelig (over 60 pst), noe som innebærer tilsvarende reduserte refusjonsinntekter for denne virksomheten. Dette har absolutt og relativt størst effekt for Oslo universitetssykehus HF. Den økonomiske virkningen av dette blir i noen grad motvirket av at kostnadsvektene innen transplantasjonskirurgi er økt vesentlig fra 2011 til 2012. For Oslo universitetssykehus HF gir likevel de nye DRG-vektene samlet sett et inntektsbortfall i 2012 på om lag 100 mill kroner.

Aktivitetsforutsetninger

Overordnede prioriteringer

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn en generell aktivitetsvekst på om lag 1,4% på nasjonalt nivå fra 2011 til 2012. Denne vekstprosenten er spesifisert slik

- Somatikk, dvs all ISF- finansiert aktivitet 1,1%
- Poliklinikk innen TSB, psykisk helsevern og laboratorie- og radiologi 6,5%

Innenfor somatisk aktivitet, antas det at etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommuner vil gi økt aktivitet i kommunene med 0,8 pst, slik at aktiviteten i helseforetakene er antatt å øke med 0,3 pst samlet sett. Dette kan differensieres mellom foretakene.

Oslo universitetssykehus HF sendte 07.11.2011 foreløpige aktivitetsbudsjetter til Helse Sør-Øst RHF. Det vil være en dialog rundt innholdet i disse fremover. Oppdaterte aktivitetsmål for 2012 vil bli innarbeidet i endelig budsjett. Under gis en kort beskrivelse over status for aktivitetsbudsjettene slik de nå foreligger.

Somatikk

Det er meldt inn et foreløpig budsjett for totalt antall DRG-poeng i 2012 på 209.438. Dette er en netto reduksjon fra budsjett 2011 på om lag 2.700 DRG-poeng. I foreløpig DRG-budsjett er det hensyntatt følgende:

- haleaktiviteten avvikles for de fleste områder (permanente avtaler videreføres)
- konsekvenser av ISF-regelverk 2012 (foreløpige beregninger)
- forventet aktivitetsvekst på 1,2 % i 2012

Som det fremkommer ovenfor har Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn en noe høyere reell aktivitetsvekst innenfor somatikken enn det som er forventet gjennomsnittlig vekst på regionalt nivå. Dette er gjort blant annet på bakgrunn av at befolkningsveksten i Oslo fortsatt er større enn på landsbasis. Inneværende år øker Oslos befolkning med 2,0 pst mot 1,3 pst i landet utenom Oslo. Videre er det tatt hensyn til at samhandlingsreformen vil få relativt mindre effekt i form av redusert behov for spesialisthelsetjenester i Oslo universitetssykehus HF sammenliknet med andre helseforetak på grunn av det store innslaget av nasjonale og regionale funksjoner (i underkant av to tredeler av den somatiske aktiviteten). Det er videre lagt til grunn at Oppdrag og bestilling 2012 vil spesifisere krav til aktivitetsvekst innen spesielle områder.

Radiologi- og laboratorietjenester

Kreftbehandling er et av de prioriterte områdene som Helse- og omsorgsdepartementet angir for 2012. Det er vedtatt anbefalte forløpstider. Kapasitet innenfor radiologi- og laboratorietjenester viktige faktorer i denne sammenheng.

Det er stilt krav om en vekst på 6,5 pst på poliklinisk aktivitet innenfor laboratorie- og radiologitjenester. Helse Sør-Øst RHF har ikke gitt økt basistilskudd til en slik aktivitetsvekst, og de aktivitetsbaserte refusjonene er ikke tilstrekkelige til å dekke økte kostnader knyttet til en slik aktivitetsvekst. For å sikre nødvendig kapasitet til prioriterte pasientgrupper vurderes det derfor foretatt en gjennomgang av underliggende aktivitet med tanke på å redusere de kliniske avdelingenes øvrige forbruk av radiologi- og laboratorietjenester.

Psykisk helsevern

Innenfor voksenpsykiatrien er det lagt inn en reduksjon i antall utskrivninger og liggedøgn, mens det er lagt inn en forventet økning i antall polikliniske konsultasjoner på om lag 4.300 (6,5 pst) fra estimat 2011. Reduksjon i døgnvirksomhet skyldes blant annet stenging av en avdeling (utgjør om lag 3.200 liggedøgn). Økning i poliklinisk behandling skyldes både dreining av behandlingen (fra døgn og dag til poliklinikk) samt to nye poliklinikker. Det vil bli vurdert om det er grunnlag for sterkere poliklinisk vekst innenfor deler av virksomheten enn det som er lagt til grunn i det foreløpige aktivitetsbudsjettet.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien viser det foreløpige aktivitetsbudsjettet en betydelig reduksjon innenfor døgnvirksomheten. Dette er et resultat av organisasjonsendring, herunder reduksjon i antall behandlingsplasser. Reduksjonene inkluderer avvikling av behandlingsplasser som Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i 2011 har kjøpt fra Oslo universitetssykehus HF. Foreløpig budsjett for antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien viser en økning på 1,7 pst fra estimat for 2011, dvs at det er lagt til grunn en forventning om lavere vekst enn det som er føringen for regionen som helhet. Dette er basert på vurderinger fra klinikken om hva som er realistisk å klare i 2012 med de endringer som er planlagt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helse Sør-Øst RHF legger også i 2012 opp til høyere aktivitetsvekst i rusfeltet enn i somatikken. For poliklinisk aktivitet innenfor TSB er det foreløpig budsjettet med en økning på 7 pst fra estimat 2011. Det er videre budsjettet med en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på om lag 23 pst som følge av en planlagt reduksjon på 28 senger. Av disse er 23 senger relatert til overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF.

4.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innføres i 2012, og helseforetakene skal i samarbeid med kommunene implementere denne reformen. Det vises her også til styresak 133 Gjennomføring av samhandlingsreformen i Oslo universitetssykehus HF, der de faglige og driftsrelaterte sidene av denne reformen drøftes.

De økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen er:

- Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.
- Plikt for kommunene til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.
- Kommunal medfinansiering for medisinske opphold og konsultasjoner.

Stab Samhandling har hatt arbeidsmøter med representanter fra bydeler og klinikker for å avklare behov for revidering av dagens prosedyrer og rutiner knyttet til dialog med kommunen i forbindelse med planlegging av utskrivelse og klargjøring til utskrivelse. I den forbindelse er det satt ned en arbeidsgruppe som skal se på:

- rutiner for registrering av planlagt utskrivelsesdato slik at fakturering blir riktig
- definering av når på døgnet, når i uken pasienter skrives ut og hva det vil innebære knyttet til tidspunkt for når fakturering av utskrivningsklar pasient starter. Gruppen skal utarbeide prosedyrer for rapportering og fakturering som skal gjelde fra 01.01.2012.

Utskrivningsklare pasienter (UKP)

I budsjettet for 2012 er Oslo universitetssykehus HF trukket 24 mill kroner for endring i praksis for fakturering av utskrivningsklare pasienter. Internt vil dette bli fordelt som et økt inntektskrav ut fra historisk nivå for utskrivningsklare pasienter. Det er særskilt Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken som historisk har hatt et markant omfang av utskrivningsklare pasienter og dermed vil få et økt inntektskrav. Nøyaktig beregning av klinikkvis fordeling av dette økte inntektskrav er p.t. ikke foretatt og er dermed så langt ikke innarbeidet i vedlegg I-4.

I og med at dette er første året reformen er i kraft, vil det være betydelig usikkerhet knyttet til omfanget av utskrivningsklare pasienter i helseforetakene og hvilke beløp som faktisk blir overført til de enkelte helseforetak fra kommunene i helseforetakenes respektive opptaksområder.

Døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene

Det innføres en plikt for kommunene til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det tas nasjonalt sikte på å innføreplikten i 2016. Oslo kommune jobber imidlertid med å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i løpet av 2012.

For å finansiere oppbygging av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene er det i 2012 trukket ut 27,6 mill kroner av basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF. Dette uttrekket er igjen fordelt på helseforetakene på tilsvarende måte som uttrekket knyttet til utskrivningsklare pasienter. I tillegg er det et krav fra departementet at det skal settes av 73 mill kroner på sentralt RHF-budsjett. Disse midlene skal delfinansiere konkrete prosjekter i kommunene knyttet til øyeblikkelig hjelp. Den resterende finansieringen skjer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er samlet trukket ut 100,6 mill kroner fra helseforetakene/ sykehusene for å finansiere utbyggingen av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud. Oslo universitetssykehus HF's andel av dette trekket er 8 mill kroner.

Kommunal medfinansiering, (KMF)

Kommunal medfinansiering innebærer at det er trukket ut midler fra statsbudsjettets ISF- post og overført kommunene som frie inntekter. I alt er det overført 5 mrd kroner fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler til Kommunal- og regiondepartementets budsjett. Disse midlene skal igjen overføres til de regionale helseforetakene/helseforetakene, beregnet som 20 pst av DRG – prisen for de DRG som inngår i ordningen. De resterende 20 pst overføres fra Helse – og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. For DRG som ikke omfattes av kommunal medfinansiering overfører Helse- og omsorgsdepartementet 40 pst av DRG- pris som tidligere.

Innføringen av kommunal medfinansiering skal i utgangspunktet være inntektsnøytral for Oslo universitetssykehus HF for gitt pasientbehandlingsvolum.

4.4. Intern ressursfordeling og prioritering i 2012

Foreløpige kostnadsrammer for 2012 ble sendt til klinikkene 01.07.2011. Tildelingene ble oppdatert 19.09.2011, og foreløpige rammer som ligger til grunn for denne saken (vedlegg I-4) ble sendt ut siste gang 09.11.2011.

Foreløpige kostnadsrammer utsendt før sommerferien var fordelt i ramme til lønn og ramme til andre kostnader, og det var avledet klinikkvise plantall for årsverk i 2012. Dette ble gjennomført for tidlig å tydeliggjøre hvilken bemanning hver enkelt enhet kan finansiere innenfor budsjettet.

I hele budsjettprosessen er det vektlagt at alle resultatkrav skal synliggjøres på laveste nivå.

Prinsipper for intern ressursfordeling

Ved tildeling av foreløpige budsjetttrammer til klinikkene er det tatt utgangspunkt i den enkelte klinikkens ramme for 2011. Det innebærer at klinikkenes budsjetter i stor grad er videreført korrigert for ekstraordinære forhold i 2011, ny ekstern finansiering for 2012, omlegginger i finansieringen og interne prioriteringer.

Interne prioriteringer i de foreløpige rammene

Det er så langt foretatt følgende interne prioriteringer i budsjett-tildelingen til klinikkene:

- Traumatologi er tildelt en økt ramme på 4 mill kroner for å dekke 6 nye 50-prosentstillinger og en traumekoordinator
- For prehospitaltjenester er det innarbeidet en særskilt tildeling på 15 mill kroner
- Skjevfordeling av forutsatt aktivitetsvekst og tilhørende rammefinansiering. Det budsjetteres med høyere vekst enn gjennomsnittet i klinikkene Kreft, kirurgi og transplantasjon, og Kirurgi og nevrofag.

Vedlegg I-4 viser fordeling av aktivitetskrav, inntektskrav og utgiftsrammer på foretakets klinikker mv slik den nå foreligger. Det understrekes at fordelingen på dette tidspunkt ikke er endelig. Det vil bli foretatt en ny gjennomgang av prioriteringene i budsjettet både når det gjelder aktivitet og utgiftsrammer. Videre vil tekniske endringer (nye DRG-vekter, flytting av områder, lønnsoppgjør mv) kunne påvirke tallene fram mot de endelige rammene.

IKT (driftsbudsjett)

Det foreløpige IKT-budsjettet er økt fra 623 mill kroner i 2011 til 754 mill kroner i 2012. Dette inkluderer økte kostnader forbundet med de tjenester som leveres fra Sykehuspartner, midler avsatt til finansiering av IKT-kostnader ved flytteprosjekter og midler for utviklingsprosjekter. Etter dialog med Sykehuspartner er det foreløpig satt av til en økning på nesten 25 pst (fra 460 mill kroner til 612 mill kroner) til tjenestene som de skal levere. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Sykehuspartner om grunnlaget for denne store økningen. Utviklingsprosjektene vil omfatte både lokale og regionale IKT-prosjekter. I de lokale prosjektene inngår felles fakturabehandlingsystem, innkjøp og logistikk, felles GAT, RIS/PACS m.m., samt at det er budsjettet med økte kostnader for avskrivning på ferdigstilte prosjekter.

Det er på dette tidspunkt stor usikkerhet til endelig IKT-budsjett for 2012, da det foreløpig er en rekke forhold i budsjettet som må avklares mellom foretaket og Sykehuspartner vedrørende budsjett 2012. Foretakets IKT driftskostnadsbilde er utfordrende sett i lys av de store IKT investeringene som sykehuset står foran som vil bidra til å øke disse kostnadene til et enda

høyere nivå i tiden fremover. Det vil bli gitt oppdatert status for dette i forbindelse med forslaget endelig budsjettvedtak for 2012. Videre vil det være aktuelt å komme tilbake til problemstillingen i forbindelse med økonomisk langtidsplan neste vår.

Avskrivninger

Det er budsjettert med 800 mill kroner til avskrivninger på bygninger og utstyr i 2012. Dette er en reduksjon på 105 mill kroner fra budsjett 2011. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på aktuelle anlegg, anlegg under utførelse og nyinvesteringer. Reduksjonen i budsjettet knytter seg i stor grad til at flere av objektene i anleggsregisteret vil være ferdig avskrevet i 2011 og ikke lenger generere avskrivninger i 2012.

Pensjon

For 2012 er det tatt utgangspunkt i pensjonsberegninger fra juni 2011. Disse er basert på informasjon om ansatte per 01.01.2011, slik at reduserte pensjonskostnader som følge av den budsjetterte bemanningsreduksjonen ikke er hensyntatt. Det er i de klinikkvise rammene forutsatt finansiert pensjonskostnader kun til de budsjetterte årsverkene for 2012. Det er derfor noe usikkerhet til de endelige pensjonskostnadene for 2012. Samlet anslås pensjonskostnadene for 2012 på dette tidspunkt til om lag 2.080 mill kroner.

Finans

For 2012 er det foreløpig budsjettert med 18 mill kroner i finansinntekter og 166 mill kroner i finanskostnader,. Samlet er det derfor budsjettert med et finansresultat på 147 mill kroner. Dette er en økning på 47 mill kroner fra 2011, noe som gjenspeiler resultatforventningene i 2011 og forutsetningene for budsjett 2012, herunder et budsjettert underskudd på 400 mill kroner.

4.5 Status for enhetenes arbeid med driftsbudsjett

Det økonomiske utfordringsbildet for 2012 for driftsorganisasjonene (klinikkene) anslås til 7-800 mill kroner, dvs kostnadene må reelt sett reduseres tilsvarende fra nivået i 2011 for at budsjettet kan gjennomføres. Årets estimerte budsjettavvik (om lag 400 mill kroner eksklusive tap på klinisk arbeidsflate), bortfall av omstillingsmidler (225 mill kroner), økte IKT-kostnader og nye DRG-vektorer (om lag 100 mill kroner) forklarer hoveddelen av utfordringsbildet.

I vedlegg II gis en oversikt over klinikkens status for budsjett 2012. Oversikten viser at hver enkelt klinikk hver for seg gjennomgående mangler tilstrekkelig tiltak i forhold til de budsjetterammene som er tildelt. Som omtalt ovenfor er imidlertid ikke budsjettarbeidet for 2012 avsluttet på dette tidspunkt. Det skal gjøres nye vurderinger, både innen hver enkelt enhet og for mer tverrgående tiltak som kan bidra til å gjennomføre budsjettet. Videre skal det gjøres en fornyet vurdering av aktivitetskrav, ressursfordeling og budsjetterte utgifter for områder som ligger utenfor klinikkene (pensjon, lønnsoppgjør, avskrivninger, avsetninger for risiko mv.)

4.6 Status for arbeidet med investeringsbudsjett

Ordinære driftsinvesteringer

Foreløpige tall for 2012 viser at Oslo universitetssykehus HF vil ha likviditet tilsvarende om lag 230 mill kroner til investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift. Investeringsnivået forutsetter et årsresultat på -400 mill kroner og er en betydelig reduksjon i forhold til nivået for 2011. Reduksjonen er et resultat av at foretakets avskrivninger reduseres i 2012. Det arbeides med et forslag til et mer detaljert investeringsbudsjett for 2012.

Investeringer i IKT

I tråd med fremlagt Styresak 116/2011 Områdeplan IKT, har Oslo universitetssykehus HF behov for IKT-investeringer i 2012 på om lag 200 mill kroner, med det meste av kostnadene knyttet til felles klinisk informasjonsgrunnlag. Av dette er det foreløpig budsjettert med 56 mill kroner fra foretakets ordinære investeringsramme til å dekke lokalt finansierte prosjekter og egenfinansiering av regionalt finansierte prosjekter. Oslo universitetssykehus HF har tatt initiativ overfor Helse Sør-Øst RHF for å få avklart om en 25 pst egenfinansiering vil bli opprettholdt for prosjektene i 2012. Helse Sør-Øst RHF holder nå på med behandling og prioritering av den regionale prosjektporteføljen.

Omstillingsinvesteringer (herunder større bygg)

Total ramme til omstillingsinvesteringer for 2010-2014 er 1 500 mill kroner (såkalte Dag 4-investeringer). Det er til nå igangsatt prosjekter for om lag halvparten av denne rammen, hvorav nytt akuttmottak på Ullevål utgjør det foreløpig største enkeltstående prosjekt. Prognose for gjennomførte omstillingsinvesteringer i perioden 2010-2011 er om lag 160 mill kroner. Prognose for 2012 knyttet til igangsatte prosjekter er om lag 290 mill kroner.

Det gjenstår om lag 750 mill kroner som er disponible for ikke-vedtatte prosjekter for å gjennomføre samlokalisering av funksjoner i Oslo universitetssykehus HF fram mot 2013. Det pågår på dette tidspunkt en nærmere utredning av mulige prosjekter, som i all hovedsak er bygget på prosjekter som er foreslått som del av de totale Dag-4 arealprosjekter. En strategisk koordineringsgruppe vil vurdere og anbefale hvilke tiltak som skal igangsettes ut fra etablerte prioriteringskriterier. Det er et mål at nye prosjekter skal understøtte et faglig helhetsbilde for Oslo universitetssykehus HF hvor alle faglige avhengigheter og tverrgående støttestrukturer er ivaretatt. Videre er det et mål at nye prosjekter arealmessig skal være best mulig koordinert med vedlikeholdsplaner knyttet til blant annet Arbeidstilsynets pålegg. Forslag til prioritering vil forelegges styret.

4.7 Likviditetssituasjonen 2012

Kontantstrømprognosen for 2011 viser at utgående likviditetsbeholdning ved utgangen av 2011 vil være -3,3 mrd kroner. Det er foreløpig ikke utarbeidet et endelig kontantstrømbudsjett for 2012. Det er flere forhold som forventes å forverre likviditetssituasjonen i 2012. Det budsjetterte regnskapsresultatet for 2012 på -400 mill kroner vil isolert sett forverre likviditeten tilsvarende. I tillegg forfaller tidlig i 2012 pensjonspremier for 2011 på om lag 400 mill kroner til betaling. Likviditeten i 2012 vil også reduseres for investeringsoverheng fra 2011 for investeringer knyttet til videreføring av ordinær drift på om lag 100 mill kroner. Kontanteffekten av et eventuelt økonomisk oppgjør i forbindelse med klinisk arbeidsflate er ikke avklart. Foreløpig vurdering viser at utgående negativ likviditetsbeholdning i 2012 vil øke til om lag 4,2 mrd kroner.

4.8 Videre arbeid med budsjett for 2012

Styret skal vedta endelig budsjett 2012 i møte 15.12.2011.

Tidsplan for videre arbeid med budsjettet frem til styresak med endelig budsjettforslag 2012 foreligger omfatter følgende:

- 22.11: Eventuell oppdatering av klinikkvise rammer
- 24.11: Styrebehandling av foreliggende styresak
- 29.11: Oppsummering fra styremøte i ledermøte
- 02.12: Klinikkene leverer overordnede budsjetter (ØBAK-format) for resultat, aktivitet og bemanning, med risikovurdering og konsekvenser for arbeidsmiljøet 02.12. Klinikkenes leveranser skal på forhånd være drøftet på klinikknivå og behandlet i klinikk-AMU. Drøftingsprotokoller og referat fra AMU skal oversendes sammen med budsjettleveransen.
- 07.12: Drøfting med foretakstillitsvalgte
- 08.12: Budsjettleveranse til Helse Sør-Øst RHF
- 15.12: Formell styrebehandling av budsjett 2012
- 16.12: Klinikkene leverer detaljerte og periodiserte budsjetter
- 12.01.2012: Periodisert budsjett leveres Helse Sør-Øst RHF

I klinikkenes endelige budsjetter skal alle resultatkrav være synliggjort på laveste nivå.

Oslo universitetssykehus HF
Styremøte 24. november 2011

Vedlegg I. Tabeller til styresak 130/2011 Budsjett 2012	
1.	Foreløpig inntektsramme 2012
2.	Foreløpige aktivitetsmål 2012
2.1	Foreløpige måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2012
2.2	Foreløpige måltall for somatikk 2012
3.	Foreløpig resultatbudsjett 2012
4.	Foreløpig rammetildeling til klinikkene 2012
5.	Nasjonale kompetansetjenester 2012
6.	Foreløpig kontantstrøm og balanse 2012

TABELL 1 - Foreløpig inntektsramme 2012

Beløp i tusen kroner

Inntektsramme 2012	Foreløpig ramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF 01.11.2011
Basisramme foregående år, 2011	9 527 091
Justeringer 2011:	
Gjestepasientoppgjør VOP 2011, korrigert pga datafeil	-5 237
Insentivmidler til økte praksisplasser, viderføring av tilskudd fra 2011	1 285
Strukturelle endringer:	
Omstillingsbevilgning til OUS fra 2011	-225 000
Kompensasjon for særlige utfordringer sfa implement.av inntektsmodellen	120 000
TSB fra OUS til Ahus som følge av nye opptaksområder	-23 000
Desentralisert LAR fra OUS til Ahus, rest fra 2011	-21 725
Implementering av inntektsmodeller:	
Somatikk	-90 937
Psykisk helsevern	-41 695
TSB	-3 758
Pensjon	-6 200
Kapital	-11 418
Korrigerings somatikk- modellen-privat rehab.	41 254
Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF:	
Finansiering av PET- scanning og nyfødtscreening ved OUS	2 804
Bruk av sykehotell ved OUS	1 109
0,25% til regionale prioriteringer	-12 032
Oslo- pasienter beh. internt i regionen, 40% isf	20 909
Kompensasjon for bortfall av historisk gjestepasientoppgjør TSB	4 000
Utvidet tilbud nyfødtscreening, fra HSØ RHF	14 434
Basisramme 2012 før statsbudsjettet	9 291 884
Lønns- og prisvekst 2012 (3,10%) Grunnlag 9.291,884 mill.kr	288 049
Andre endringer fra Prop. 1:	
Kompensasjon for økte pensjonskostnader, foreløpig fordeling	266 409
Samhandl.reformen, overf.til kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter	-23 966
Samhandl.reformen, overf.til kommuner knyttet til utbygging av ø-hjelpstilbud	-8 235
Følgetjeneste for gravide	150
Kompensasjon for ett institusjonsnummer ISF	8 742
Insentivmidler poliklinikk psyk.,	-2 376
Nasjonale behandlingstjenester (7 nyopprettede tjenester)	12 285
Tildeling til sparing 2012	50 749
Pasientbibliotek	2 137
Inntektsmodell somatikk, korrigering sfa 3,3% økt enhetspris	1 195
Nye tiltak 2012:	
RASP- utvidet kapasitet	10 000
Hørsel og psykisk helse- årseffekt av bevilgning 2011	1 650
Hørsel og psykisk helse, utvidet døgntilbud	3 300
Regional veiviserfunksjon innen habilitering	500
Basisramme 2012 til drift og investering	9 902 473
Fra post 78, øremerket fra HOD	0
Strategiske midler, fra post 72	0
Sum forskning 1)	0
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78	67 220
Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78	95 705
Sum kompetansesentre	162 925
Arbeidsmedisinske avdelinger	4 500
Tilskudd til turnustjeneste	1 586
Kreftregistret	95 981
Behandlingsreiser til utlandet	110 000
Dommerassistert narkotikaprogram	1 920
Prosjekt barn som pårørende ved Nasj.komp.senter for LM.	1 031
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 500
Soningsenhet for ungdom under 18 år	989
RTVS (Iht HSØ 03.11.2011: RTVS finansieres av Helsedirektoratet fra 2012)	0
Sum statlige tilskudd	217 507
Sum faste inntekter 2012 til drift og investering	10 282 905
ISF- døgn, dag, poliklinikk	0
ISF - Biologiske legemidler	0
ISF - Posedialyse	0
KMF-refusjoner (20%)	0
Sum ISF- refusjoner	0
Inntekter i alt 2012	10 282 905

1) Helse Sør-Øst RHF vil beslutte fordeling av forskningsmidlene på styremøte i desember

TABELL 2.1 - Foreløpige måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2012

	Måltall 2011	Estimat 2011	Måltall 2012
Psykisk helsevern			
Psykisk helsevern for voksne (VOP)			
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus			
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	89 801	88 675	75 924
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1 385	1 385	1 075
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 973	550	0
Antall polikliniske konsultasjoner	66 210	66 397	70 713
Kjøp fra private institusjoner (VOP)			
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt		11	12
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	11 000	11 000	11 000
Barne - og ungdomspsykiatri			
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	6 102	5 055	4 575
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	131	109	92
Antall oppholdsdager dagbehandling	4 429	3 579	3 020
Antall polikliniske konsultasjoner	49 194	47 090	47 879
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)			
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	36 271	37 000	28 140
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	2 943	3 000	2 287
Antall oppholdsdager dagbehandling	531	650	2 000
Antall polikliniske konsultasjoner	9 389	8 991	9 642

TABELL 2.2 - Foreløpige måltall for somatikk 2012

Døgnbehandling	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	105 913	105 913	104 757
Antall liggedøgn - døgnbehandling	498 790	513 790	491 834

Dagbehandling	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012
Antall dagbehandlinger	75 358	75 358	75 000

Poliklinisk virksomhet	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	731 035	767 587	770 000

Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012
Sum DRG totalt for biologiske legemidler for alle pasienter hvor resept er utstedt fra eget HF (eieransvaret)	1 928	1 928	1 928

Totalt antall DRG-poeng	Budsjett 2011	Estimat 2011	Budsjett 2012
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pasienter fra egen region)	194 521	195 421	192 835
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem. - resept utstedt av eget HF.)	212 221	212 221	209 438

TABELL 3 - Foreløpig resultatbudsjett 2012

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2011	Estimat 2011 2)	Budsjett 2012
Basisramme 1)	9 924 662	9 924 662	10 025 405
Øvrige inntekter (aktivitetsavhengige, øremerkede og andre)	7 438 332	7 569 257	7 390 430
<i>Sum driftsinntekter</i>	17 362 994	17 493 919	17 415 835
Personal-, vare- og driftskostnader	16 756 513	17 437 438	16 868 268
Avskrivninger	905 635	885 635	800 000
<i>Sum driftskostnader</i>	17 662 148	18 323 073	17 668 268
Driftsresultat	-299 154	-829 154	-252 433
Finansinntekter	28 887	28 887	18 394
Finanskostnader	129 733	119 733	165 961
<i>Finansresultat</i>	-100 846	-90 846	-147 567
Ordinært resultat	-400 000	-920 000	-400 000

Noter:

- 1) Basisramme 2012 forutsetter strategiske midler til forskning på 122,932 mill.kr (9.902,473 mill.kr + 122,932 mill.kr / HSØ 11.11.2011)
- 2) Estimat 2011 er iht rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF pr. 31.10.2011

TABELL 4 - Foreløpig rammetildeling til klinikkene 2012

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)	Eksterne inntekter			Utgiftsramme			DRG-poeng 2)		
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012
	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett
A	291 412	63 870	355 282	1 654 324	63 870	1 718 194	0	0	0
B	35 051	35 499	70 550	856 392	35 499	891 891	25 935	0	25 935
C	266 791	29 555	296 346	1 575 244	29 555	1 604 799	52 655	0	52 655
D	55 687	124 287	179 974	1 177 700	124 287	1 301 987	33 625	0	33 625
EG	64 270	250 101	314 371	1 668 135	250 101	1 918 236	63 763	0	63 763
F	7 782	37 166	44 948	707 868	37 166	745 034	28 969	0	28 969
H	27 073	11 391	38 464	1 856 532	11 391	1 867 923	7 798	0	7 798
I	407 401	167 058	574 459	1 663 196	167 058	1 830 254	70	0	70
J	191 672	2 500	194 172	1 746 320	2 500	1 748 820	0	0	0
	2 585	151 572	154 157	337 077	151 572	488 649	0	0	0
	0	0	0	754 604	0	754 604	0	0	0
	0	129 027	129 027	0	129 027	129 027	0	0	0
	15 064 085	0	15 064 085	1 868 850	0	1 868 850	1 928	0	1 928
	0	0	0	0	0	0	-5 305	0	-5 305
Sum Klinikker mv	16 413 809	1 002 026	17 415 835	15 866 242	1 002 026	16 868 268	209 438	0	209 438

Noter:

- Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkens budsjetter.
- Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i registreringspraksis, intern fordeling, nye DRG-vektorer, ny grupper mv.
- Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
- Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskostligger i klinikkrammene), overlegepermisjoner, biologiske legemidler, gjestepasienter og en risikoavsetning

TABELL 5 - Nasjonale kompetansetjenester 2012

Beløp i tusen kroner

Nasjonale kompetansetjenester		Budsjett 2009	Budsjett 2010	Budsjett 2011	Budsjett 2012	Merknad
	Sjeldne diagnoser:					
C	Autisme og epilepsi ved SSE	948	977	948	977	
D	Tuberøs sklerose	5 505	5 676	5 676	5 852	
D	NK-ADHD Tourette, narkolepsi	7 633	7 870	8 114	8 366	
D	Reg fagmiljø ADHD mv	1 791	1 847	1 903	1 962	
D	Reg fagmiljø autisme	5 150	5 544	5 504	5 675	
D	Cystisk fibrose	10 227	10 310	10 871	11 208	
D	Døvblindesystemet, koordinerende enhet	2 714	3 714	3 830	3 949	
D	Autismeenheten	7 505	7 738	7 978	8 225	
D	Senter for sjeldne diagnoser	18 976	19 564	20 374	21 006	
	Sum Sjeldne diagnoser	60 449	63 240	65 198	67 220	
	Øvrige nasjonale kompetansetjenester:					
A	Landsfunksjon for "hørsel og psykisk helse"	12 600	12 991	14 017	14 452	
A	Sikkerhets,- retts- og fengselspsykiatri	10 059	10 371	10 661	10 992	
A	Aldring, helse og alderspsykiatri, delt med PIV	0	0	0	2 200	Nyopprettet for 2012
A	Personlighetspsykiatri	0	0	0	2 249	Nyopprettet for 2012
B	Aldring og helse	1 827	1 884	1 936	2 196	
B	Import- og tropesykdommer	2 336	2 408	2 476	0	Ikke finansiert i 2012
C	Dysmeli	757	780	802	827	
C	Medfødte muskelsykdommer	1 979	2 040	2 097	2 662	
C	Epilepsi ved utviklingshemning	2 445	2 521	2 592	0	Ikke finansiert i 2012
D	Nasjonalt ammesenter	2 373	2 447	2 515	4 100	
D	Barnerehabilitering med vekt på bevegelse	4 975	5 129	5 273	0	Ikke finansiert i 2012
D	Barnerehabilitering med vekt på ernæring	3 681	3 795	3 901	4 100	
D	Gynekologisk onkologi	3 487	3 595	3 696	3 595	
D	Nasjonalt kvinnehelsesenter	11 302	11 652	11 979	12 350	
D	Solide svulster hos barn	3 492	3 600	3 701	4 400	
EG	Sarkomer	2 351	2 424	2 492	3 080	
EG	Studier av langtidseffekter etter kreftbehandling	1 911	1 970	2 025	3 026	
EG	Nevroendokrine svulster	1 936	1 996	2 052	0	Ikke finansiert i 2012
EG	Seksuelt overførbare infeksjoner	0	0	0	2 500	Nyopprettet for 2012
EG	Barnerevmatologi	2 054	2 118	2 177	2 245	
H	NAKOS - prehospital akuttmedisin	2 558	2 637	2 711	3 300	
H	Traumatologi	0	0	0	4 000	Nyopprettet for 2012
I	Medfødte stoffskiftesykdommer	2 109	2 174	2 235	2 304	
J	Dekontaminering	0	0	0	2 500	Nyopprettet for 2012
STAB	Kompetanssenter for læring og mestring	7 895	8 140	8 368	8 627	
	Sum øvrige nasjonale kompetansetjenester:	82 127	84 672	87 706	95 705	
	Sum alle nasjonale kompetansetjenester	142 576	147 912	152 904	162 925	

TABELL 6 - Foreløpige kontantstrøm og balanse 2012

Beløp i tusen kroner

Forenklet fremstilling av kontantstrøm for 2012		Beløp
Inngående likviditetsbeholdning		-3 304 853
<i>Årsresultat</i>		<i>-400 000</i>
<i>Netto avskrivningskostnader uten likviditetseffekt</i>		<i>222 191</i>
<i>Andre kostnader uten likviditetseffekt</i>		<i>-478 466</i>
Likviditetsstrøm fra drift		-656 275
Likviditetsstrøm fra investeringer		-976 800
Likviditetsstrøm fra finansiering		695 230
Utgående likviditetsbeholdning		-4 242 698

Beløp i tusen kroner

Forenklet fremstilling av balansen per 31.12.2012		Beløp
Sum anleggsmidler		16 578 776
Sum omløpsmidler		1 492 652
Sum eiendeler		18 071 428
SUM EGENKAPITAL		7 087 829
Sum langsiktig gjeld		3 729 423
Sum kortsiktig gjeld		7 254 175
SUM GJELD		10 983 599
Sum egenkapital og gjeld		18 071 428

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Vurdering av investeringsvalg for pensjonsmidler

**SAK 131/2011: BESLUTNINGSSAK
VURDERING AV INVESTERINGSVALG FOR
PENSJONSMIDLER**

FORSLAG TIL VEDTAK:

1. Styret gir sin tilslutning til at man for pensjonskassene Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, Oslo Pensjonsforsikring AS og Kommunal Landspensjonskasse er tilsluttet deres kollektivporteføljer for pensjonsinvesteringer.
2. Plassering i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt har en plasseringssammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Administrerende direktør gis i samråd med styrets leder fullmakt til å reinvestere 1,9 mrd. kr. i pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.
3. Styret ber om halvårlig rapportering relatert til utvikling i Statens pensjonskasse. For de øvrige pensjonskassers vedkommende rapporteres resultatene i kollektivporteføljene årlig. Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljene informeres styret i Oslo universitetssykehus HF om dette.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

1. SAMMENDRAG

Oslo universitetssykehus HF må innen 8. desember 2011 reinvestere ca. 1,9 mrd. kroner i pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK). Oslo universitetssykehus HF reinvesterte ca. 1,9 mrd. kroner i SPK ved utgangen av mai 2011. Verken Oslo universitetssykehus HF eller Helse Sør-Øst RHF hadde på det tidspunktet en investeringsstrategi for plassering av pensjonsmidler, og pensjonsmidlene ble plassert i statsobligasjoner med forfall desember 2011 (jfr. styresak 48/2011).

Vedlagt saken er en intern utredning der det er nærmere redegjort for de vurderingene som er foretatt i forbindelse med den kommende investeringen. Problemstillingene er gjennomgått med Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF benytter flere pensjonskasser. SPK benyttes som pensjonskasse som følge av at dette historisk var pensjonskasse for de to sykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet som var statlig eiet også før helseforetaksreformen. Landets øvrige helseforetak benytter ikke, eller for noen HF's vedkommende, i marginal grad SPK som pensjonskasse. Hovedtyngden av landets øvrige helseforetak benytter Kommunal Landspensjonskasse (KLP) som pensjonskasse og har valgt å delta i den kollektivporteføljen som denne pensjonskassen benytter. I en kollektivportefølje forvaltes midlene i felles portefølje med andre foretaks pensjonsmidler. I en kollektivportefølje er det pensjonskassen som bestemmer forvaltnings- og risikostyringsstrategien.

Saken belyser alternative valg for forvaltning av pensjonsmidlene.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERINGER

Plassering av pensjonsmidler påvirker ikke de ansattes fremtidige pensjonsrettigheter eller pensjonsutbetalinger. Oslo universitetssykehus HF har en stor pensjonsportefølje. Samlet forvaltningskapital i pensjonsporteføljen er ca. 19 mrd. kroner. Det er derfor svært viktig for foretakets fremtidige pensjonskostnad/pensjonspremie at denne porteføljen forvaltes på en måte som gir en tilfredsstillende avkastning.

En betydelig del av Oslo universitetssykehus HF pensjonsmidler forvaltes av Oslo Pensjonsforsikring AS (OPF) og KLP. Oslo universitetssykehus HF har for disse pensjonskassenes vedkommende valgt å delta i den kollektivporteføljen som disse pensjonskassene har. Administrerende direktør legger opp til at denne praksis videreføres. For SPKs vedkommende er det ulike alternative valg for forvaltning av pensjonsmidlene. Over tid er det administrerende direktør sin oppfatning at pensjonsporteføljen i SPK bør bygges opp med en porteføljesammensetning som ikke avviker vesentlig fra den investeringsporteføljen som velges av OPF og KLP. Dette innebærer at deler av pensjonsmidlene i SPK plasseres i Statens pensjonsfond utland (SPU). Investeringsplasseringen som foretas primo desember bør gjenspeile denne vurderingen.

3. FAKTABESKRIVELSE

VALG AV INVESTERINGSSTRATEGI

En målsetning ved investering av pensjonsmidler vil være å maksimere avkastningen innenfor en akseptabel risiko, slik at avkastningen i størst mulig grad bidrar til å redusere pensjonspremier og pensjonskostnader for foretaket. Ett annet mål vil være å oppnå fortløpende avkastning som i liten grad avviker fra den avkastning som landets øvrige helseforetak får av pensjonsmidlene og som dermed blant annet vil danne grunnlag for de budsjettforutsetningene som Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn for den årlige budsjettering av pensjonskostnader.

Investeringsbeslutningen i SPK skal nå foretas på et tidspunkt med lave renter og stor uro i finansmarkedene. Siden begynnelsen av 2011 har det vært uro i finansmarkedene og dette er ytterligere forsterket gjennom tredje kvartal. Både de internasjonale aksjemarkedene og det norske markedet falt relativt mye gjennom tredje kvartal. KLPs verdensindeks falt med 14,9 %, mens Oslo Børs falt med 17,3 % gjennom kvartalet.

Oslo universitetssykehus HF har fått opplyst at KLP og OPF styrer risikoen i investeringsporteføljen ved å vekte ned andelen aksjer ved verdifall i aksjemarkedet. Ved utgangen av september 2011 hadde KLP en andel i aksjer på ca. 14 %, noe som er en nedgang på ca. 4 % sammenlignet med inngangen av 2011. Andelen obligasjoner/utlån og eiendom er omtrent uendret, mens investeringer i andre finansielle eiendeler er økt omtrent tilsvarende reduksjonen i aksjer. Andelen OPF hadde plassert i aksjer var 13,8 % ved utgangen av september, mot 18,0 % ved utgangen av andre kvartal. Reduksjonen skyldes verdifall på aksjene samt en viss omvektning fra aksjer til obligasjoner. OPF benytter også i noe grad aksjederivater til å styre den samlede risikoen i porteføljen.

Ut fra markedet i oktober kunne SPK tilbudt følgende alternative plasseringer av pensjonsmidlene;

- Statsobligasjoner med 1 års løpetid (ca. 1,86 % årlig avkastning)
- Statsobligasjoner med 3 års løpetid (ca. 1,97 % årlig avkastning)
- Statsobligasjoner med 5 års løpetid (ca. 2,27 % årlig avkastning)
- Statsobligasjoner med 10 års løpetid (ca. 2,62 % årlig avkastning)
- En miks av alternativene over
- SPU, med inntil 35 % av pensjonsmidlene

Ifølge SPK er det rentenivået 15 børsdager før forfall som legges til grunn for det endelige rentenivået på statsobligasjonene. (Avkastning på statsobligasjonene er oppgitt ut fra markedet 19. oktober d.å.) Andelen på 35 % av pensjonsmidlene som kan investeres i SPU er i forhold til totale pensjonsmidler i SPK. Således kan, om ønskelig, mesteparten av de ca. 1,9 mrd. kroner som skal reinvesteres i desember plasseres i SPU.

Historisk har Oslo universitetssykehus HF investert pensjonsmidlene i SPK i statsobligasjoner. Dette har gitt en tilfredsstillende avkastning med lav risiko. I tider med lave renter endrer bildet seg, ved at avkastningen blir lavere. Ett av investeringsalternativene i SPK er å investere en andel i SPU. SPU er et instrument for generell sparing. Siktemålet med investeringene er å oppnå en høyest mulig internasjonal kjøpekraft av kapitalen i fondet gitt et moderat risikonivå. SPU vekter ikke ned aksjeandelen slik OPF og KLP gjør ved verdifall i aksjemarkedet. I SPU er andel aksjer og obligasjoner relativt stabilt. SPU investerer utelukkende i utlandet. I begynnelsen av 2011 var om lag 60 % av midlene i SPU investert i aksjer og om lag 40 % i obligasjoner. Ved utgangen av tredje kvartal 2011 var aksjeandelen redusert til 55,6 %. Frem til 2020 planlegger SPU å øke sin investeringsandel i eiendom opp mot 5 %. Det er ingen rentegaranti eller valutagaranti i SPK, slik at lave renter eller negativ avkastning på pensjonsmidler plassert i SPU medfører at Oslo universitetssykehus HF får en høyere pensjonskostnad og høyere pensjonspremie. Eventuell negativ avkastning et år på pensjonsmidler plassert i SPU vil dermed innebære at Oslo universitetssykehus HF må innbetale en reguleringspremie slik at pensjonsordningen er i forsikringsteknisk balanse. Selv om det på lang sikt forventes en meravkastning ved plassering i SPU kan dette gi uønskede konsekvenser på kort sikt.

Dagens finansmarked er preget av uro og det er en risiko for negativ utvikling. For å minimere risiko kan man i en slik situasjon velge å plassere alle pensjonsmidlene i statsobligasjoner. Statsobligasjoner gir imidlertid p.t. en lav avkastning. En kan også ut fra resonnetet om at Oslo universitetssykehus HF bør ha en pensjonsportefølje som kan sammenlignes med øvrige helseforetak velge å sette deler av midlene i SPU og dermed få en eksponering også gjennom aksjer. Ved utgangen av september 2011 var KLPs eksponering i aksjer ca. 14 %. For å oppnå en aksjeandel på om lag 14 % i SPK må eventuelt Oslo universitetssykehus HF plassere i overkant av 1,2 mrd. kroner i SPU. Beløpet som plasseres i SPU plasseres både i aksjer og obligasjoner, henholdsvis ca. 60 % og 40 %. Med andre ord blir i et slikt scenario ca. 740 mill. kroner av beløpet som plasseres i SPU plassert i aksjer og ca. 490 mill. kroner i obligasjoner. Den resterende andelen (ca. 640 mill. kroner) plasseres i norske statsobligasjoner.

Når det gjelder sammensetning av statsobligasjonene kan det være hensiktsmessig å plassere deler av midlene på en slik måte at de, om ønskelig, innenfor en kort tidshorisont kan bidra til å trappe opp engasjementet i SPU. Dette tilsier at en andel av statsobligasjonene bør settes i statsobligasjoner med ett års løpetid.

Vurdering av investeringsvalg for pensjonsmidler

1. Pensjonsordninger ved Oslo universitetssykehus HF

Pensjonsordningene for de ansatte i helseforetakene er i dag dels lovfestet og dels tariffestet. Vedtektene for de regionale helseforetakene fastlegger at ansatte i helseforetak skal ha offentlig tjenestepensjon. Dette innebærer etter dagens regelverk at de skal ha en ytelsesbasert bruttoordning. En slik ordning innebærer at foretakenes forpliktelser overfor de ansatte består i å yte pensjon av nærmere angitt størrelse. Den økonomiske risikoen for at det er avsatt tilstrekkelig midler for å finansiere pensjonsutbetalingene påligger med andre ord foretakene.

Pensjonsordningen i Oslo universitetssykehus HF forvaltes av flere pensjonsleverandører:

- Statens pensjonskasse (SPK)
- Oslo pensjonsforsikring AS (OPF)
- Kommunal landspensjonskasse (KLP)
- Akershus fylkeskommunale pensjonskasse (AFPK)
- Vital

At Oslo universitetssykehus HF har flere pensjonsleverandører er et resultat av sammenslåinger mellom tidligere selvstendige enheter. En konsekvens av dette er at pensjonsmidlene som skal sikre opptjente rettigheter forvaltes av flere forvaltningsmiljø. Tabell 1 nedenfor viser pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF per 1. januar 2011, etter virksomhets-overdragelse til Akershus universitetssykehus HF.

(mill. kroner)	Totalt	SPK	OPF	KLP	AFPK	Vital
Pensjonsmidler 1.1.2011	18 895	5 272	10 253	3 078	266	25

Tabell 1: Brutto pensjonsmidler per 1. januar 2011 for Oslo universitetssykehus HF hos ulike pensjonsleverandører.

Oslo universitetssykehus HF eier andeler i AFPK og KLP og kan benytte eierposisjonen til å fremme saker. OPF er et heleid datterselskap av Oslo kommune. Ifølge OPFs årsrapport for 2010 utgjorde helseforetakenes andel av premiereserven ca. 25% av den totale premiereserven. OPF inviterer foretakene til gjennomgang av resultater og diskusjoner, men foretakene har ingen eierrettigheter og dermed ikke rett til deltakelse i OPFs besluttede selskapsorganer.

Helse- og omsorgsdepartementet publiserte en rapport om pensjonsleverandør for helseforetakene 26. juni 2011. Rapporten er utarbeidet av en interdepartemental arbeidsgruppe og er en juridisk og økonomisk gjennomgang av mulige løsningsmodeller for levering av tjenestepensjon til helseforetakene. Arbeidsgruppen anbefaler følgende løsningsmodell med relevans for Oslo universitetssykehus HF:

- SPK lukkes, nåværende medlemmer forblir der.
- Medlemmer i OPF, som er lukket, forblir der.
- Avtaler inngått med KLP fra 1994 og senere sies opp og medlemmene flyttes til ny leverandørordning.
- Medlemmer i AFPK flyttes
- Helse Sør-Øst RHF etablerer en egen felles pensjonskasse som skal omfatte:
 - Alle nyansatte ved helseforetakene i hovedstadsområdet, med unntak av sykepleierne
 - Medlemmer i KLP omfattet av avtaler inngått fra 1994 og senere
 - Medlemmer i AFPK (eksklusive sykepleierne)

Den nye pensjonskassen baseres på at hoveddelen av kassens administrasjons- og forvaltningsoppgaver konkurransesutsettes. Innholdet i rapporten har ikke betydning for investeringsvalgene som drøftes i dette dokumentet.

Oslo universitetssykehus HF re plasserte ca. 1,9 mrd. kroner ved utgangen av mai 2011. Verken Oslo universitetssykehus HF eller Helse Sør-Øst RHF hadde på det tidspunktet en styrebehandlet finansstrategi. Helse Sør-Øst RHF ba derfor Oslo universitetssykehus HF vurdere saken innenfor egen vurdering av risikotoleranse. Dette dokumentet er forelagt og diskutert med Helse Sør-Øst RHF.

Det foreligger et høringsutkast om endring av internasjonal regnskapsstandard for blant annet pensjon (IAS19). De foreslåtte endringene innebærer blant annet at estimatendringer ikke kan utsettes, men resultatføres fortløpende. Norsk regnskapsskikk er de siste årene i stor grad samkjørt med internasjonale regnskapsstandarder og det kan derfor forventes at muligheten til å utsette estimatendringer for norske foretak vil bli fjernet så snart forslaget om endring av den internasjonale regnskapsstandarden blir vedtatt. Fluktuasjoner i de økonomiske forutsetningene kan derfor medføre mindre forutsigbare pensjonskostnader det enkelte år.

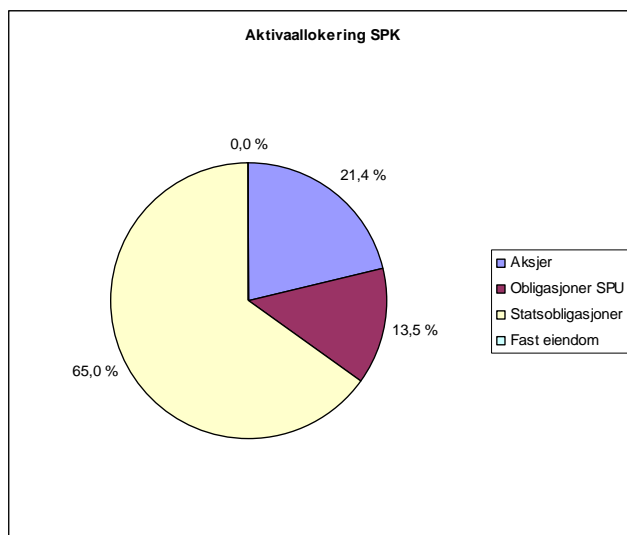
2. Forvaltning av pensjonsmidler

Pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF forvaltes av flere forvaltningsmiljø, jamfør tabell 1 over. Forvaltningen, herunder aktivaallokeringen, av pensjonsmidlene i SPK skiller seg fra forvaltningen hos de øvrige pensjonsleverandørene. Alle pensjonsmidlene i SPK er plassert¹ i norske statsobligasjoner, med lav risiko. De øvrige pensjonsleverandørene har i tillegg til å plassere pensjonsmidler i obligasjoner/låneinstrumenter også plassert pensjonsmidlene i aksjer og eiendom. SPK tilbyr plassering av inntil 35% av pensjonsmidlene i Statens pensjonsfond utland (SPU). Figur 1 nedenfor viser aktivaallokering i SPK ved plassering av 35% av pensjonsmidlene i SPU. Som det fremgår av figur 1 blir aksjeandelen ved plassering av 35% av pensjonsmidlene i SPU ca. 20%². Midlene i SPU er både investert i aksjer og obligasjoner. Den totale andelen investert i obligasjoner blir således ca. 80%.

En viktig forskjell mellom SPK og de andre pensjonsleverandørene er at SPK ikke tilbyr en garantert minsteavkastning. Det innebærer at Oslo universitetssykehus HF har all risiko for utvikling i finansmarkedene, som kan påvirke pensjonspremiene og pensjonskostnadene for foretaket.

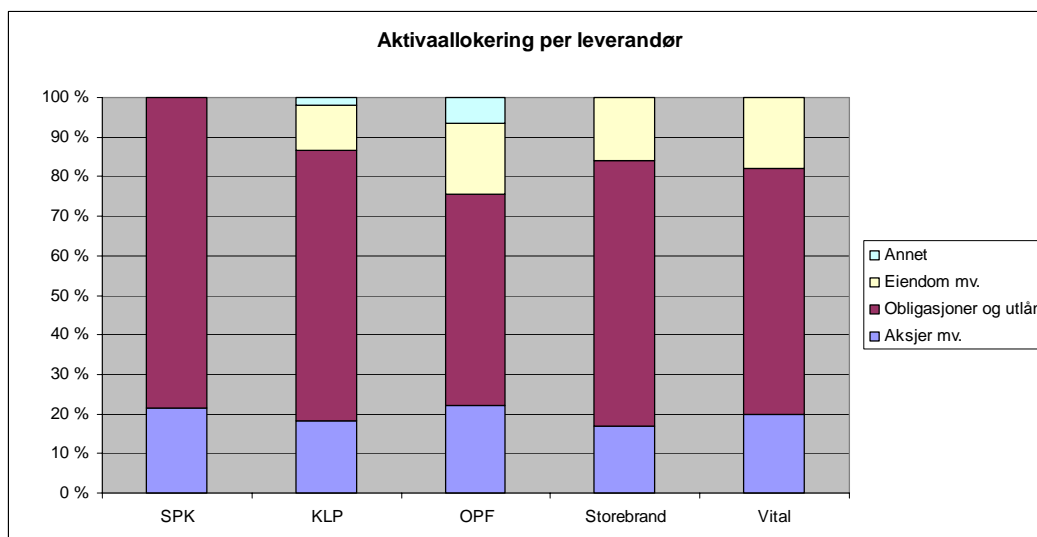
¹ Det er ikke et reelt fond i SPK. Pensjonsmidlene i SPK er i realiteten en fordring som Oslo universitetssykehus HF har på staten. Oslo universitetssykehus HF blir tilordnet en avkastning på fordringen lik avkastningen på det plasseringsalternativet som velges.

² I begynnelsen av 2011 var om lag 60% av midlene i SPU investert i aksjer og om lag 40% i obligasjoner. Aksjeandelen er redusert ved utgangen av tredje kvartal 2011.



Figur 1: Aktivaallokering i SPK ved maksimal (35%) plassering i SPU.

I figur 2 nedenfor vises aktivaallokeringen for et utvalg pensjonsleverandører i begynnelsen av 2011. For SPK er det i figuren forutsatt at 35% av pensjonsmidlene plasseres i SPU. Figuren viser at ved å investere en andel av pensjonsmidlene i SPU er aksjeandelen i en normalsituasjon ikke ulik aksjeandelen hos de øvrige pensjonsleverandørene. Andelen obligasjoner er imidlertid betydelig høyere for SPK.



Figur 2: Aktivaallokering for ulike pensjonsleverandører. KLP er kilde for tallene for Storebrand og Vital.

Siden begynnelsen av 2011 har det vært uro i finansmarkedene og dette er forsterket gjennom tredje kvartal. Både de internasjonale aksjemarkedene og det norske markedet falt relativt mye gjennom tredje kvartal. KLPs verdensindeks falt med 14,9%, mens Oslo Børs falt med 17,3% gjennom kvartalet. KLP og OPF styrer risikoen i investeringsporteføljen ved å vekte ned andelen aksjer ved verdifall i aksjemarkedet. Ved utgangen av september 2011 hadde KLP en noe lavere andel aksjer enn figur 2 viser, aksjeandelen ble redusert fra ca. 18% til ca. 14%. Andelen obligasjoner/utlån og eiendom er omtrent uendret, mens investeringer i andre finansielle eiendeler er økt omtrent tilsvarende reduksjonen i aksjer (til ca. 7%). Andelen OPF hadde plassert i aksjer var 13,8% ved utgangen av september, mot 18% ved utgangen av andre kvartal. Reduksjonen skyldes verdifall på aksjene samt en viss omvekting fra aksjer til høyrenteobligasjoner. OPF benytter i noe grad aksjederivater til å styre den samlede risikoen i porteføljen. De valg Oslo universitetssykehus HF står overfor må vurderes ut i fra uroen i finansmarkedene.

3. Mål med investeringsvalg

Oslo universitetssykehus HF plikter å innbetale pensjonspremier til pensjonsleverandørene for å dekke de forsikringsmessig beregnede pensjonsforpliktelsene. Foretakets pensjonsmidler gis en årlig avkastning, som reduserer behovet for innbetaling av pensjonspremier og reduserer netto pensjonskostnad.

Investeringsvalg for pensjonsmidlene følger av hva foretaket ønsker å oppnå. Ett mål kan være å maksimere avkastningen innenfor en akseptabel risiko, slik at den i størst mulig grad bidrar med å finansiere pensjonsutbetalingene. Dette impliserer lavere pensjonspremier og pensjonskostnader for foretaket. Ett annet mål kan være å oppnå en avkastning som i liten grad avviker fra avkastningen til en referanseportefølje.

a. Pensjonspremie

Pensjonspremie innbetales årlig for å dekke de forsikringsmessig beregnede pensjonsforpliktelsene foretaket har overfor ansatte, tidligere ansatte og pensjonister. Det betales ordinær pensjonspremie for årets pensjonsopptjening, samt reguleringspremie for å dekke økte pensjonsforpliktelser som følge av lønnsøkning med effekt for tidligere års opptjening og regulering av pensjon. I tillegg påvirkes pensjonspremien av antatt dødelighet, uførhet etc. Høy avkastning vil kunne bidra med å redusere pensjonspremien over tid. Betaling av pensjonspremie belaster foretakets likviditet.

b. Pensjonskostnad

Pensjonskostnaden er en beregnet størrelse som reguleres av Regnskapsloven og god regnskapsskikk. Ved beregning av pensjonskostnaden benyttes andre økonomiske forutsetninger enn det som benyttes ved beregning av pensjonspremien. Dette medfører at pensjonspremie og pensjonskostnaden ett enkelt år er forskjellig. Over tid skal imidlertid pensjonspremie og pensjonskostnad være lik.

Pensjonskostnaden er en netto størrelse som i hovedsak består av årets pensjonsopptjening og et renteelement på tidligere års opptjening. Netto pensjonskostnad er redusert med avkastningen foretaket får på pensjonsmidlene. Noe forenklet kan vi således si at dersom avkastningen på pensjonsmidlene (18.895 mill. kroner per 1.1.2011) reduseres med 1 %-poeng reduseres avkastningen med om lag 190 mill. kroner, slik at netto pensjonskostnad øker tilsvarende. På grunn av en utjevning metode i gjeldende regnskapspraksis vil imidlertid en slik økning i pensjonskostnaden bli fordelt over flere år.

Mens pensjonspremien belaster helseforetakenes likviditet, kommer pensjonskostnaden til uttrykk i helseforetakenes resultatregnskap.

c. Referanseportefølje

De tidligere foretakene Rikshospitalet, Det norske radiumhospital og Spesialsykehuset for epilepsi var statspsykehus før helseforetaksreformen og hadde pensjonsordninger i SPK. Oslo universitetssykehus HF er i en særstilling ved at en betydelig andel av pensjonsmidlene er plassert i SPK. Ordningen i SPK har flere særtrekk, herunder at det ikke garanteres en minsteavkastning (rentegaranti) og at pensjonsmidlene ikke plasseres i et reelt fond som forvaltes slik pensjonsmidlene i KLP og OPF forvaltes. Dette kan gi avvik i forhold til en referanseportefølje. De fleste helseforetak har KLP som pensjonsleverandør. Det vil derfor være naturlig at KLPs portefølje brukes som referanse.

Valg av det ene alternativet utelukker ikke nødvendigvis det andre innenfor de investeringsvalgene foretaket har. Det er gjort beregninger på historiske data fra 1999 til 2010 som viser at avkastningen i en vektet portefølje for KLP og OPF var 6,5%, med en variasjon i avkastningen på 4,5%. Så langt har Oslo universitetssykehus HF plassert alle midlene i SPK i norske statsobligasjoner som har hatt en god avkastning og lavere variasjon i avkastningen enn den vektete porteføljen for KLP og OPF. Rentene på norske statsobligasjoner har imidlertid falt betydelig. For å oppnå en avkastning og variasjon i avkastningen som ikke er veldig ulik porteføljen til KLP må en større del av pensjonsmidlene i SPK reklasseres i aksjer.

Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for å yte pensjon av en avtalt størrelse og sitter med risikoen for finansieringen av forpliktelsene. For å redusere pensjonspremiene/pensjons-kostnadene må foretaket ta noe risiko ved å plassere pensjonsmidler i aktiva med høyere forventet avkastning (aksjer) enn tilnærmet risikofri rente (norske statsobligasjoner). Aksjeandelen må imidlertid ikke være høyere enn at foretaket kan håndtere et år med lav eller negativ avkastning. Figur 2 viser at aksjeandelen var ganske lik ved inngangen av året for KLP, OPF, Storebrand og Vital. Det har vært mye uro i finansmarkedene i 2011 og både OPF og KLP hadde en lavere aksjeandel ved utgangen av september (om lag 14%). Ut i fra et ønske om å balansere risiko og avkastning synes det hensiktsmessig å velge porteføljeegenskaper lik porteføljene i OPF og KLP.

4. Nivå for risikovurdering

Økonomisk risiko kan vurderes særskilt for pensjonsmidlene som forvaltes av den enkelte pensjonsleverandør eller samlet for alle pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF. For Oslo universitetssykehus HF er det den totale økonomiske risikoen som er relevant å vurdere. Det innebærer at investeringsvalg hos en pensjonsleverandør bør ses i sammenheng med investeringsvalg hos de øvrige pensjonsleverandørene. En isolert vurdering av den enkelte pensjonsleverandør kan øke den økonomiske risikoen ved at en lavere risikoprofil og således lavere forventet avkastning velges. Dette vil medføre en forventet høyere pensjonskostnad og pensjonspremie.

5. Investeringsvalg i KLP, OPF og AFPK

Oslo universitetssykehus HF betaler pensjonspremie til pensjonsleverandørene for å dekke de forsikringsmessig beregnede pensjonsforpliktelsene. Pensjonspremiene inngår som en del av forvaltningskapitalen³. Forsikringsvirksomhetsloven krever at forvaltningskapitalen hos pensjonsleverandørene deles inn i tre porteføljer: selskapsporteføljen⁴, kollektivporteføljen og investeringsvalgporteføljen. Porteføljeinndelingen skal danne grunnlaget for fordeling av avkastningen ved kapitalforvaltningen. Selskapsporteføljen er forvaltning av pensjonsleverandørens midler (egenkapital og ansvarlige lån), som holdes adskilt fra kundenes midler. Kollektivportefølje og investeringsvalgportefølje er alternativer kundene kan velge mellom.

Oslo universitetssykehus HF kan velge mellom å delta i kollektivporteføljen eller ha egen investeringsvalgportefølje. I en kollektivportefølje forvaltes midlene i felles portefølje med andre foretaks pensjonsmidler. I en kollektivportefølje er det pensjonsleverandør som bestemmer forvaltnings- og risikostyringsstrategien, og også bærer ansvaret for en garantert minsteavkastning (rentegaranti). Dette betyr at dersom avkastningen et enkelt år ikke er tilstrekkelig til å dekke den rentegarantien, skal manglende avkastning dekkes av pensjonsleverandøren ved å belaste egenkapitalen.

I rendyrket form innebærer etablering av en investeringsvalgportefølje at kunden (Oslo universitetssykehus HF) bestemmer hvordan pensjonsmidlene skal investeres (aktivaforordelingen) og risikostyringen i porteføljen. Porteføljen er spesifikk for den enkelte kunde. I tillegg bærer kunden rentegarantien selv. Det siste innebærer at dersom avkastningen et enkelt år ikke er tilstrekkelig til å dekke renten lagt til grunn i de forsikringsmessige beregningene, skal manglende avkastning dekkes av kunden. Ingen av kundene i OPF og KLP har valgt investeringsvalgportefølje.

Oslo universitetssykehus HF deltar i kollektivporteføljene i KLP, OPF og AFPK. Innenfor kollektivporteføljen tilbyr KLP ulike underporteføljer; moderat, balansert og offensiv portefølje som har ulik risiko. For tiden har alle kollektivkundene i KLP valgt å ligge i den balanserte porteføljen. Det er KLPs vurdering at for kunder med normal risikoevne, vil den balanserte porteføljen gi det beste forholdet mellom avkastning og risiko. Ut i fra figur 2 ovenfor kan det synes som om KLP og OPF har avkastnings- og risikoprofiler som ikke er for ulike, men at det er noe større risiko i OPFs portefølje. Figuren viser blant annet at OPF hadde en større andel i eiendom og annet enn KLP. I samtaler med pensjonsleverandørene blir en slik vurdering bekreftet.

³ Forvaltningskapitalen defineres som de samlede aktiva/eiendeler som forvaltes av pensjonsleverandørene.

⁴ Selskapsporteføljen omfatter plassering av egenkapital og innlånt ansvarlig kapital og forvaltes atskilt fra kundenes kapital.

Oppretting av egen investeringsvalgportefølje vil være en konsekvens av et ønske om høyere forventet avkastning på pensjonsmidlene, ved at en større andel av pensjonsmidlene investeres i aksjer. Dette innebærer imidlertid også økt risiko for variasjoner i avkastningen på kort sikt. Deltakelse i kollektivporteføljene hos pensjonsleverandørene synes å være hensiktsmessig for Oslo universitetssykehus HF og det foreslås en videreføring av dagens ordning i KLP, OPF og AFPK.

6. Plasseringsvalg i SPK

Oslo universitetssykehus HF reklasserte ca. 1,9 mrd. kroner ved utgangen av mai 2011. Verken Oslo universitetssykehus HF eller Helse Sør-Øst RHF hadde på det tidspunktet en finansstrategi for plassering av pensjonsmidler og pensjonsmidlene ble plassert i statsobligasjoner med forfall desember 2011. Hensikten med den korte plasseringen var å benytte tiden til å utarbeide et grunnlag for å gjøre et velbegrunnet valg. Oslo universitetssykehus HF må informere SPK om hvordan midlene skal reklasseres innen 8. desember 2011. Følgende plasseringer tilbys⁵ ut i fra markedet 19. oktober 2011:

- Statsobligasjoner med 1 års løpetid (ca. 1,86%)
- Statsobligasjoner med 3 års løpetid (ca. 1,97%)
- Statsobligasjoner med 5 års løpetid (ca. 2,27%)
- Statsobligasjoner med 10 års løpetid (ca. 2,62%)
- En miks av alternativene over
- Statens pensjonsfond utland (SPU), med inntil 35 % av de totale pensjonsmidlene i SPK

Ifølge SPK er det rentenivået 15 børsdager før forfall som legges til grunn for det endelige rentenivået på statsobligasjonene. Andelen på 35% av pensjonsmidlene som kan investeres i SPU er i forhold til totale pensjonsmidler i SPK. Således kan mesteparten av ca. 1,9 mrd. kroner som skal reklasseres i desember plasseres i SPU dersom det er ønskelig.

Ifølge SPK plasseres nettobevegelsen mellom innbetalt pensjonspremie og utbetalt pensjon automatisk i statsobligasjoner med 10 års løpetid. Denne plasseringen skjer i juli. Tilført avkastning i løpet av året plasseres i januar påfølgende år. Den tilførte avkastningen plasseres automatisk i statsobligasjoner med 10 års løpetid. Eventuell avkastning på portefølje i SPU plasseres i SPU. Når statsobligasjonene forfaller blir Oslo universitetssykehus HF bedt om å velge mellom de ulike plasseringsvalgene. Ved plassering av en andel i SPU vil SPK styre vektingen av totalporteføljen slik at den relative andelen opprettholdes, inntil det er foretatt et nytt valg. Neste forfall for statsobligasjoner som Oslo universitetssykehus HF allerede har plassert i er mai 2013.

I veiledningen for de økonomiske forutsetningene som ble publisert av Norsk RegnskapsStiftelse i september settes den forventede avkastningen til 4,8%. Rentedifferansen mellom dette og avkastningen på statsobligasjoner med 10 års løpetid er 2,18% -poeng. Ved plassering av ca. 1,9 mrd. kroner i statsobligasjoner med 10 års løpetid i stedet for i en portefølje med aksjer er forventet årlig rentetap ca. 40 mill. kroner. Eksempelet er en forenkling og det er ikke mulig å si med sikkerhet hvordan finansmarkedene vil utvikles. Det viser likevel at investeringsvalg kan få store økonomiske konsekvenser. Ved varig lav rente vil pensjonskostnadene og pensjonspremiene for Oslo universitetssykehus HF øke.

Historisk har Oslo universitetssykehus HF investert pensjonsmidlene i SPK i norske statsobligasjoner, som har gitt en tilfredsstillende avkastning med lav risiko. I tider med lave renter endrer bildet seg, ved at avkastningen blir lavere. Det er ingen rentegaranti i SPK, slik at lave renter eller negativ avkastning på pensjonsmidler plassert i SPU medfører at Oslo universitetssykehus HF får en høyere pensjonskostnad og høyere pensjonspremie. Negativ avkastning et år på pensjonsmidler plassert i SPU innebærer at Oslo universitetssykehus HF må innbetale en reguleringspremie til SPK slik at pensjonsordningen er i forsikringsteknisk balanse. Selv om det på lang sikt forventes en meravkastning ved plassering i SPU kan det gi uønskede konsekvenser på kort sikt. I henhold til etablert praksis vil økt pensjonspremie medføre at

⁵ Det foreligger ikke statsobligasjoner med eksakt 1, 3, 5 eller 10 års gjenværende løpetid på tidspunktet for reklassering. Løpetidene på plasseringene er således omtrentlige.

Oslo universitetssykehus HF må finansiere dette med økt driftskreditt, som igjen medfører en høyere rentekostnad.

Ett av plasseringsvalgene i SPK er å investere en andel i SPU. SPU er et instrument for generell sparing, det har ikke klart definerte forpliktelser i framtiden. Siktemålet med investeringene er å oppnå en høyest mulig internasjonal kjøpekraft av kapitalen i fondet gitt et moderat risikonivå. SPU investerer utelukkende i utlandet.

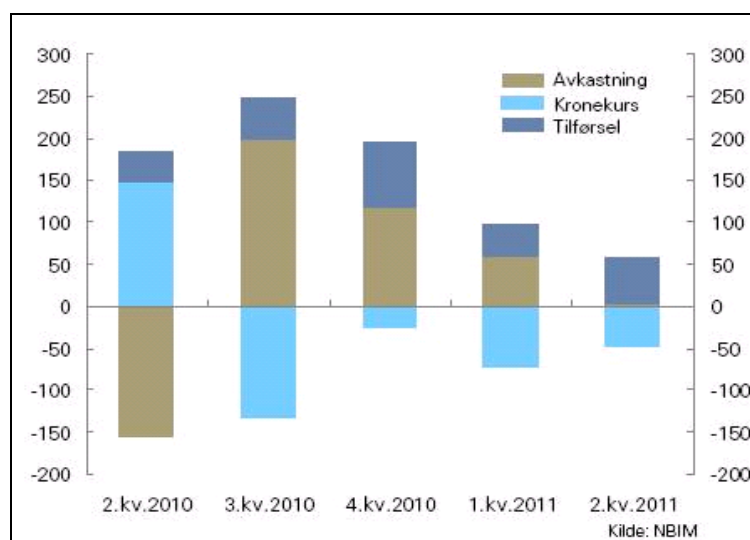
I begynnelsen av 2011 var om lag 60% av midlene i SPU investert i aksjer og om lag 40% i obligasjoner. Ved utgangen av tredje kvartal 2011 var aksjeandelen redusert til 55,6%. Frem til 2020 vil SPU øke sin investeringsandel i eiendom opp mot 5%. Ved å investere 35% av Oslo universitetssykehus HFs pensjonsmidler i SPU vil om lag 10% av de totale pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF utsettes for valutarisiko som ikke kan sikres gjennom plassering i SPU.

OPF og KLP sikrer i all hovedsak valutarisiko. Målet for Oslo universitetssykehus HF er ikke å redusere valutarisiko isolert, men å redusere risikoen for økte pensjonskostnader og pensjonspremier. Valutarisiko er bare en del av totalbildet som må vurderes. Oslo universitetssykehus HFs pensjonsforpliktelser utbetales norske kroner og derfor er ikke valutarisiko ønskelig. Som figur 3 viser ("Kronekurs" i figur 3) kan valutarisikoen et enkelt år være betydelig. SPK tilbyr imidlertid bare plassering i SPU som et alternativ til norske statsobligasjoner.

Ifølge OPFs årsrapport for 2010 er utenlandske aksjer/andeler og obligasjoner tilnærmet fullt valutasikret. Ifølge KLPs årsrapport for 2010 er hoveddelen av internasjonal eksponering valutasikret. Som hovedregel er alle renteinvesteringer og eiendomsinvesteringer i fremmed valuta sikret, mens aksjer ligger i sikringsgraden mellom 80% og 100%. Valutarisikoen ved å plassere i SPU får ikke store konsekvenser for risikoen til totalporteføljen til Oslo universitetssykehus HF. Problemstillingen er drøftet med KLP og deres vurdering er at valutaeksponering vil være normal, mellom 10% til 15%.

En forskjell mellom investeringsstrategien for SPU og OPF/KLP er at sistnevnte benytter dynamisk risikostyring. Dette innebærer at risikoen i investeringsporteføljen justeres løpende ved å reallokere mellom de ulike aktivaklassene avhengig av den risikobærende evnen. Dersom risiko for tap i aksjemarkedet øker selges aksjer. Dynamisk risikostyring gir således mer stabile resultater. I SPU er allokeringen mellom de ulike aktivaklassene konstant, som innebærer at man kjøper aksjer ved fallende priser og selger ved økende priser. Generelt vil konstant allokering gi bedre avkastning i normale år og dynamisk risikostyring gir lavere risiko for store tap ved fallende markedspriser.

Figur 3 nedenfor viser hvordan avkastningen og kronekursen på midlene i SPU har variert fra andre kvartal 2010 til andre kvartal 2011. Som figuren viser er det store svingninger i perioden.



Figur 3: Endringer i markedsverdien av SPU i mrd. kroner.

I tabell 2 nedenfor vises gjennomsnittlig årlig avkastning og standardavvik for ulike porteføljer i perioden 1999-2010 basert på oppnådd historisk avkastning. Standardavviket er et uttrykk for variasjonen i avkastningen, og derved et uttrykk for risikoen.

	<i>Avkastning</i>	<i>Standard-avvik</i>
KLP/OPF (vektet portefølje)	6,5 %	4,5 %
Statsobligasjoner	5,9 %	3,4 %
SPKNOK (35% i SPU og 65% i statsobligasjoner i NOK)	5,2 %	4,2 %

Tabell 2: gjennomsnittlig årlig avkastning og standardavvik i perioden 1999-2010.

Tabellen viser at en vektet KLP/OPF portefølje ville hatt en avkastning på 6,5% og et standardavvik på 4,5%. Statsobligasjoner hadde en avkastning på 5,9% og et standardavvik på 3,4%. Rentene på statsobligasjoner som ble tilbudt av SPK basert på markedssituasjonen i oktober var imidlertid mellom 1,86% og 2,62%, med andre ord betydelig lavere enn den historiske avkastningen i perioden 1999 til 2010. Dersom 35% av pensjonsmidlene i SPK hadde vært plassert i SPU i perioden 1999 til 2010 ville avkastningen vært 5,2% og standardavviket 4,2% ifølge beregningen i tabell 2. Beregningene i tabell 2 og 3 tar hensyn til diversifiseringseffekten mellom aksjer og statsobligasjoner. Statsobligasjonene i SPK holdes imidlertid til forfall, slik at diversifiseringseffekten ikke er relevant. Dette innebærer en noe lavere forventet avkastning og høyere standardavvik.

Statsobligasjoner i SPK-porteføljen holdes til forfall, slik at renten ikke endres i løpetiden. En ren plassering i norske statsobligasjoner gir den laveste risikoen av alternativene, men samtidig lavest forventet avkastning fremover. Historikken beskrevet over, er preget dels av at rentenivået har vært høyere og dels at man har fått positive kurseffekter på obligasjoner som følge av den generelle rentenedgangen. Figur 4 nedenfor viser at renten på norske statsobligasjoner er meget lav, slik at ved å bare plassere pensjonsmidlene i statsobligasjoner må det forventes økte pensjonspremier og pensjonskostnader. For å unngå dette bør Oslo universitetssykehus HF plassere en andel av pensjonsmidlene i SPU. Andelen bør være slik at aksjeandelen i SPK-porteføljen ikke vesentlig avviker fra aksjeandelen i relevante referanseporteføljer.

Tabell 3 nedenfor viser avkastning og risiko for totalporteføljen⁶ til Oslo universitetssykehus HF dersom 35% av pensjonsmidlene i SPK hadde vært plassert i SPU sammenliknet med en vektet OPF/KLP-portefølje for perioden 1999 til 2010.

	<i>Avkastning</i>	<i>Standard-avvik</i>
KLP/OPF (vektet portefølje)	6,5 %	4,5 %
Totalportefølje i NOK	6,1 %	4,0 %

Tabell 3: Avkastning og risiko for utvalgte konstruerte porteføljer for perioden 1999 til 2010.

Ifølge SPK har fem til seks foretak/selskap valgt plasseringsalternativet SPU. SPK har ikke konsesjon til å drive rådgivningsvirksomhet og har derfor ikke gitt råd om hvordan Oslo universitetssykehus HF bør plassere pensjonsmidlene som forvaltes av SPK. Basert på drøftelsen over bør Oslo universitetssykehus HF investere en andel i SPU og på sikt bør den være om lag 35%, slik at aksjeandelen i SPK ikke vesentlig avviker fra aksjeandelen OPF og KLP vurderer som hensiktsmessig.

⁶ Totalporteføljen i tabellen omfatter pensjonsmidlene som forvaltes av KLP, OPF og SPK.

Dagens finansmarked er preget av uro og det er en risiko for fortsatt negativ utvikling. I en slik situasjon kan det være hensiktsmessig å plassere en andel i aksjer tilsvarende aksjeandelen OPF og KLP mener er hensiktsmessig. Ved utgangen av september var denne ca. 14%. I desember skal Oslo universitetssykehus HF plassere ca. 1,9 mrd. kroner. Dersom man ønsker en aksjeandel på om lag 14% må Oslo universitetssykehus HF plassere ca. 1.230 mill. kroner ved utgangen av 2011 i SPU. Beløpet som plasseres i SPU plasseres både i aksjer og obligasjoner, henholdsvis ca. 60% og 40%. Med andre ord blir ca. 740 mill. kroner av beløpet som plasseres i SPU plassert i aksjer og ca. 490 mill. kroner i obligasjoner. I tillegg blir ca. 640 mill. kroner plassert i norske statsobligasjoner.

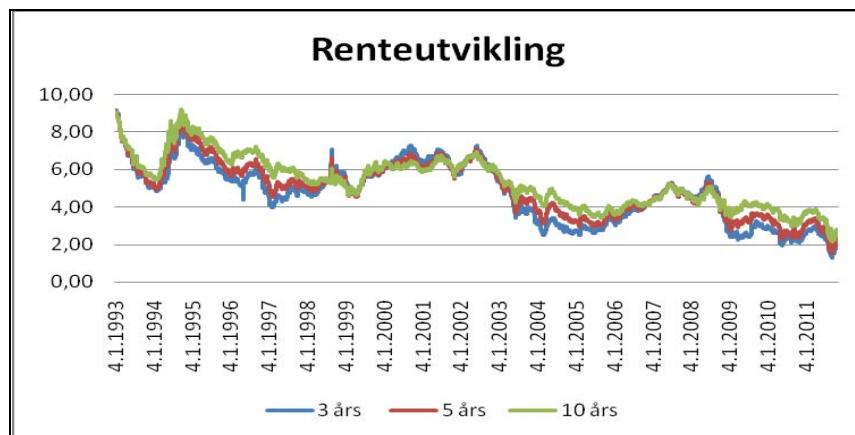
Dersom målet er å plassere om lag 35% av pensjonsmidlene i SPU, slik at aksjeandelen i SPK ikke vesentlig avviker fra aksjeandelen OPF og KLP vurderer som hensiktsmessig, innebærer det at Oslo universitetssykehus HF må plassere ytterligere midler i SPU i de kommende årene.

En stor andel av pensjonsmidlene i SPK kan bare plasseres i norske statsobligasjoner og Oslo universitetssykehus HF må velge løpetid. Som det fremgår over var valgene følgende:

- Statsobligasjoner med 1 års løpetid (ca. 1,86%)
- Statsobligasjoner med 3 års løpetid (ca. 1,97%)
- Statsobligasjoner med 5 års løpetid (ca. 2,27%)
- Statsobligasjoner med 10 års løpetid (ca. 2,62%)

Valg av alternativene over må vurderes ut i fra flere forhold. En kombinasjon mellom plassering i aksjer og statsobligasjoner gir normalt gode porteføljeegenskaper, ved at det er en negativ korrelasjon mellom aksjemarkedet og statsobligasjoner. Plasseringen i SPK er imidlertid å betrakte som obligasjoner som holdes til forfall, slik at verdiendring som følge av endring i rentenivået ikke tilfaller Oslo universitetssykehus HF. Porteføljeegenskapene er således ikke like relevant.

Hvordan rentene vil utvikle seg fremover er et relevant moment å vurdere. Som figur 4 nedenfor viser er rentenivået for tiden lavt i Norge og internasjonalt.



Figur 4: Renteutvikling på statsobligasjoner i perioden 1993 til 2011.

Dagens rentekurve viser at rentene forventes å forbli lave lenge. Rentekurven stiger markert for kortere løpetider, men er flat i den lange enden. Eksempelvis er renten på statsobligasjoner med 5 års løpetid forventet å stige fra ca. 2% (avlest på Bloomberg 11. november 2011), til 2,25% om ett år, og videre opp til 2,6% om to år. Om fem år er 5-års renten forventet å stige til ca. 3%. Hvis man antar at renten vil stige raskere vil det kunne lønne seg å investere i en kort løpetid i dag, og så revurdere senere når renten forhåpentlig har steget. Hvis man antar at renten vil utvikle seg som markedet tror kan man like godt investere i statsobligasjoner med 10 års løpetid.

OPF har moderat tro på at rentene skal stige raskere enn det markedet tror. Dette tilsier at Oslo universitetssykehus HF bør velge kortere løpetid enn fem år. Ifølge KLP vil det trolig være begrenset hvor

stor en eventuell nedgang i lange renter vil kunne bli med dagens lave rentenivå, mens det på oppsiden er et større potensial dersom det blir økning. Dette tilsier at Oslo universitetssykehus HF bør velge en kortere løpetid. Som det fremgår av figur 4 er rentenivået på et svært lavt nivå. Plassering i statsobligasjoner med 10 års løpetid vil gi en lav avkastning i hele perioden, og således høyere pensjonskostnader og pensjonspremier for foretaket. Det anbefales derfor ikke å plassere pensjonsmidlene som forfaller i desember 2011 i statsobligasjoner med 10 års løpetid.

Rentedifferansen mellom statsobligasjoner med ett års løpetid og tre års løpetid er liten (0,11%-poeng). Premien for å binde renten i tre år vurderes å være for lav i forhold til å kunne reklassere dersom finansmarkedene skulle bedres på kort sikt.

Etter plasseringen i desember 2011 er neste forfall for allerede foretatte plasseringer mai 2013⁷. Dersom man ønsker å ha en aksjeandel som ikke vesentlig avviker fra aksjeandelen i OPF og KLP, ved å plassere om lag 35% av pensjonsmidlene i SPU, bør en andel plasseres i statsobligasjoner med ett års løpetid. Rentedifferansen mellom statsobligasjoner med ett års løpetid og fem års løpetid var 0,41%-poeng i september. Dersom restbeløpet etter plassering i SPU plasseres i statsobligasjoner med ett års løpetid og ved forfall reklasseres i statsobligasjoner med ett års løpetid med tilsvarende rentedifferanse fremfor i statsobligasjoner med fem års løpetid er rentetapet ett år om lag 3 mill. kroner. Nåverdien av årlige rentetap på om lag 3 mill. kroner i fem år er ca. 13 mill. kroner. Eksempelet er en forenkling, men viser at selv om rentedifferansen i prosent virker lav blir det relativt store beløp. En antagelse om lave renter fremover tilsier isolert at Oslo universitetssykehus HF bør velge å plassere en andel i statsobligasjoner med fem års løpetid. Det anses hensiktsmessig å vurdere å øke andelen i SPU i 2012 med 300 mill. kroner, slik at tilsvarende beløp da bør vurderes plassert i statsobligasjoner med ett års løpetid.

Ved senere års plassering i statsobligasjoner må det gjøres en konkret vurdering av alternativene SPK gir og forventningene til renteutviklingen.

Ifølge SPK valgte nesten alle som investerte i statsobligasjoner ved årsskiftet å investere i statsobligasjoner med 1 års løpetid. Foretakene/selskapene som plasserte midler i mai 2011 valgte i hovedsak statsobligasjoner med 1 års løpetid, men også lengre løpetider.

7. Rapportering til styret i Oslo universitetssykehus HF

Det har tidligere ikke vært rapportert til styret på resultatene av de investerte pensjonsmidlene. Resultatet av investeringene påvirker pensjonskostnadene og pensjonspremiene som det rapporteres på månedlig. Investeringsstrategien for kollektivporteføljene vedtas av styrene hos pensjonsleverandørene. Oslo universitetssykehus HF har således ingen formell rett til å kreve at kollektivporteføljen forvaltes på en særskilt måte.

a. Resultat i kollektivporteføljene

Pensjonsleverandørene rapporterer resultatene i kollektivporteføljene årlig. Dette kan rapporteres videre til styret i Oslo universitetssykehus HF til informasjon.

b. Endringer i investeringsstrategien

Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljen kan det være relevant å informere styret i Oslo universitetssykehus HF om dette, med en redegjørelse for bakgrunnen. Etter hvert som medlemmene i de lukkede ordningene blir eldre kan det være hensiktsmessig å vurdere å redusere risikoen for store fluktasjoner i avkastningen og om Oslo universitetssykehus HF bør gå ut av kollektivporteføljen.

c. Faktisk versus forventet avkastning i SPK

⁷ Ifølge kontoutskriften for 2010 fra SPK skal om lag 390 mill. kroner reklasseres i mai 2013.

Plasseringen av pensjonsmidler i SPK er valg Oslo universitetssykehus HF må gjøre. SPK har ingen overordnet investeringsstrategi, men gir sine kunder noen plasseringsvalg. Således er det Oslo universitetssykehus HF's ansvar å velge hvordan de løpende premieinnbetalinger og avkastningen på pensjonsmidler skal investeres. Det kan således være hensiktsmessig med hyppigere rapportering på utviklingen i SPK, herunder hvordan utviklingen har vært i forhold til det som ble forutsatt og om det er nødvendig å endre på plasseringsvalgene.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: HR direktør

Vedlegg: Medarbeiderundersøkelsen 2011. Rapport

**SAK 132/2011: ORIENTERINGSSAK
ORIENTERING OM GJENNOMFØRT
MEDARBEIDERUNDERSØKELSE 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

1. SAMMENDRAG

Saken presenterer prosess for gjennomføring og hovedresultater fra medarbeiderundersøkelsen i Oslo universitetssykehus høsten 2011.

Hensikten med medarbeiderundersøkelsen er å kartlegge medarbeideres opplevelse av ledelse og psykososialt arbeidsmiljø. Resultatene benyttes som utgangspunkt for dialog i personalgruppen i tilbakemeldingsmøtene, der det jobbes med å utarbeide tiltak for videreutvikling av egen enhet og eget arbeidsmiljø.

Medarbeiderundersøkelsen gjennomføres i alle foretak i Helse Sør-Øst i 2011 og dette er første gang denne undersøkelsen gjennomføres etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF. De fleste spørsmålene i medarbeiderundersøkelsen er felles og obligatoriske for alle foretakene i Helse Sør-Øst RHF. For Oslo universitetssykehus HF er det i tillegg lagt inn to unike tema. Dette er områdene (1) "OUS Lederkrav" og (2) "Endring og omstilling". Spørsmålene innen disse to temaene ble utviklet i samarbeid med og godkjent av administrerende direktør høsten 2010.

Spørreundersøkelsen er gjennomført med svarprosent på totalt 70 % og resultatene ble sendt ut til klinikkene i uke 45-46. Unntatt her er den nyfusjonerte Kreft,-kirurgi,- og transplantasjonsklinikken som gjennomfører sin undersøkelse i perioden uke 46-48. Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF hadde i uke 45 en gjennomgang av resultatene for foretaket totalt. Det har også vært en orientering i Arbeidsmiljøutvalget - AMU, samt at rapporten har blitt oversendt tillitsvalgte samt tilgjengeliggjort på Virksomhetsportalen i den samme uken (uke 45).

Videre prosess har følgende hovedmilepæler:

- Rapportene distribueres innen den enkelte klinikk ut fra klinikkens HR-stab til den enkelte organisasjonsenhet nå (uke 45 og 46).
 - Distribusjon av rapporter i klinikkene foregår nivå for nivå utover i organisasjonen. Bakgrunnen er at ledere på overordnet nivå skal ha mulighet til å planlegge sin støtte og oppfølging av ledere på lavere nivå.
- En utskrift/et bla-eksemplar av første del av rapporten (side 1-15) skal gjøres tilgjengelig for medarbeiderne i den enkelte enhet og ledergruppe når rapporten foreligger.
- Det skal foregå lederoppfølging når enheter eller ledergrupper har lav score på "OUS Lederkrav" og "Sosialt samspill" eller generelt mange lave score.
- Den enkelte enhet og ledergruppe gjennomfører tilbakemeldingsmøte og utarbeider HMS handlingsplan med frist for ferdigstilling av handlingsplanen innen utgangen av uke 49.

- Godkjent HMS årsrapport fra klinikken (uke 9/2012).

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

For Oslo universitetssykehus HF er resultatene av medarbeiderundersøkelsen 2011 både et spennende og viktig hjelpemiddel i den fasen organisasjonen er i nå i fusjonsprosessen. En forventet jevnt over en lavere score enn for resten av helseregionen på de fleste områdene. Basert på erfaringer med sammenslåinger andre steder er det fornuftig å gjennomføre en slik undersøkelse akkurat nå på sykehuset, og det er ingen overraskelse å se hvilke områder som kommer særlig dårlig ut. Det er likevel gledelig at "Pasientsikkerhetskultur" peker seg ut seg på en positiv måte, der vi scorer 82 (på en skala fra 1-100) på spørsmål om våre medarbeidere vil føle seg trygge hvis de var pasient på sykehuset.

Når det gjelder aktuelle forbedringsområder for sykehuset, er det ikke overraskende at området "Endring og omstilling" peker seg negativt ut. Vi anslår at halvparten av våre medarbeidere opplever at de innen for sine fagområder klarer å utnytte det beste fra de tidligere fire sykehusene. Videre anslår vi at ca 3 av 10 av våre medarbeidere har tro på at Oslo universitetssykehus HF klarer å nå de ambisjonene som ligger til grunn for sammenslåingen.

En svarprosent på 70 % er administrerende direktør veldig fornøyd med. Det betyr at det er mange som har beyttet seg av muligheten til å si sin mening om det psykososiale arbeidsmiljøet i organisasjonen. Det betyr også at en har en organisasjon med mye engasjement, noe som er viktig i arbeidet med å videreutvikle både organisasjon og arbeidsmiljø.

Medarbeiderundersøkelsen 2011

Rapport
for

OUS

2

Medarbeiderundersøkelsen 2011

Innholdsfortegnelse

Forside	s 1
Innholdsfortegnelse	s 2
Oppsummering av rapporten 2011	s 3
Hvordan lese og bruke rapporten	s 4
Resultat og utviklingsfokus	s 6
Kultur og verdier	s 7
Arbeidsglede og motivasjon	s 8
Arbeidsmiljø og samspill	s 9
Jobbrelatert sykefravær, vold og trusler	s 10
Opplevd lederadferd	s 11
Pasientsikkerhetskultur	s 12
Likeverd	s 13
OUS Lederkrav	s 14
Omstilling og endring	s 15
Oppsummering underenheter (hvis utskrift av dette velges)	s 16 - s 40

Oppsummering av temaene i medarbeiderundersøkelsen

Deltakelse i undersøkelsen

For at resultatene av spørreundersøkelsen skal være representative er det viktig at flest mulig deltar i undersøkelsen. I enheter eller ledergrupper hvor svarprosenten i år er under 70%, er det spesielt viktig å sjekke ut med medarbeiderne hva som kan gjøres for å få til en økt deltakelse i fremtiden.

Svarprosent fullførte skjema

71%

Antall utsendte

14 041

Antall påbegynte svar

2010	2011
	10756

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. Veiledning til hvordan lese tabellen finnes på neste side.

	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
MÅL	9861	61			66
FORBEDRINGER	9883	65			67
FAGLIG UTVIKLING	9880	61			63
KVALITET	9886	73			76
TRYGGHET	9831	75			77
RESPEKT	9841	72			74
MOTIVASJON	9888	74			77
ARBEIDSGLEDE	9881	73			77
TILHØRIGHET	9871	69			75
MEDVIRKNING	9858	55			58
ROLLEKLARHET	9873	86			87
SOSIALT SAMSPILL	9877	76			80
KONFLIKTER	9856	70			74
ARBEIDSBELASTNING	9870	62			63
EGENKONTROLL	9863	47			46
ROLLEKONFLIKT	9863	65			70
OPPLEVD LEDERADFERD	9847	71			74
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	9020	80			80
OUS LEDERKRAV	9772	67			67
ENDRING OG OMSTILLING	9754	46			46

Indikatorer:

	2010	2011
	OUS	OUS
Jobbtilfredshet		72
Jobbrelatert sykefravær		86

	Andel ja svar 2011	Andel ja svar 2010
Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	34%	
Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	53%	
Opplevd kvalitet Medarbeidersamtale	70%	

4

Om rapporten

Medarbeiderundersøkelsen kartlegger ulike forhold som virker inn på trivsel, motivasjon, og helse. Rapporten inneholder en oppsummering av medarbeidernes svar, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid. Bruk rapporten til å:

- Utforske resultatene i samarbeid med medarbeiderene.
- Velge bevarings- og forbedringsområder, og utarbeide tiltak i en handlingsplan for videre oppfølging

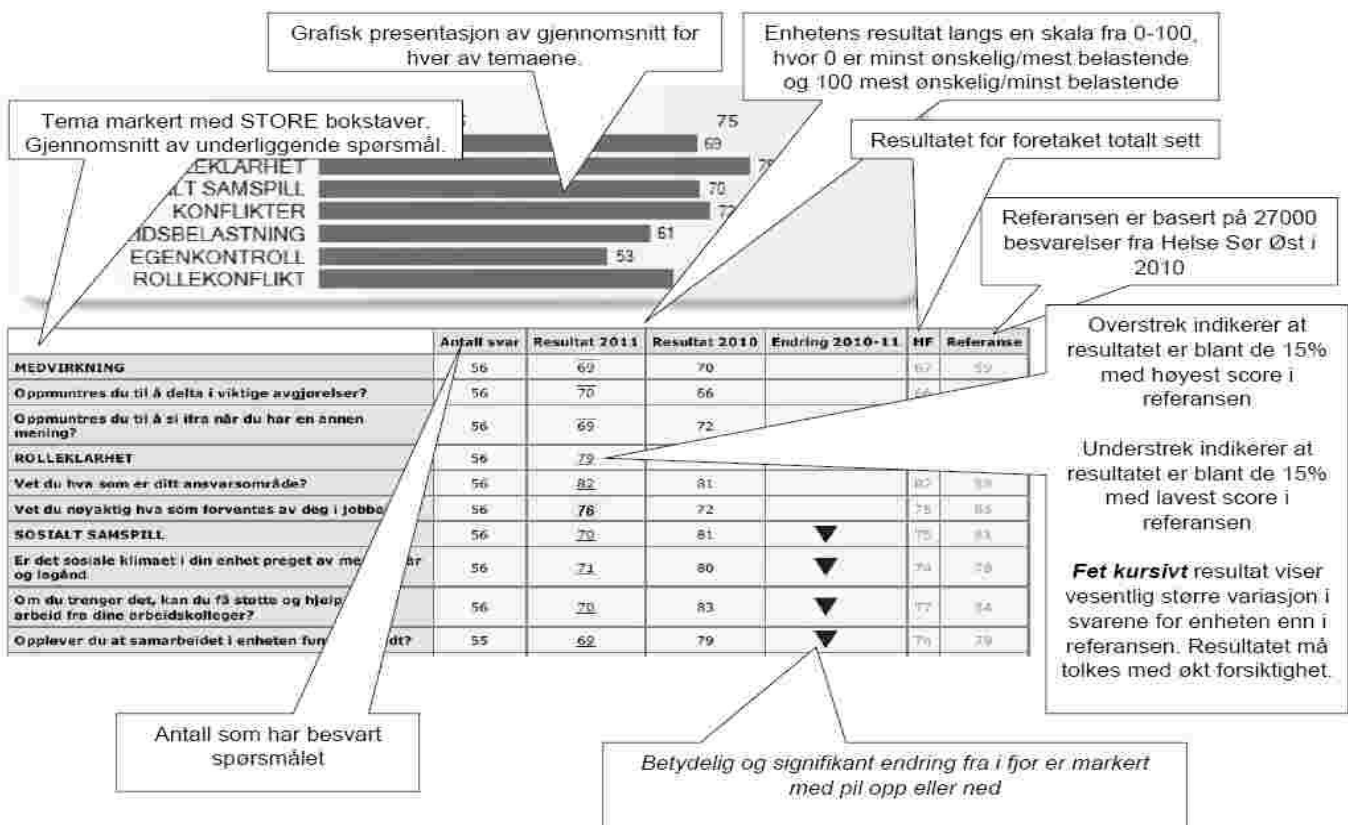
Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en liten innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell.

Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. For å kunne skille temaene fra enkeltspørsmålene i rapporten er temaene skrevet med **STORE** bokstaver. For hvert tema og enkeltspørsmål rapporteres antall personer som har svart, enhetens resultat i år og i fjor, endring fra i fjor, foretakets resultat og en referanse.

Et resultat-tall presentert med **fet** og **kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjonen på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultat-tallet presenteres i **fet** og **kursiv**.

Referansen som benyttes baserer seg på alle svar i Helse Sør-Øst i 2010 undersøkelsen. Referansen er basert på over 27 000 svar. Et resultat som ligger innenfor et normalområde gis ingen tegnsetting. Der resultatet skiller seg vesentlig fra referansen presenteres dette med **strek** over eller under resultatet. Resultat blant de 15% laveste presenteres med **understrek**, og resultat blant de 15% høyeste presenteres med **overstrek**. En reell endring fra året før markeres med **pil opp** eller **ned**.



Validering av resultatene

Rapporten gir et oversiktsbilde over medarbeidernes opplevelser og oppfatninger knyttet til arbeidsmiljøet. Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Noe variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enhet som rapporten gjelder.

Lokalt forbedringsarbeid

All ordinær oppfølging skal skje i lederlinjen. For mange betyr dette avsjekk av hvordan undersøkelsen følges opp i den enkelte enhet/ledergruppe, i ledermøter, i medarbeidersamtale med overordnet leder og ved foretakets resultatoppfølging som f.eks. ledelsens gjennomgåelse. Vernetjenesten skal i henhold til arbeidsmiljøloven medvirke til forbedring av arbeidsmiljøet. Lokalt verneombud bør på tidligst mulig tidspunkt trekkes inn og delta i planleggingen av oppfølgingsarbeidet. Det finnes flere nyttige verktøy som kan benyttes i oppfølgingen av undersøkelsen. Eksempler på slike verktøy finner du på Helse Sør-Øst sine Internettsider: <http://www.helse-sorost.no/verktoykassen>

Minst ett bevaringsområde og to forbedringsområder

Tema og spørsmål i resultatrapporten skal gjennomgås og vurderes i et tilbakemeldingsmøte - se retningslinjen "Medarbeiderundersøkelsen: Lederveiledning for tilbakemeldingsmøte og oppfølging" i e-håndboken. Det er behov for å begrense antall bevarings- og forbedringsområder. Selv om enheten/ledergruppen innen flere tema eller spørsmål oppnår resultater som avviker vesentlig fra sammenligningsgrunnlaget (referansen), betyr ikke dette nødvendigvis at dette er tema som trenger oppfølging. Det er opp til enheten selv å tolke resultatene og prioritere forbedrings- og bevaringsområder. Det skal velges ut ett område som vurderes som et sterkt område som skal bevares og bygges videre på (bevaringsområde), og to områder som vurderes som nødvendige å forbedre (forbedringsområder). La i tilbakemeldingsmøtet medarbeiderne få velge ut de tre områdene de mener det er viktigst å jobbe videre med. For hvert av de tre prioriterte områdene utvikles det tiltak. Tiltakene skal være rettet inn mot forhold enheten selv kan påvirke og gjøre noe med. Tiltakene skal dokumenteres i en handlingsplan. Også medarbeidere bør ha ansvar for å utføre tiltak. Eventuelle tiltak som involverer andre enheter, eller som dreier seg om rammebetingelser, skal følges opp gjennom linjen.

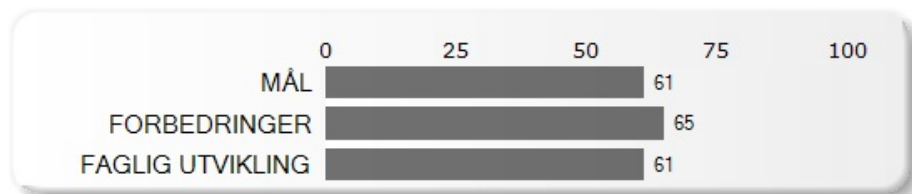
Krav til et systematisk HMS-arbeid er kartlegging, utvikling av tiltak og gjennomføring. Alle aktiviteter (kartlegging, handlingsplan og gjennomføring) skal dokumenteres, slik at de er etterprøvbare. Resultatrapporten utgjør dokumentasjonen av kartleggingen. Alle ledere vil få tilsendt en e-post med tilgang til en elektronisk handlingsplan, hvor områdene og tiltakene en har valgt å jobbe med skal registreres. Elektronisk handlingsplan sikrer en helhetlig dokumentasjon av oppfølgingsarbeidet, muliggjør deling av virksomme tiltak og forenkler rapporteringen av oppfølgingsarbeidet.

6

Resultat og utviklingsfokus

Temaene under dette hovedområdet er sentrale i forhold til det å nå resultater og videreutvikle enheten og medarbeiderne.

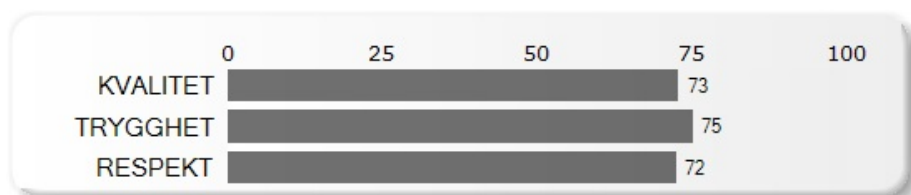
Klare MÅL er viktige for at alle skal kunne bidra best mulig til måloppnåelse. Alle virksomheter har behov for å lære av sine feil og videreutvikle driften. Resultatet for FORBEDRINGSARBEID og FAGLIG UTVIKLING viser medarbeidernes opplevelse av kulturen for dette arbeidet.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
MÅL	9861	61			66
Enhetens mål er godt kjent for alle ansatte	10120	64			69
Jeg vet godt hvordan jeg kan bidra til at enheten når sine mål	10061	67			71
Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål	10046	52			57
FORBEDRINGER	9883	65			67
I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik	10064	58			59
I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold.	10041	65			68
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	10096	68			70
Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet	10092	68			72
FAGLIG UTVIKLING	9880	61			63
Får utvikle meg faglig gjennom jobben	9993	67			69
Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	9974	63			65
Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter	9973	59			62
Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører	9990	55			57

Verdier

Vår visjon er gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Våre verdier, som skal prege vårt arbeid, er kvalitet, trygghet og respekt. Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever at enheten drives i tråd med disse verdiene.

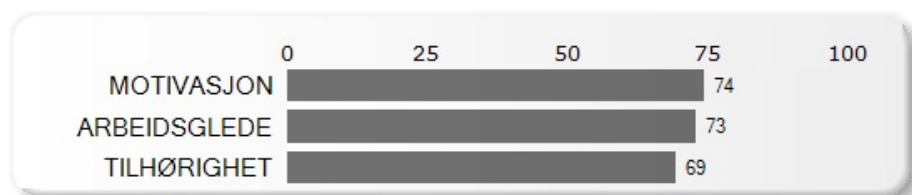


	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
KVALITET	9886	73			76
I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt	10084	73			76
I min enhet arbeider vi effektivt	10085	72			75
I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet	10078	73			75
TRYGGHET	9831	75			77
I min enhet lytter vi til pasientenes/servicemottakernes synspunkter	10013	77			80
I min enhet er vi lett tilgjengelige for pasienter/servicemottakere	10012	76			79
I min enhet gir vi tilstrekkelig informasjon til pasienter/servicemottakere	9991	72			73
RESPEKT	9841	72			74
I min enhet tar vi hensyn til pasientens/servicemottakerens livssyn og kulturelle bakgrunn	9956	75			76
I min enhet overholder vi de avtaler som blir gjort	10000	74			76
I min enhet blir ting sagt på en tydelig og forståelig måte	9997	68			71

8

Arbeidsglede og motivasjon

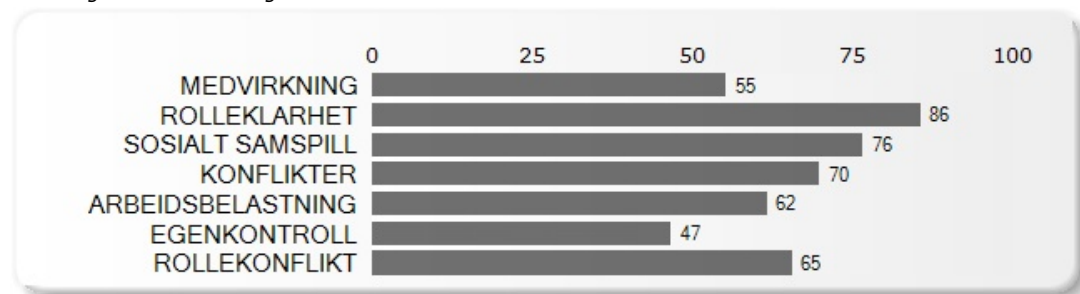
Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever MOTIVASJON, ARBEIDSGLEDE og TILHØRIGHET til arbeidsplassen. Det har en klar egenverdi at medarbeidere trives og er motiverte. Jobbtilfredshet virker positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingen, og på brukernes/servicemottakernes tilfredshet med tjenesteleveranser. Negative belastninger som er kartlagt under andre tema i undersøkelsen gir økt risiko for fravær og jobbskifte. Temaene jobbtilfredshet og jobbengasjement bidrar til mestringsopplevelse og er en viktig buffer mot negative belastninger.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
MOTIVASJON	9888	74			77
Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?	10042	73			76
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	10045	78			80
Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende	10027	72			73
ARBEIDSGLEDE	9881	73			77
Gleder du deg til å gå på jobben?	10024	74			78
Hvor ofte fører misnøye med jobben til at du ønsker å bytte arbeidsgiver?	10010	69			75
Hvor fornøyd er du samlet sett med den jobben du har nå?	10016	75			80
TILHØRIGHET	9871	69			75
Jeg sier til mine venner at dette er en god arbeidsplass å jobbe på	10008	69			77
Denne arbeidsplassen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste	10000	67			72
Jeg er stolt av min arbeidsplass	9999	72			75

Arbeidsmiljø og samspill

Temaene i dette hovedområdet måler belastningsfaktorene **KONFLIKTER**, **ARBEIDSBELASTNING** og **ROLLEKONFLIKT**. Disse faktorene kan skape en opplevelse av negativt stress og bidra til fravær og jobbskifte. I tillegg måles faktorene **MEDVIRKNING**, **ROLLEKLARHET**, **SOSIALT SAMSPILL** og **EGENKONTROLL**, som bidrar til mestring og er viktige buffere mot negative belastninger.

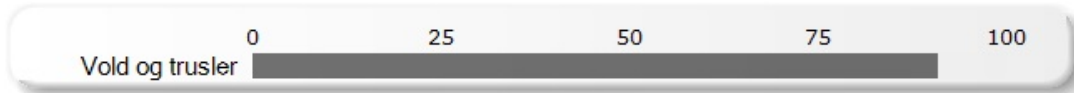


	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
MEDVIRKNING	9858	55			58
Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?	9984	54			57
Oppmuntres du til å si ifra når du har en annen mening?	9974	56			60
ROLLEKLARHET	9873	86			87
Vet du hva som er ditt ansvarsområde?	9998	87			89
Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	9993	83			85
SOSIALT SAMSPILL	9877	76			80
Er det sosiale klimaet i din enhet preget av medansvar og lagånd	9963	73			78
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?	9984	81			84
Opplever du at samarbeidet i enheten fungerer godt?	9985	75			79
KONFLIKTER	9856	70			74
Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?	9942	84			88
Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?	9943	65			70
Når konflikter oppstår i din enhet, blir de håndtert på en god måte?	9683	59			63
ARBEIDSBELASTNING	9870	62			63
Er den fysiske arbeidsbelastningen for stor i arbeidet ditt?	9959	65			67
Er arbeidstempoet ditt belastende?	9948	54			56
Er arbeidsmengden din belastende?	9931	51			53
Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?	9950	76			78
EGENKONTROLL	9863	47			46
Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?	9941	44			44
Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	9956	49			48
ROLLEKONFLIKT	9863	65			70
Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?	9933	61			66
Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?	9926	66			71
Mottar du motstridende forespørslser fra to eller flere personer?	9871	70			74

10

Vold og trusler

Vold og trusler er en stor belastning for medarbeidere som opplever det. I enheter som har utslag på dette temaet (resultat under 100), er det viktig å avklare hvordan episoder med vold/trusler skal følges opp. Det kan være en gjennomgang av etablert prosedyre/praksis og diskusjon om forebygging og forbedring av oppfølging etter hendelser.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder	9954	91			91

Jobbrelatert sykefravær

Arbeidsmiljøloven har en visjon om et helsefremmende arbeidsliv. Ved sykefravær plikter arbeidstaker å melde fra til arbeidsgiver dersom fraværet helt eller delvis skyldes forhold relatert til jobben og arbeidsmiljøet. Dersom enhetens resultat på dette området er under 100, bør det kartlegges hvilke utfordringer som kan gi fravær og hvordan den enkelte skal melde fra om forhold i arbeidet som kan bidra til fravær.

I møter hvor resultatene fra undersøkelsen legges frem må en sikre at det arbeides med resultatene på en slik måte at den enkeltes behov for anonymitet ivaretas. Individuelle forhold følges opp med individuelle samtaler (eks. medarbeidersamtalen).



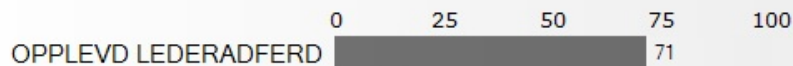
	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)	9046	86			88

	Andel uten fravær siste 12 mnd	Andel uten fravær siste 12 mnd i 2010
Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)	8%	

Opplevd lederatferd

Medarbeideres opplevelse av leders lederatferd er en av flere kilder til å forstå lederskapet. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet.

Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
OPPLEVD LEDERADFERD	9847	71			74
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	9906	73			77
Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet	9898	70			74
Min nærmeste leder stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner	9882	65			69
Min nærmeste leder følger opp det vi blir enige om	9880	68			72
Dersom jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder	9824	78			81
Dersom jeg ble syk over en lengre periode, ville jeg få god oppfølging av nærmeste leder	9816	72			74

En av leders oppgaver er å sikre en systematisk oppfølging av medarbeiderne. Nedenfor finner du resultatet som viser hvor mange som mener seg inkludert i oppfølgingen på enkelte sentrale områder.

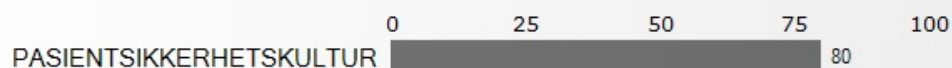
Det er et krav at resultatet av Medarbeiderundersøkelsen presenteres for de ansatte og følges opp. Alle medarbeidere skal også ha utviklings-/medarbeidersamtale en gang i året. Kvaliteten på denne samtalen er undersøkt ved hjelp av noen enkle avsjekkingspunkter. Det er et mål at flest mulig skal ha en individuell kompetanseutviklingsplan. Hensikten med dette er å få strukturert kompetanseutviklingen i enheten og at den enkelte får en faglig utvikling som er tilpasset enhetens drift.

	Antall svar	Andel ja
Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	9821	34%
Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	9879	53%
Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen til med å klargjøre målene for ditt arbeid?	5119	77%
Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen deg til å finne frem til forbedringer for hvordan du utfører ditt arbeid?	5102	62%
Fikk du gitt de tilbakemeldingene du hadde behov for i løpet av utviklings-/medarbeidersamtalen?	5123	88%
Resulterte utviklings-/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?	5091	54%
Kompetanseutviklingsplan	9848	41%
Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?	3969	63%

12

Pasientsikkerhetskultur

I 2011 starter en nasjonal kampanje om pasientsikkerhet i regi av Helse og omsorgsdepartementet. Som et av tiltakene i kampanjen er temaet pasientsikkerhet denne gangen med i foretaksgruppens Medarbeiderundersøkelse. Temaet består av to spørsmål. I tillegg rapporteres spørsmål fra de andre temaene i undersøkelsen som er relevante å se i sammenheng med temaet pasientsikkerhet/som virker inn på pasientsikkerhetskulturen.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	9020	80			80
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	8728	82			82
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	8557	77			77

	Andel ikke aktuell
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	11%
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	12%

Spørsmål fra andre tema som kan være relevante å diskutere i forbindelse med pasientsikkerhetskultur

	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik	10064	58			59
I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold.	10041	65			68
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	10096	68			70
Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet	10092	68			72
I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt	10084	73			76
Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter	9973	59			62
Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører	9990	55			57

Likeverd

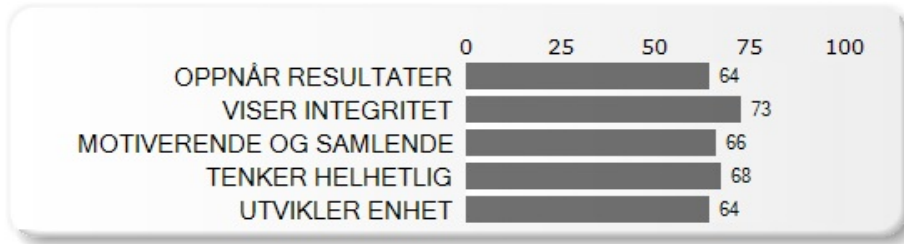
Like muligheter for alle medarbeidere er et mål for Oslo universitetssykehus. Spørsmålene under hovedområdet LIKEVERD gir et bilde av hvordan medarbeiderne opplever at dette ivaretas.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
LIKEVERD	9831	76			
I vår virksomhet blir alle medarbeidere gitt like muligheter uavhengig av alder, kjønn og etnisk bakgrunn	9861	72			73
Min nærmeste leder opptrer upartisk og rettferdig ved tilsetninger og fordeling av oppgaver	9821	68			70
Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for diskriminering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?	9810	89			91

OUS Lederkrav

Lederkravene ved Oslo universitetssykehus gjelder for alle ledere og er innarbeidet i lederfullmakter, i utviklingssamtale for ledere og følges opp i linjeorganisasjonen. Spørsmålene under dette hovedområdet gir et bilde av hvor godt medarbeiderne opplever at lederkravene etterleves i den daglige ledelsesutøvelsen. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet. Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.



	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
OPPNÅR RESULTATER	9778	64			64
Min nærmeste leder sørger for at min enhet setter tydelige mål	9827	63			63
Min nærmeste leder sørger for at min enhet utnytter ressursene effektivt	9821	65			65
Min nærmeste leder sørger for at det dokumenteres at alle avvik aktivt følges opp og lukkes	9763	64			64
VISER INTEGRITET	9795	73			73
Min nærmeste leder gir klart og tydelig uttrykk for egne meninger	9839	75			75
Min nærmeste leder lytter til andres meninger og ideer	9834	72			72
Min nærmeste leder sikrer at nødvendige beslutninger blir tatt	9809	70			70
Min nærmeste leder er lojal mot beslutninger som er tatt	9802	74			74
MOTIVERENDE OG SAMLENDE	9784	66			66
Min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros	9822	68			68
Min nærmeste leder håndterer vanskelige saker profesjonelt	9804	67			67
Min nærmeste leder håndterer konflikter på en konstruktiv måte	9782	64			64
TENKER HELHETLIG	9757	68			68
Min nærmeste leder sørger for at helhetsperspektivet fremmes aktivt i diskusjoner og beslutninger	9747	66			66
Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider godt med andre enheter	9786	68			68
Min nærmeste leder samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjenesten	9745	69			64
UTVIKLER ENHET	9747	64			64
Min nærmeste leder fremmer fagutvikling, forskning og utdanning	9771	66			66
Min nærmeste leder sikrer rekruttering og sørger for å beholde personell med høy kompetanse	9756	63			63

Endring og omstilling

Dette hovedområdet omfatter spørsmål knyttet til endring og omstilling ved Oslo universitetssykehus. Det er mål at samarbeidet på tvers skal være godt, at medarbeidere opplever å bli involvert og ivaretatt og at det beste fra de fire tidligere helseforetakene blir utnyttet. Spørsmålene nedenfor gir et bilde av i hvor stor grad medarbeiderne opplever at dette skjer.

0 25 50 75 100
 ENDRING OG OMSTILLING

	Antall svar	Resultat 2011	Resultat 2010	Endring 2010-11	Referanse
ENDRING OG OMSTILLING	9754	46			46
I min enhet har vi ingen "de fra Aker – de fra Radiumhospitalet – de fra Rikshospitalet – de fra Ullevål" – holdninger etter sammenslåingen	9712	54			54
I min enhet har vi forbedret våre arbeidsformer ved å utnytte det beste fra de fire helseforetakene som er slått sammen (Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål)	9634	49			49
Innenfor mitt fagområde har vi klart å utnytte den beste fagkompetansen fra alle de fire tidligere helseforetakene	9605	50			50
Jeg har tro på at Oslo universitetssykehus vil oppnå de ambisjoner som ligger til grunn for sammenslåingen	9715	35			35
Jeg opplever at medarbeiderne i min enhet har vært tilstrekkelig involvert i omstillingene	9671	40			40
Jeg opplever at jeg så langt har blitt godt ivaretatt i omstillingsprosessen	9690	50			50

16

Oppsummering indikatorer

Under oppsummeres antall svar, svarprosent og indikatorer for jobbtilfredshet og jobbrelatert sykefravær for alle underliggende enheter.

	Antall svar	Svarprosent
OUS	9946	71%
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	1512	70%
MED MEDISINSK KLINIKK	884	67%
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	1405	69%
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1346	74%
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN		
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	509	66%
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI		
AKU AKUTTCLINIKKEN	1502	70%
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	1273	66%
KRG KREFTREGISTERET		
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	1327	83%
STA STAB	174	75%
FPO FELLESPOSTER		
EKSTERNE ENHETER		
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON		
Klinikkledergruppe	9	100%
Direktørens stab	5	83%

	Jobbtilfredshet	Jobbrelatert sykefravær
OUS	72	86
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	73	86
MED MEDISINSK KLINIKK	69	87
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	72	87
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	75	87
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN		
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	76	91
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI		
AKU AKUTTCLINIKKEN	73	85
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	69	86
KRG KREFTREGISTERET		
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	71	78
STA STAB	69	90
FPO FELLESPOSTER		
EKSTERNE ENHETER		
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON		
Klinikkledergruppe	86	100
Direktørens stab	83	90

Oppsummering indikatorer for medarbeideroppfølging

Her rapporteres indikatorer for oppfølging av medarbeidere i underliggende enheter. Angir andel medarbeidere som svarer de har vært involvert i oppfølging av forrige Medarbeiderundersøkelse, hatt medarbeidersamtale siste 12 måneder og andel positive svar på enkeltspørsmålene om kvalitet på medarbeidersamtalen. Alle indikatorene er på en skala fra 0 til 1 der 1 tilsvarer 100% positive svar.

	Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	Opplevd kvalitet Medarbeidersamtale
OUS	0,34	0,53	0,70
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	0,41	0,58	0,72
MED MEDISINSK KLINIKK	0,31	0,50	0,70
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	0,34	0,53	0,72
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	0,33	0,46	0,69
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN			
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	0,27	0,37	0,68
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI			
AKU AKUTTKLINIKKEN	0,22	0,42	0,68
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	0,33	0,60	0,68
KRG KREFTREGISTERET			
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	0,48	0,62	0,74
STA STAB	0,46	0,65	0,68
FPO FELLESPOSTER			
EKSTERNE ENHETER			
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON			
Klinikkledergruppe	0,56	1,00	0,78
Direktørens stab	0,80	0,80	

18

Oppsummering av temaene i Oedarbeiderundersøkelsen

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen for direkte underliggende enheter. Detaljer for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten.

	MÅL	FORBEDRINGER	FAGLIG UTVIKLING	KVALITET	TRYGGHET	RESPEKT	MOTIVASJON	ARBEIDSGLEDE	TILHØRIGHET
Referanse	66	67	63	76	77	74	77	77	75
OUS	61	65	61	73	75	72	74	73	69
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	66	66	63	73	76	75	75	74	70
MED MEDISINSK KLINIKK	61	65	61	74	76	74	73	71	65
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	59	63	61	72	75	72	75	73	68
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	59	63	61	73	76	72	79	75	71
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN									
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	62	66	64	79	76	73	77	77	76
SMK KLINIKK FOR SPECIALISERT MEDISIN OG KIRURGI									
AKU AKUTTCLINIKKEN	55	63	59	72	75	71	75	73	71
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	61	68	61	74	73	71	71	71	66
KRG KREFTREGISTERET									
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	68	66	61	70	75	73	71	72	70
STA STAB	64	68	66	72	71	71	75	71	63
FPO FELLESPOSTER									
EKSTERNE ENHETER									
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON									
Klinikkledergruppe	75	60	63	64	59	68	93	86	79
Direktørens stab	73	64	67	67	55	65	85	75	88

Oppsummering av temaene i Medarbeiderundersøkelsen fortsetter

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen for direkte underliggende enheter. Detaljer for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten.

	MEDVIRKNING	ROLLEKLARHET	SOSIALT SAMSPILL	KONFLIKTER	ARBEIDSBELASTNING	EGENKONTROLL	ROLLEKONFLIKT
Referanse	58	87	80	74	63	46	70
OUS	55	86	76	70	62	47	65
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	62	84	78	71	70	57	68
MED MEDISINSK KLINIKK	57	85	76	71	60	47	64
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	53	85	76	69	61	45	65
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	53	87	78	69	60	42	67
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN							
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	54	87	81	73	60	45	68
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI							
AKU AKUTTKLINIKKEN	50	86	77	67	59	36	63
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	54	83	77	71	61	46	68
KRG KREFTREGISTERET							
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	55	87	72	70	57	52	62
STA STAB	70	79	76	74	67	59	62
FPO FELLESPOSTER							
EKSTERNE ENHETER							
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON							
Klinikkledergruppe	81	97	61	79	56	22	51
Direktørens stab	75	90	67	73	54	48	60

20

Oppsummering av temaene i Medarbeiderundersøkelsen fortsetter

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen for direkte underliggende enheter. Detaljer for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten.

	Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder	OPPLEVD LEDERADFERD	PASIENTSIKKERHETSKULTUR
Referanse	88	91	74	80
OUS	86	91	71	80
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	86	72	73	83
MED MEDISINSK KLINIKK	87	93	73	82
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	87	94	72	80
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	87	98	68	83
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN				
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	91	97	73	87
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI				
AKU AKUTTCLINIKKEN	85	88	67	81
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	86	98	73	78
KRG KREFTREGISTERET				
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	78	93	71	68
STA STAB	90	98	76	66
FPO FELLESPOSTER				
EKSTERNE ENHETER				
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON				
Klinikkledergruppe	100	97	79	93
Direktørens stab	90	100	77	95

21

Oppsummering av temaene i Medarbeiderundersøkelsen fortsetter

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen for direkte underliggende enheter. Detaljer for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten.

	LIKEVERD	OPPÅR RESULTATER	VISER INTEGRITET	MOTIVERENDE OG SAMLENDE	TENKER HELHETLIG	UTVIKLER ENHET	ENDRING OG OMSTILLING
Referanse		64	73	66	68	64	46
OUS	76	64	73	66	68	64	46
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	78	67	76	68	69	67	50
MED MEDISINSK KLINIKK	78	65	74	67	68	66	44
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	77	63	73	67	67	67	44
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	75	61	70	63	65	61	45
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN							
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	80	68	76	70	72	71	43
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI							
AKU AKUTTCLINIKKEN	74	61	70	64	65	63	42
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	78	66	74	68	69	65	44
KRG KREFTREGISTERET							
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	73	65	71	65	67	60	53
STA STAB	80	66	79	73	72	68	60
FPO FELLESPOSTER							
EKSTERNE ENHETER							
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON							
Klinikkledergruppe	90	71	79	69	67	61	74
Direktørens stab	78	67	79	67	70	58	70

22

Resultat og utviklingsfokus

Temaene under dette hovedområdet er sentrale i forhold til det å nå resultater og videreutvikle enheten og medarbeiderne.

Klare MÅL er viktige for at alle skal kunne bidra best mulig til måloppnåelse. Alle virksomheter har behov for å lære av sine feil og videreutvikle driften. Resultatet for FORBEDRINGSARBEID og FAGLIG UTVIKLING viser medarbeidernes opplevelse av kulturen for dette arbeidet.

	MÅL	Enhetens mål er godt kjent for alle ansatte	Jeg vet godt hvordan jeg kan bidra til at enheten når sine mål	Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål	FORBEDRINGER	I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik	I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold.	Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet
Referanse	66	69	71	57	67	59	68	70	72
OUS	61	64	67	52	65	58	65	68	68
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	66	68	71	57	66	60	66	68	70
MED MEDISINSK KLINIKK	61	63	65	53	65	56	66	67	68
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	59	62	65	50	63	52	64	67	68
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	59	62	64	50	63	54	63	66	68
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN									
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	62	63	67	54	66	57	68	70	71
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI									
AKU AKUTTKLINIKKEN	55	58	62	45	63	55	64	66	66
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	61	63	66	53	68	62	68	72	69
KRG KREFTREGISTERET									
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	68	69	74	59	66	64	66	68	69
STA STAB	64	66	71	54	68	60	72	69	72
FPO FELLESPOSTER									
EKSTERNE ENHETER									
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON									
Klinikkledergruppe	75	75	78	72	60	56	72	53	58
Direktørens stab	73	58	75	50	64	50	79	71	54

Resultat og utviklingsfokus fortsetter
FAGLIG UTVIKLING

	FAGLIG UTVIKLING	Får utvikle meg faglig gjennom jobben	Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter	Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører
Referanse	63	69	65	62	57
OUS	61	67	63	59	55
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	63	68	63	63	58
MED MEDISINSK KLINIKK	61	66	63	59	54
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	61	67	63	59	55
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	61	69	62	59	52
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN					
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	64	70	66	62	56
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI					
AKU AKUTTKLINIKKEN	59	66	61	58	49
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	61	65	63	57	56
KRG KREFTREGISTERET					
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	61	63	65	57	58
STA STAB	66	70	63	63	68
FPO FELLESPOSTER					
EKSTERNE ENHETER					
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON					
Klinikkledergruppe	63	78	61	64	50
Direktørens stab	67	79	71	67	50

Verdier

Vår visjon er gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Våre verdier, som skal prege vårt arbeid, er kvalitet, trygghet og respekt. Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever at enheten drives i tråd med disse verdiene.

	KVALITET	I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt	I min enhet arbeider vi effektivt	I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet	TRYGGHET	I min enhet lytter vi til pasientenes/service-mottakernes synspunkter	I min enhet er vi lett tilgjengelige for pasienter/service-mottakere	I min enhet gir vi tilstrekkelig informasjon til pasienter/service-mottakere
Referanse	76	76	75	75	77	80	79	73
OUS	73	73	72	73	75	77	76	72
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	73	76	69	73	76	78	78	72
MED MEDISINSK KLINIKK	74	75	72	75	76	78	77	72
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	72	71	70	74	75	78	75	72
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	73	73	73	74	76	79	77	72
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN								
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	79	75	79	82	76	76	78	73
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI								
AKU AKUTTKLINIKKEN	72	72	72	73	75	76	77	72
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	74	74	74	75	73	74	74	72
KRG KREFTREGISTERET								
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	70	70	73	68	75	76	77	71
STA STAB	72	72	68	75	71	74	72	65
FPO FELLESPOSTER								
EKSTERNE ENHETER								
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON								
Klinikkledergruppe	64	75	58	58	59	64	56	58
Direktørens stab	67	63	58	67	55	75	50	54

Verdier
RESPEKT

	RESPEKT	I min enhet tar vi hensyn til pasientens/servicemottakerens livssyn og kulturelle bakgrunn	I min enhet overholder vi de avtaler som blir gjort	I min enhet blir ting sagt på en tydelig og forståelig måte
Referanse	74	76	76	71
OUS	72	75	74	68
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	75	78	76	69
MED MEDISINSK KLINIKK	74	76	75	70
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	72	76	71	67
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	72	77	72	68
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN				
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	73	75	74	70
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI				
AKU AKUTTCLINIKKEN	71	76	71	65
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	71	71	74	67
KRG KREFTREGISTERET				
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	73	74	75	69
STA STAB	71	69	76	67
FPO FELLESPOSTER				
EKSTERNE ENHETER				
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON				
Klinikkledergruppe	68	69	67	69
Direktørens stab	65	71	71	58

26

Arbeidsglede og motivasjon

Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever MOTIVASJON, ARBEIDSGLEDE og TILHØRIGHET til arbeidsplassen. Det har en klar egenverdi at medarbeidere trives og er motiverte. Jobbtilfredshet virker positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingen, og på brukernes/servicemottakernes tilfredshet med tjenesteleveranser. Negative belastninger som er kartlagt under andre tema i undersøkelsen gir økt risiko for fravær og jobbskifte. Temaene jobbtilfredshet og jobbengasjement bidrar til mestringsopplevelse og er en viktig buffer mot negative belastninger.

	MOTIVASJON	Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?	Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende	ARBEIDSGLEDE	Gleder du deg til å gå på jobben?	Hvor ofte fører misnøye med jobben til at du ønsker å bytte arbeidsgiver?	Hvor fornøyd er du samlet sett med den jobben du har nå?
Referanse	77	76	80	73	77	78	75	80
OUS	74	73	78	72	73	74	69	75
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	75	75	78	72	74	73	71	76
MED MEDISINSK KLINIKK	73	71	76	70	71	71	66	73
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	75	74	78	72	73	73	70	76
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	79	78	82	78	75	77	70	77
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN								
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	77	77	80	74	77	76	75	79
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI								
AKU AKUTTKLINIKKEN	75	74	78	73	73	75	70	76
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	71	70	75	67	71	70	68	73
KRG KREFTREGISTERET								
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	71	69	75	68	72	76	67	74
STA STAB	75	73	79	73	71	75	65	73
FPO FELLESPOSTER								
EKSTERNE ENHETER								
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON								
Klinikkledergruppe	93	89	94	94	86	86	86	86
Direktørens stab	85	75	96	83	75	79	71	79

Arbeidsglede og motivasjon
TILHØRIGHET

	TILHØRIGHET	Jeg sier til mine venner at dette er en god arbeidsplass å jobbe på	Denne arbeidsplassen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste	Jeg er stolt av min arbeidsplass
Referanse	75	77	72	75
OUS	69	69	67	72
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	70	71	67	71
MED MEDISINSK KLINIKK	65	65	63	67
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	68	69	66	70
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	71	70	69	74
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN				
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	76	76	73	79
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI				
AKU AKUTTKLINIKKEN	71	71	67	74
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	66	66	63	70
KRG KREFTREGISTERET				
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	70	70	68	73
STA STAB	63	62	61	65
FPO FELLESPOSTER				
EKSTERNE ENHETER				
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON				
Klinikledergruppe	79	75	81	81
Direktørens stab	88	83	83	96

Arbeidsmiljø og samspill

Temaene i dette hovedområdet måler belastningsfaktorene **KONFLIKTER**, **ARBEIDSBELASTNING** og **ROLLEKONFLIKT**. Disse faktorene kan skape en opplevelse av negativt stress og bidra til fravær og jobbskifte. I tillegg måles faktorene **MEDVIRKNING**, **ROLLEKLARHET**, **SOSIALT SAMSPILL** og **EGENKONTROLL**, som bidrar til mestring og er viktige buffere mot negative belastninger.

	MEDVIRKNING	Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?	Oppmuntres du til å si ifra når du har en annen mening?	ROLLEKLARHET	Vet du hva som er ditt ansvarsområde?	Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	SOSIALT SAMSPILL	Er det sosiale klimaet i din enhet preget av medansvar og lagånd	Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?	Opplever du at samarbeidet i enheten fungerer godt?
Referanse	58	57	60	87	89	85	80	78	84	79
OUS	55	54	56	86	87	83	76	73	81	75
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	62	61	62	84	87	81	78	75	83	75
MED MEDISINSK KLINIKK	57	56	57	85	87	84	76	74	80	75
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEUROFAG	53	52	55	85	87	83	76	73	82	74
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	53	52	54	87	89	85	78	75	83	76
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN										
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	54	52	56	87	88	85	81	78	84	82
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI										
AKU AKUTTCLINIKKEN	50	48	52	86	88	85	77	73	82	76
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	54	52	56	83	85	81	77	73	81	75
KRG KREFTREGISTERET										
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	55	54	57	87	88	85	72	68	75	71
STA STAB	70	68	71	79	83	76	76	73	80	76
FPO FELLESPOSTER										
EKSTERNE ENHETER										
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON										
Klinikkledergruppe	81	86	75	97	100	94	61	61	61	61
Direktørens stab	75	75	75	90	92	83	67	63	75	63

Arbeidsmiljø og samspill
KONFLIKTER og ARBEIDSBELASTNING

	KONFLIKTER	Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?	Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?	Når konflikter oppstår i din enhet, blir de håndtert på en god måte?	ARBEIDSBELASTNING	Er den fysiske arbeidsbelastningen for stor i arbeidet ditt?	Er arbeidstempoet ditt belastende?	Er arbeidsmengden din belastende?	Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?
Referanse	74	88	70	63	63	67	56	53	78
OUS	70	84	65	59	62	65	54	51	76
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	71	85	66	62	70	80	64	59	78
MED MEDISINSK KLINIKK	71	85	66	61	60	63	52	49	77
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEUROFAG	69	85	63	57	61	65	53	50	77
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	69	85	63	57	60	65	52	48	77
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN									
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	73	86	71	61	60	61	54	52	77
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI									
AKU AKUTTAKLINIKKEN	67	83	61	55	59	58	52	50	77
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	71	85	67	60	61	65	53	48	77
KRG KREFTREGISTERET									
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	70	81	68	59	57	56	51	49	72
STA STAB	74	90	69	63	67	82	58	53	74
FPO FELLESPOSTER									
EKSTERNE ENHETER									
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON									
Klinikledergruppe	79	97	78	56	56	86	36	33	69
Direktørens stab	73	96	67	58	54	67	29	25	71

30

Arbeidsmiljø og samspill

EGENKONTROLL og ROLLEKONFLIKT

	EGENKONTROLL	Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?	Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	ROLLEKONFLIKT	Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?	Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?	Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?
Referanse	46	44	48	70	66	71	74
OUS	47	44	49	65	61	66	70
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	57	56	59	68	62	69	72
MED MEDISINSK KLINIKK	47	45	48	64	60	63	69
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	45	44	47	65	62	64	70
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	42	42	42	67	63	67	72
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN							
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	45	44	46	68	64	68	72
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI							
AKU AKUTTCLINIKKEN	36	34	37	63	59	64	67
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	46	42	50	68	62	68	73
KRG KREFTREGISTERET							
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	52	46	58	62	56	62	67
STA STAB	59	55	63	62	60	63	65
FPO FELLESPOSTER							
EKSTERNE ENHETER							
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON							
Klinikkledergruppe	22	22	22	51	56	42	56
Direktørens stab	48	42	46	60	58	46	67

Vold og trusler

Vold og trusler er en stor belastning for medarbeidere som opplever det. I enheter som har utslag på dette temaet (resultat under 100), er det viktig å avklare hvordan episoder med vold/trusler skal følges opp. Det kan være en gjennomgang av etablert prosedyre/praksis og diskusjon om forebygging og forbedring av oppfølging etter hendelser.

	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder
Referanse	91
OUS	91
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	72
MED MEDISINSK KLINIKK	93
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	94
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	98
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	97
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	
AKU AKUTTCLINIKKEN	88
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	98
KRG KREFTREGISTERET	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	93
STA STAB	98
FPO FELLESPOSTER	
EKSTERNE ENHETER	
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON	
Klinikkledergruppe	97
Direktørens stab	100

Jobbrelatert sykefravær

Arbeidsmiljøloven har en visjon om et helsefremmende arbeidsliv. Ved sykefravær plikter arbeidstaker å melde fra til arbeidsgiver dersom fraværet helt eller delvis skyldes forhold relatert til jobben og arbeidsmiljøet. Dersom enhetens resultat på dette området er under 100, bør det kartlegges hvilke utfordringer som kan gi fravær og hvordan den enkelte skal melde fra om forhold i arbeidet som kan bidra til fravær.

I møter hvor resultatene fra undersøkelsen legges frem må en sikre at det arbeides med resultatene på en slik måte at den enkeltes behov for anonymitet ivaretas. Individuelle forhold følges opp med individuelle samtaler (eks. medarbeidersamtalen).

	Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)
Referanse	89
OUS	85
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	86
MED MEDISINSK KLINIKK	87
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	87
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	87
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN	
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	91
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	
AKU AKUTTKLINIKKEN	85
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	86
KRG KREFTREGISTERET	
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	78
STA STAB	90
FPO FELLESPOSTER	
EKSTERNE ENHETER	
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON	
Klinikkledergruppe	100
Direktørens stab	90

Opplevd lederatferd

Medarbeideres opplevelse av leders lederatferd er en av flere kilder til å forstå lederskapet. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet.

Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.

	OPPLEVD LEDERATFERD	Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet	Min nærmeste leder stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner	Min nærmeste leder følger opp det vi blir enige om	Dersom jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder	Dersom jeg ble syk over en lengre periode, ville jeg få god oppfølging av nærmeste leder
Referanse	74	77	74	69	72	81	74
OUS	71	73	70	65	68	78	72
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	73	74	72	67	71	79	75
MED MEDISINSK KLINIKK	73	76	73	65	71	79	73
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	72	73	71	66	69	79	73
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	68	69	67	62	64	77	69
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN							
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	73	74	73	66	69	80	73
SMK KLINIKK FOR SPECIALISERT MEDISIN OG KIRURGI							
AKU AKUTTKLINIKKEN	67	69	65	61	64	77	69
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	73	77	72	66	70	80	75
KRG KREFTREGISTERET							
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	71	74	70	69	69	74	71
STA STAB	76	77	75	68	75	85	78
FPO FELLESPOSTER							
EKSTERNE ENHETER							
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON							
Klinikkledergruppe	79	83	92	75	72	81	78
Direktørens stab	77	85	85	75	75	85	55

Medarbeideroppfølging

En av leders oppgaver er å sikre en systematisk oppfølging av medarbeiderne. Nedenfor finner du resultatet som viser hvor mange som mener seg inkludert i oppfølgingen på enkelte sentrale områder.

Det er et krav at resultatet av Medarbeiderundersøkelsen presenteres for de ansatte og følges opp. Alle medarbeidere skal også ha utviklings-/medarbeidersamtale en gang i året. Kvaliteten på denne samtalen er undersøkt ved hjelp av noen enkle avsjekkingspunkter. Det er et mål at flest mulig skal ha en individuell kompetanseutviklingsplan. Hensikten med dette er å få strukturert kompetanseutviklingen i enheten og at den enkelte får en faglig utvikling som er tilpasset enhetens drift.

	Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen til med å klargjøre målene for ditt arbeid?	Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen deg til å finne frem til forbedringer for hvordan du utfører ditt arbeid?	Fikk du gitt de tilbakemeldingene du hadde behov for i løpet av utviklings-/medarbeidersamtalen?	Resulterte utviklings-/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?
OUS	0,34	0,53	0,77	0,62	0,88	0,54
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	0,41	0,58	0,79	0,66	0,89	0,54
MED MEDISINSK KLINIKK	0,31	0,50	0,74	0,59	0,87	0,61
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	0,34	0,53	0,79	0,64	0,90	0,54
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	0,33	0,46	0,77	0,60	0,86	0,52
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN						
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	0,27	0,37	0,77	0,58	0,92	0,45
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI						
AKU AKUTTKLINIKKEN	0,22	0,42	0,74	0,57	0,88	0,53
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	0,33	0,60	0,75	0,52	0,89	0,55
KRG KREFTREGISTERET						
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	0,48	0,62	0,81	0,70	0,86	0,60
STA STAB	0,46	0,65	0,81	0,62	0,95	0,36
FPO FELLESPOSTER						
EKSTERNE ENHETER						
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON						
Klinikkledergruppe	0,56	1,00	1,00	0,89	1,00	0,22
Direktørens stab	0,80	0,80				

Medarbeideroppfølging
KOMPETANSEUTVIKLINGSPLAN

	Kompetanseutviklingsplan	Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?
OUS	0,41	0,63
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	0,43	0,68
MED MEDISINSK KLINIKK	0,41	0,60
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	0,39	0,62
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	0,39	0,59
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN		
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	0,32	0,65
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI		
AKU AKUTTKLINIKKEN	0,38	0,61
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	0,44	0,60
KRG KREFTREGISTERET		
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	0,47	0,65
STA STAB	0,26	0,71
FPO FELLESPOSTER		
EKSTERNE ENHETER		
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON		
Klinikkledergruppe	0,22	
Direktørens stab	0,40	

Pasientsikkerhetskultur

I 2011 starter en nasjonal kampanje om pasientsikkerhet i regi av Helse og omsorgsdepartementet. Som et av tiltakene i kampanjen er temaet pasientsikkerhet denne gangen med i foretaksgruppens Medarbeiderundersøkelse. Temaet består av to spørsmål. I tillegg rapporteres spørsmål fra de andre temaene i undersøkelsen som er relevante å se i sammenheng med temaet pasientsikkerhet/som virker inn på pasientsikkerhetskulturen.

	PASIENTSIKKERHETSKULTUR	Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig
Referanse	80	82	77
OUS	80	82	77
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	83	83	82
MED MEDISINSK KLINIKK	82	83	80
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	80	83	77
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	83	86	80
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN			
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	87	92	83
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI			
AKU AKUTTCLINIKKEN	81	85	78
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	78	78	78
KRG KREFTREGISTERET			
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	68	74	60
STA STAB	66	69	62
FPO FELLESPOSTER			
EKSTERNE ENHETER			
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON			
Klinikkledergruppe	93	93	96
Direktørens stab	95	100	90

Likeverd

Like muligheter for alle medarbeidere er et mål for Oslo universitetssykehus. Spørsmålene under hovedområdet LIKEVERD gir et bilde av hvordan medarbeiderne opplever at dette ivaretas.

	LIKEVERD	I vår virksomhet blir alle medarbeidere gitt like muligheter uavhengig av alder, kjønn og etnisk bakgrunn	Min nærmeste leder opptrer upartisk og rettferdig ved tilsetninger og fordeling av oppgaver	Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for diskriminering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?
OUS	76	72	68	89
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	78	73	70	91
MED MEDISINSK KLINIKK	78	73	70	91
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	77	72	68	90
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	75	71	66	89
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN				
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	80	75	71	93
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI				
AKU AKUTTKLINIKKEN	74	70	64	89
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	78	72	70	91
KRG KREFTREGISTERET				
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	73	69	66	85
STA STAB	80	72	72	94
FPO FELLESPOSTER				
EKSTERNE ENHETER				
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON				
Klinikledergruppe	90	83	86	100
Direktørens stab	78	60	75	100

OUS Lederkrav

Lederkravene ved Oslo universitetssykehus gjelder for alle ledere og er innarbeidet i lederfullmakter, i utviklingssamtale for ledere og følges opp i linjeorganisasjonen. Spørsmålene under dette hovedområdet gir et bilde av hvor godt medarbeiderne opplever at lederkravene etterleves i den daglige ledelsesutøvelsen. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet. Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.

	OPPNÅR RESULTATER	Min nærmeste leder sørger for at min enhet setter tydelige mål	Min nærmeste leder sørger for at min enhet utnytter ressursene effektivt	Min nærmeste leder sørger for at det dokumenteres at alle avvik aktivt følges opp og lukkes	VISER INTEGRITET	Min nærmeste leder gir klart og tydelig uttrykk for egne meninger	Min nærmeste leder lytter til andres meninger og ideer	Min nærmeste leder sikrer at nødvendige beslutninger blir tatt	Min nærmeste leder er lojal mot beslutninger som er tatt
OUS	64	63	65	64	73	75	72	70	74
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	67	66	67	68	76	77	75	74	77
MED MEDISINSK KLINIKK	65	63	67	65	74	76	74	72	75
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	63	62	66	61	73	76	72	70	73
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	61	61	61	61	70	72	69	68	72
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN									
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	68	66	71	66	76	77	75	74	76
SMK KLINIKK FOR SPECIALISERT MEDISIN OG KIRURGI									
AKU AKUTTCLINIKKEN	61	58	62	62	70	73	69	66	70
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	66	64	67	68	74	75	75	72	75
KRG KREFTREGISTERET									
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	65	66	65	65	71	73	71	69	72
STA STAB	66	67	65	64	79	82	80	74	81
FPO FELLESPOSTER									
EKSTERNE ENHETER									
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON									
Klinikkledergruppe	71	86	64	64	79	78	83	72	83
Direktørens stab	67	70	65	65	79	70	80	75	90

OUS Lederkrav

	MOTIVERENDE OG SAMLENDE	Min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros	Min nærmeste leder håndterer vanskelige saker profesjonelt	Min nærmeste leder håndterer konflikter på en konstruktiv måte	TENKER HELHETLIG	Min nærmeste leder sørger for at helhetsperspektivet fremmes aktivt i diskusjoner og beslutninger	Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider godt med andre enheter	Min nærmeste leder samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjenesten
OUS	66	68	67	64	68	66	68	69
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	68	70	70	65	69	69	70	69
MED MEDISINSK KLINIKK	67	69	68	65	68	67	69	70
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	67	69	67	64	67	65	68	68
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	63	63	64	60	65	63	66	66
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN								
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	70	70	72	69	72	69	73	73
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI								
AKU AKUTTCLINIKKEN	64	66	64	61	65	62	66	68
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	68	70	68	66	69	67	69	69
KRG KREFTREGISTERET								
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	65	66	65	64	67	66	68	68
STA STAB	73	78	74	68	72	72	69	75
FPO FELLESPOSTER								
EKSTERNE ENHETER								
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON								
Klinikkledergruppe	69	64	75	67	67	72	64	64
Direktørens stab	67	65	70	65	70	80	60	70

OUS Lederkrav

	UTVIKLER ENHET	Min nærmeste leder fremmer fagutvikling, forskning og utdanning	Min nærmeste leder sikrer rekruttering og sørger for å beholde personell med høy kompetanse
OUS	64	66	63
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	67	68	66
MED MEDISINSK KLINIKK	66	69	64
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	67	67	66
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	61	64	58
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN			
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	71	72	70
SMK KLINIKK FOR SPECIALISERT MEDISIN OG KIRURGI			
AKU AKUTTCLINIKKEN	63	65	61
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	65	66	65
KRG KREFTREGISTERET			
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	60	60	60
STA STAB	68	69	67
FPO FELLESPOSTER			
EKSTERNE ENHETER			
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON			
Klinikkledergruppe	61	61	66
Direktørens stab	58	55	60

Endring og omstilling

Dette hovedområdet omfatter spørsmål knyttet til endring og omstilling ved Oslo universitetssykehus. Det er mål at samarbeidet på tvers skal være godt, at medarbeidere opplever å bli involvert og ivaretatt og at det beste fra de fire tidligere helseforetakene blir utnyttet. Spørsmålene nedenfor gir et bilde av i hvor stor grad medarbeiderne opplever at dette skjer.

	ENDRING OG OMSTILLING	I min enhet har vi ingen "de fra Aker – de fra Radiumhospitalet – de fra Rikshospitalet – de fra Ullevål" – holdninger etter sammenslåingen	I min enhet har vi forbedret våre arbeidsformer ved å utnytte det beste fra de fire helseforetakene som er slått sammen (Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål)	Innenfor mitt fagområde har vi klart å utnytte den beste fagkompetansen fra alle de fire tidligere helseforetakene	Jeg har tro på at Oslo universitetssykehus vil oppnå de ambisjoner som ligger til grunn for sammenslåingen	Jeg opplever at medarbeiderne i min enhet har vært tilstrekkelig involvert i omstillingene	Jeg opplever at jeg så langt har blitt godt ivaretatt i omstillingsprosessen
OUS	46	54	49	50	35	40	50
PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	50	65	51	50	38	43	52
MED MEDISINSK KLINIKK	44	53	49	50	29	35	46
KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	44	53	47	49	31	37	48
KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	45	53	47	48	35	38	50
KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN							
HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	43	53	46	48	29	36	47
SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI							
AKU AKUTTCLINIKKEN	42	52	45	46	30	32	44
KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	44	47	47	48	34	39	51
KRG KREFTREGISTERET							
OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	53	53	54	55	47	50	59
STA STAB	60	63	62	65	48	58	64
FPO FELLESPOSTER							
EKSTERNE ENHETER							
KLINIKK FOR KREFT, KIRURGI OG TRANSPLANTASJON							
Klinikkledergruppe	74	67	64	72	75	81	86
Direktørens stab	70	50	60	80	75	75	80

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011
Saksbehandler Fung. viseadministrerende direktør samhandling
Vedlegg:

**SAK 133/2011: ORIENTERINGSSAK
GJENNOMFØRING AV
SAMHANDLINGSREFORMEN VED OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

1. SAMMENDRAG

Saken presenterer nærmere hva Samhandlingsreformen innebærer for Oslo universitetssykehus HF. Videre presenteres hva foretaket har gjort på området gjennom konkrete prosjekter, aktiviteter og organisering. Status i prosjekt samhandling på Aker gis en kort omtale.

Samhandlingsreformen legger opp til en betydelig omlegging av helsetjenestene. Den er en retningsreform, som skal gjennomføres over tid, og som starter opp 01.01.12.

Samhandlingsreformen skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og individuelt tilpasset den enkelte pasient. Gjennom endret ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten forventes at kommunene vil ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. Samlet må det forventes at utvikling av kommunale tjenester over tid kan redusere presset på sykehusets lokalsykehusfunksjoner. Desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud skal videreutvikles. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten rendyrke sine spissfunksjoner.

For å få til denne utviklingen skal det i Oslo universitetssykehus HF arbeides med følgende virkemidler: økonomi, lovverk, samarbeidsavtaler, overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samt vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Dette forutsetter også tettere og mer forpliktende samarbeid med andre sykehus, fastleger og primærhelsetjeneste.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Oslo universitetssykehus HF skal bidra til en god implementering av samhandlingsreformen.

Administrerende direktør er tilfreds med de forberedelser som er gjennomført og planer som er lagt når det gjelder følgende punkter:

- Det er inngått avtale om samhandling knyttet til lokalsykehusfunksjoner mellom Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus og Akershus universitetssykehus HF.
- Det er etablert arbeidsgrupper med deltakere fra Oslo universitetssykehus HF og bydelene, og mellom Oslo universitetssykehus HF og andre sykehus i Hovedstadsområdet som skal utarbeide avtaler og justere allerede inngåtte avtaler. Hovedstadsområde vil få felles samarbeidsavtaler.
- Det utarbeides samarbeidsavtaler om helhetlige pasientforløp på individnivå mellom sykehus og bydeler, herunder retningslinjer for innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter.

- Oslo universitetssykehus HF har reetablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.
- Det etableres et system for gjensidig veiledning og opplæring, i tillegg samarbeid med fastlegene via praksiskonsulentordningen.
- Samtlige tidsfrister for gjennomføring overholdes.
- Administrerende direktør konstaterer at Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune har gode og konstruktive arbeidsfora, som skal legge til rette for gjennomføring av Samhandlingsreformen på en god måte.

Administrerende direktør vil understreke at en utvikling basert på føringene i Samhandlingsreformen vil forandre god tilgang til styringsinformasjon og analyser. Utvikling av datagrunnlag fra Helse- og omsorgsdepartementet vil være nødvendig. Det er videre viktig at reformens krav til informasjonsutveksling ivaretas i sykehusets helhetlige IKT utvikling.

3. FAKTABESKRIVELSE

3.1 Nærmere om reformen

Grunnleggende trekk:

1. Pasient og brukers rettigheter samles i pasient- og brukerrettighetsloven (tidl. pasientrettighetsloven). Den nye pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for pasienter og brukere i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
2. Helsepersonelloven utvides til å gjelde også for helse- og sosialarbeidere.
3. Tydeligere krav om samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. (lovpålagt avtaleinngåelse.)
4. Kommunens plikter samles i en lov.

Harmonisering av kommunens og spesialisthelsetjenestens plikter:

Kommunen pålegges:

1. Tydelig ”sørge for” - ansvar
2. Tydelig forsvarlighetskrav
3. Tydelig plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp
4. Lovpålagte avtaler
5. Lovpålagt plikt til samhandling med spesialisthelsetjenesten
6. Medvirkningsansvar for forskning
7. Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
8. Krav om brukermedvirkning

3.2. Hva betyr dette for Oslo universitetssykehus HF?

Lovpålagt avtalesystem

Kommunen er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og RHF-ene skal sørge for at HF-ene inngår samarbeidsavtaler med kommunene.

I følge nasjonal veileder (2011) om lovpålagte avtaler, oppstilles følgende krav til avtalene, med oppfyllelse innen 31.01.12:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene (her Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune) til enhver tid skal utføre. Partene kan ikke avtale annen ansvarfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. Likevel kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre, men da uten at det overordnede ansvaret endres.

2. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.

I veilederen opplistes detaljerte punkter, for eksempel: hvordan skal sykehuset kontaktes, hvordan kan man oppnå kontakt med kompetent lege for råd, henvisningsrutiner, system for pasienttransport.

3. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Det er kommet ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Retningslinjer som utarbeides må være i samsvar med forskriften.

4. Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.

Inngåtte avtaler skal sendes via RHF-et til Helsedirektoratet. Det vil si innen utgangen av februar 2012 for de fire punktene over. Samarbeidsavtalen skal som et minimum inneholde 11 opplistede punkter, inklusiv de fire ovennevnte punkter. De resterende 7 punktene må avtales festes senest innen 01.07.12.

De resterende 7 punktene er, kort oppsummert:

- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering
- lærings- og mestringstilbud
- samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- retningslinjer om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og -hospitering
- samarbeid om jordmørtjenester
- samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

Avtaler som allerede er inngått

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Akershus universitetssykehus HF og Oslo kommune fra 27.06 11 inngått "Avtale om samhandling angående helsetjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner".

Plikt til å ha koordinerende enhet og pasientansvarlig koordinator

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet. Denne skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Enheten skal videre ha det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av pasientansvarlig koordinator. Pasientansvarlig koordinator erstatter tidligere pasientansvarlig lege. Koordinatorrollen skal være profesjonsuavhengig. Koordinator skal ha ansvar for oppfølging av pasienter med komplekse eller langvarig og koordinerte tjenester.

Oslo universitetssykehus HF har reetablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i forbindelse med sammenslåingen av de tidligere fire sykehusene. Enheten er organisert i administrerende direktørs stab (stab samhandling) og har representanter fra

relevante klinikker, brukerutvalget og andre enheter i administrerende direktør stab (seksjon for pasient og pårørende opplæring. Enheten arbeider også opp mot den regionale koordinerende enheten i Helse Sør Øst RHF. Hovedutfordringen til koordinerende enhet vil være å strukturere rehabiliterings- og habiliteringssamarbeidet med primærhelsetjenesten. Dette arbeidet er igangsatt.

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp (ØHJ)

Plikten er lovfestet. I tillegg lovfestes kommunens plikt til å sørge for *døgnopphold* for helse- og omsorgstjenester ved ØHJ- tilfellene. Plikten til døgnopphold for kommunen gjelder for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle, gi omsorg til.

Dette vil avlaste spesialisthelsetjenesten. Ikrafttredelse av denne plikten vil imidlertid ikke kunne skje før i 2016 (for noen kommuner kan det ta kortere tid). Det betyr at helseforetaket ikke kan bygge ned sitt tilbud før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert.

Oslo kommune har allerede betydelige fagmiljøer og bør i løpet av 2-3 år ha utviklet øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud og ulike rehabiliterings-og omsorgstilbud.

Det skal avtalereguleres hvordan pasientene sikres en fullverdig tjeneste, inntil det foreligger et forsvarlig tilbud i kommunen.

Det vil videre bli utarbeidet veiledere og retningslinjer knyttet til denne oppgaven.

Andre arenaer for samarbeid

Ulike nivåer innen Hovedstadsområdet: Samarbeidsutvalget, Direktørmøtet og Samarbeidsforum.

Økonomiske virkemidler

For omtale av økonomiske virkemidler og betydning, se omtale i sak 130/2011: Budsjett 2012 til dette styremøte.

3.3 Planer og aktiviteter under arbeid:

Utarbeidelse av avtaler og justering av allerede inngåtte avtaler

Det skjer i samarbeid med enheter innad i helseforetaket og Oslo kommune, andre sykehus i Hovedstadsområdet (Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus) og Akershus universitetssykehus HF. Formålet er at samarbeidsavtalene skal bli felles dokumenter for hele Hovedstadsområdet. Arbeidet skal ferdigstilles innen 31.01.12.

Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp på individnivå mellom sykehus og bydeler

Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidsgruppe med Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Oslo kommune. Formålet er å utarbeide samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp på individnivå mellom sykehus og bydeler. Her belyses også fastlegenes rolle. Tentativt skal avtalen omhandle bl.a retningslinjer for innleggelse i sykehus, hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt og retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter.

Samarbeidsavtaler mellom helseforetakene

Det er utarbeidet formell samarbeidsavtale med sykehuset Innlandet, og flere andre sykehus ønsker det samme, bl.a. sykehuset Sørlandet HF. Oslo universitetssykehus HF har videre et veletablert samarbeid med Sunnaas helseforetak HF om pasienter med hodeskader.

Utskrivningsklare pasienter

Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal sikre at alle rutiner og retningslinjer om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning er på plass per 01.01.12. Gruppen skal også beskrive rutine for fakturering. Gruppen er sammensatt av representanter fra foretakets klinikker og administrerende direktørs stab og primærhelsetjeneste.

Rehabilitering

Det er under arbeid å ferdigstille områdeplanen for somatisk rehabilitering, habilitering barn/voksne, psykiatri/rus, samt svangerskaps, fødsels-og barselomsorg.

Informasjon

Det arbeides med å sikre kunnskap og forståelse for samhandlingsreformens hensikt og konsekvenser for den daglige pasientbehandlingen. Tema er presentert internt for ledergrupper og det arbeides med ytterligere tiltak som kan bidra til kunnskap og bevissthet. I dette arbeidet har samarbeid og dialog med fastlegene prioritet og dette skjer bl.a. gjennom praksiskonsulentordningen (PKO) som er kontaktpunktet til fastlegene. PKO har gjennomført en rekke aktiviteter og tiltak som fremmer godt samarbeid mellom sykehuset og primælegene.

I tillegg arrangeres det en rekke kompetansehevende kurs, herunder fagdager for den øvrige primærhelsetjenesten og sykehjemmene.

Forskningsaktiviteter

Det skal arbeides med å utvikle et samarbeid med primærhelsetjeneste, høyskoler og universitet for å gjøre forskning på samhandling til et satsningsområde. Det planlegges et eget seminar om dette i 2012. Aker som samhandlingsarena gir en mulighet for stimulering av forskningsaktivitet. Eks. å utvikle tilbud for kronikergrupper i grenselandet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Her ligger det betydelige behov for forskningsbasert kunnskap, samtidig som det åpner for synergier og helt unike forskningsmuligheter i selve virksomheten som vil være på Aker. Tilgangen til kronikergrupper som hovedmålgruppe for samhandling som denne satsningen gir, sammen med nettverket mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og muligheten for å utvikle og teste effektive forskningsbaserte samhandlingsmodeller.

3.4 Prosjekt Helsearena Aker – status og videre utvikling

Prosjekt Helsearena Aker skal koordinere prosesser knyttet til å flytte virksomhet ut av Aker til andre deler av Oslo universitetssykehus HF og utvikle ny virksomhet på Aker.

Aker sykehus skal avvikle all akuttvirksomhet og all kirurgi som krever sengeposter. Det legges opp til at alle aktuelle flyttinger fra Aker skal være avklart rundt årsskiftet.. Men all døgnbasert kirurgi kan ikke flyttes fra Aker før sommeren 2012. (Mangler tilgjengelig

areal og operasjonskapasitet). Flytting av somatisk akuttvirksomhet og intensivkrevende virksomhet vil bli prioritert

Det arbeides nå med prosedyrer og ordninger som møter utfordringer som kan ligge i endret funksjonsdeling, kapasitetsendring og flyttinger i en klinikk som kan få konsekvenser for andre.

Virksomheten på Aker vil gi faglige og driftsmessige synergier mellom flere enheter. Den vil dessuten være en blanding av direkte pasientrettet virksomhet og virksomhet rettet mot opplæring, utdanning, nyskaping, metodeutvikling og forskning.

De områdene som vurderes for mulig aktivitet på Aker er: rehabilitering, palliativ virksomhet/smertebehandling, lettpost/intermediærfunksjon, lærings- og mestringsenhet, sekundærførebygging/kronikeromsorg, poliklinisk subakutt avklaring, DPS og BUP enhet, rusbehandling og dagkirurgi.

Fra kommunens side er en i gang med å legge en kommunal rehabiliteringsenhet og et geriatrisk ressurscenter på Aker. Det er dessuten i gang arbeid med hensyn til å avklare mulig allmennlegevakt og kommunal døgnakuttenhet på Aker, og i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF vurderes et mulig ressurscenter for migrasjonshelse.

Det vil bli utarbeidet en helhetlig plan for arealutnyttelse og arealutvikling med tilhørende gjennomføringsplan og budsjett. Arbeidet med dette er i gang, og det vil bli samkjørt med annet arealarbeid og investeringsplanlegging i Oslo universitetssykehus HF.

Samarbeidet mellom prosjekteiere og prosjektstab i Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune er etablert. Det tas sikte på i løpet av januar å ha på plass en felles virksomhetsbeskrivelse sammen med virksomhetsidé og visjon for den framtidige virksomheten på Aker i tillegg til en framdriftsplan for utvikling, etablering og for utflytting som skal finne sted i løpet av 2012.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Styresekretær

**SAK 134/2011: BESLUTNINGSSAK
MØTEPLAN FOR STYRET I 2012**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner møtekalender 2012 der følgende styremøter og styreseminar inngår:

Styremøter:

Torsdag 16. februar

Torsdag 29. mars

Torsdag 03. mai

Torsdag 21. juni

Torsdag 20. september

Torsdag 25. oktober

Mandag 17. desember

Styremøter i reserve:

Torsdag 31. mai

Torsdag 22. november

Styreseminar:

Torsdag 16. februar i etterkant av styremøte

Torsdag 20. september i etterkant av styremøte

Oslo, 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Styret vedtok i styremøte 23.06.2011 (sak 77/2011) møteplan for 2012. På grunn av endringer i styrets sammensetning er det behov for en ny gjennomgang av møteplan.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle årlige saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i mars, budsjett, driftsavtale og årlig melding i desember etc.

Det er en målsetning at styret får kommenterte og oppdaterte resultater fra virksomheten til sine møter. Resultatrapportene foreligger åtte virkedager etter hvert månedsskifte. Når rapportene foreligger lages rapporteringssaken til styret og sendes ut med de øvrige sakene en uke før styremøte. Med hensyn til behandling av resultatene fra virksomheten bør styremøtene i utgangspunktet legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31.

En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

I forslaget er det lagt vekt på å få et fornuftig tidsrom mellom møtene for å sikre tilstrekkelig tid til å administrere, forberede og følge opp styresakene. I tillegg foreslås det at det reserveres møtetidspunkter som kan brukes ved behov.

Klokketid for oppstart og slutt av møtene vil som hovedregel være 08.00 – 16.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2012:

Ukedag	Dato	Tidspunkt
Torsdag	16. 02	8-16
Torsdag	29.03	8-16
Torsdag	03.05	8-16
Torsdag	21.06	8-16
Torsdag	20.09	8-16
Torsdag	25.10	8-16
Mandag	17.12	8-16

Det settes av følgende tidspunkter som reserve:

Torsdag 31. mai

Torsdag 22. november

Det foreslås å legge et seminar for styret til henholdsvis torsdag 16. februar og torsdag 20. september i etterkant av styremøte. Tema for seminaret kan eventuelt bestemmes nærmere seminaret og etter innspill fra styret.

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner justert møtekalenderen for 2012.

MØTEREFERAT - UTKAST 1

Møtenavn: Brukerutvalget

Dato dok: 25.10.2011

Dato møte: 24.10.2011 (kl. 13-17)

Referent: Elisabeth Gjerm Haugen

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), Stine J. Strømsø (nestleder, fra kl. 13.30), Arne Ellingsberg, Arve Nordlie, Dag A. Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Richard Madsen, Shoab Sultan, Veslemøy Ruud

Frafall: Jon Storaas (ferie)

Ledelsen: Tove Strand (fra kl. 14.30).
Andreas Moan (sak 025), Christina Rolfheim Bye (sak 073).

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om) :

Saknr.	Sakstittel/ -innhold	Ansvar	Frist
071 - 2011	Godkjenning av referat fra møtet 26.09.11. Godkjent med en tilføyelse i sak 056 under punkt forskning.	Elisabeth	
072- 2011	Rapport fra medlemmenes deltakelse i møte/konferanser/ prosjekter: <u>Arne:</u> Kvalitetsutvalgsmøter i Akuttklinikken: Meldte avvik: Aktuelle forbedringsforslag rent generelt sendes videre oppover i systemet. Kvalitetsutvalget tar sin oppgave om melding av avvik og forbedringsforslag svært alvorlig, både overfor Helsetilsynet og OUS sentralt. <u>Grete:</u> Møte 29.09 vedr. Områdeplan for voksenhabilitering ved avd. for nevrorehabilitering ved OUS. Områdeplanen skal være ferdig 13.11. <u>Richard:</u> Brukerrådsmøte i klinikk A 12.10. Vellykket brukerrådseminar for klinikk A: 90 deltagere - 85% var ansatte, og 15% var brukere, grunnen var at brukerne ikke fikk honorar for sin deltakelse. Brukerrådet i klinikk A ønsker at det etableres egne budsjett for hvert brukerråd på lik linje med brukerutvalget. Hvordan rammen skal settes må diskuteres. <u>John:</u> Har ikke hørt noe fra klinikk E/G. Tove tar dette opp med Smeland. <u>Shoaib:</u> Brukerråd klinikk B møte 9/11. Møte Biobankutvalget 28.10. Har ikke fått betaling for å sitte i Biobankutvalget. <u>Dag:</u> 1. møte i morgen i forskningsprosjektet (bedre samarbeidsrutiner mellom bydeler og sykehuset).	Tove	

	<p><u>Veslemøy:</u> Det nærmer seg jul – minne OSS på allergifrie blomster. Elisabeth sende mail til Geir Teigstad.</p> <p><u>Lilli-Ann:</u> Møte i gruppen Strategisk utviklingsplan 2025, somatikk. Ett møte igjen. Rapporten skal være ferdig desember, styrebehandles i januar 2012. Hva med brukermedvirkning videre.....?</p> <p><u>Stine:</u> Klinikk C har hatt en nyttig prosess med å lage parametere for å vurdere driften.</p> <p><u>Nina:</u> Styremøte i september: måtte gå alene, ønsker å ha med seg vara. Dette må meldes i forkant av møtet.</p>	Elisabeth	
025-2011	<p>Strategiarbeid 2025 v/Andreas Moan Presentasjonen sendt ut før møtet omhandlet:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Størrelsen på sykehuset i 2025 * Campus Oslo: Alt på ett sted *Redusere dublisering (en behandling til en pasientgruppe ett sted i OUS) *Samlokaliseringer i ulike faser – somatikk (utfordringer). *Samlokalisering – Radiumhospitalet (fase 1) * Helsearena Aker (Rehabilitering for OUS, Samhandlingsarena m/Oslo kommune, Dagkirurgisenter). * Samlokalisering av psykisk helse og avhengighet (Fase 1, Lands og regionsfunksjoner). <p>Tidsplanen vedtas på styremøte i januar.</p> <p>Kommentarer/Spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> *<u>Nina/Andreas undersøker saken om bryst og endokrin.</u> *I tillegg til å vurdere utvidelse utover, vurderes det også å bygge i høyden til 7 etg.? *Veldig bekymret for at IKT ikke fungerer. Departementet burde løse dette. * Helsearena Aker – finne praktiske løsninger. * Har dere med brukermedvirkning vedrørende samlokalisering? 	Nina/Andreas	
073-2011	<p>Håndtering av media v/kommunikasjonsdir. Christina Rolfheim Bye Presentasjonen sendt ut før møtet, omhandlet:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Mediebildet (andre tertial, september og første halvdel oktober). *Mediehåndteringsprosedyre (OUS fremstår profesjonelt, åpen og gir korrekt fremstilling av sykehuset, ansatte gis rom for å benytte sin ytringsfrihet). *Kommunikasjon er et linjeansvar (den enkelte leders ansvar at ansattes møte mediene skjer i tråd med formålet). *Ansattes ansvar (utarbeidet prosedyre for mediehåndtering). *Særlige råd ang. særlige saker (mediehåndtering av forskjellige sakstyper følger forskjellige retningslinjer, bl.a. basert på lovverket). *Pasienten som journalist (Veiledning er viktig av hensyn til pasienten selv og andre pasienter). * Fotografering (samtykkeskjema er utarbeidet i mediasaker hvor det brukes case, og det er utarbeidet retningslinjer for fotografering og filming). 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerstemmen i forskningsstrategi og innovasjonsstrategi – forskningsstaben kommer på neste møte 21/11. 		
<p>074-2011</p>	<p>Styresaker til møtet 27.10. <u>Nina gikk gjennom følgende saker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sak 112/2011 Vedtak fra Foretaksmøte 28/9 - Krav til resultater og omstilling 2011: <ol style="list-style-type: none"> 1. Foretaksmøtet legger til grunn at omstillingene i OUS videreføres, og at det treffes tiltak for å gjøre de nødvendige tilpasningene i driften. Det forutsettes at omstillingene gjennomføres samtidig som kravene til et godt arbeidsmiljø for de ansatte og forsvarlige tjenester for pasientene blir ivaretatt. 2. Foretaksmøtet påpeker at arbeidet med å oppfylle resultatkravene skal gjennomføres under medvirkning fra ansatte og brukere. Det forutsettes at omstillingene gjennomføres samtidig som kravene til et godt arbeidsmiljø for de ansatte og forsvarlige tjenester for pasientene blir ivaretatt. <p>Protokolltilførsel fra Urstrømmen, von der Fehr, Bredeli, Morken og Wølstad Knutsen: Det henvises til tidl. Protokolltilførsel for de ansatte. Ansatterrepr. vurderer at eiers resultat- og omstillingskrav for 2011 ikke er gjennomførbare. Foretakets krevende drift- og investerings-situasjon er en konsekvens av de omstillingsprosesser foretaket har blitt pålagt fra 2009. Eier må følge opp med nødvendige omstillings- og investeringsmidler for å muliggjøre samlokalisering og effektivisering av driften. Inntil premissene for effektiv drift er på plass, må god kvalitet i pasientbehandlingen samt tilstrekkelig behandlingsskapasitet i henhold til oppdragsdokumentet prioriteres fremfor økonomisk resultatkrav i 2011. Ansatterrepr. vil rette sterk bekymring for den alvorlige situasjonen foretaket er i, og de belastninger dette medfører for arbeidsmiljøet.</p> <p>Brukerutvalget vil be om at ledelsen utreder pasientforløpene før nedbemanning.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sak 113/2011 Økonomi og aktivitetsrapport pr. sept. Ventelisteutvikling og fristbrudd:</u> Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. Teknisk løsning for rapportering av dette er ikke på plass ennå. Mulig løsning er imidlertid funnet og vil bli testet ut i samarbeid med leverandør. For å nå målet om at alle pasientene og henviserne får bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning og samtidig får tidspunkt for start behandling i samme brev, er det blant annet nødvendig å planlegge bemanningsressurser for lengre perioder fremover enn det som er vanlig i dag. Det arbeides med tiltak for å få til gode løsninger på dette. <p><u>Oppfordring til klinikkbrukerrådene at de også følger opp dette.</u></p> • <u>Sak 114/2011 Budsjett 2012.</u> 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Sak 117/2011 Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse: Problemer med å komme på linje m/overføringene til A-hus. Skal redusere antall innleggelser. Richard lager et notat til Nina/Stine før styremøtet torsdag. <p>Grenseflater Oslo kommune/spesialisthelsetjenesten: Pasienter behandles på DPS og bor på sykehuset. Pasienter er fortsatt på sykehus 1 ½ år etter at de er ferdigbehandlet.</p> <p>Her må organisasjonene jobbe parallelt for å løfte dette og påvirke.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stine kan bare delta på styremøtet til kl. 13.00, da kommer Arne og avløser Stine siste del av møtet. 	Richard	
075-2011	<p>Administrerende direktør sin time v/Tove Strand Jan Eirik Thoresen var forhindret grunnet møte m/ny styreleder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny styreleder: I front på å styre etter prioriteringsveiledere. Bidro til at Helse Bergen drives godt. Gode «skussmål». 		
076-2011	<p>Åpen diskusjon om brukerutvalgets rolle og fremdrift: Det vises til kommunikasjon på mail i forkant av møtet. Bakgrunnen er behov for å være samstemte om målet og hvordan vi uttaler oss.</p> <p>Rolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivende organ for adm.direktør, styret og ledelsen. • Formidle gode og dårlige erfaringer. • Bringe inn erfaringer fra egen organisasjon. <p>Brukerperspektivet i fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Målet for sammenslåingen må løftes litt opp. • Argumenter ut fra pasientens ståsted. • Ser styret lys i tunellen? Brukerutvalget er ikke beroliget. • Ivareta pasientsikkerheten. • HSØ har gitt OUS en umulig oppgave med den farten, og manglende midler til omstillingsprosessen. <p>Vedtak: Samstemt kronikk vedr.: Farten – Pengene – Pasientsikkerhet. Arne og Richard lager et utkast på bakgrunn av det de har sendt inn tidligere. Utkastet sendes brukerutvalget på mail.</p>	Arne og Richard	
077-2011	<p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HSØ's Årlige dialogkonferanse 26/10. Nina, Arne, Arve, John og Lilli-Ann deltar. • Sak fra Nina om klage fra en pasient i nevroklinikken på at ansatte bruker neglelakk og smykker. Nina sender saken til Elisabeth, som videresender den til hygiene v/Egil Lingaas. • Ny nestleder må velges fra 01.01.2012. Stine J. Strømsø flytter til Troms grunnet ny stilling som Helse og omsorgssjef i Storfjord kommune. Hun fortsetter som medlem i brukerutvalget, men de verv hun besitter i ulike utvalg (direktørens kvalitetsutvalg, LMS-Forum, Biobankutvalget, m.fl.?) bør vurderes om skal erstattes av 	Elisabeth Alle	Møte 21/11

	<p>andre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Saker til møtet i november:</u> - Forskningsstaben v/Erlend Smeland - Fristbrudd/ventelister/prioriteringsveiledere + pasientsikkerhet v/Eva Bjørstad? Anders Baalsrud? • Ny minoritetsrepresentant? • Ny nestleder fra 01.01.2012. • Torgdag på Rikshospitalet 8.12. Invitasjonen sendes til medlemmene. • Notat om taushetsplikt for brukermedvirkere besvart av juridisk avd.: Bakgrunnen var spørsmål fra leder i brukerrådet for Klinikk Kvinne- og barn om taushetsplikten juridisk og formelt i forhold til forsvunne henvisninger - notatet sendes til medlemmene. 	<p>Elisabeth</p> <p>Ingrid Ingrid</p> <p>Elisabeth</p> <p>Elisabeth</p>	
--	--	--	--

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 24. november 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

**SAK 135/2011: ORIENTERINGSSAK
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS
ORIENTERINGER**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 17. november 2011

Jan Eirik Thoresen

Administrerende direktørs orienteringer

1. "Rikets tilstand"

Mandag 14. november hadde Oslo universitetssykehus besøk av helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen som ønsket å møte klinkledere, klinikktilitsvalgte, foretakstillitsvalgte og sykehusledelsen. Det ble gjennomført mange møter hvor ministeren fikk informasjon og dialog om sykehusets utfordringer og muligheter som ligger i omstillingsprosessen.

2. Drift

• Fritt sykehusvalg for pasienter med kroniske sykdommer.

Oslo universitetssykehus HF har mottatt brev datert 28. oktober 2011, fra Helse- og sosialombudet i Oslo (vedlagt). Ombudet viser her til flere henvendelser fra pasienter med kroniske lidelser som klager over at de har fått beskjed fra sykehuset om at de ikke er omfattet av retten til fritt sykehusvalg. Ombudet viser til og vedlegger, sykehusets uferdige interne arbeidsdokument fra 2010 om Fritt sykehusvalg som ombudet oppgir å ha blitt gjort kjent med gjennom en interesseorganisasjon, samt vårt notat til klinikkene datert 29.04. 2011. Ombudet ber om en redegjørelse for hva som gis av informasjon til kronikere vedrørende retten til fritt sykehusvalg, og ber om å få tilsendt kopi av de interne retningslinjer ved sykehuset.

I forbindelse med Helse Sør Øst RHF styresak 108/2008 om hovedstadsprosessen og styresak 133/2008 om gjennomføringsplan, ble det etablert sykehusområder og endrede opptaksområder for disse. Det ble da antatt at pasienter bosatt i Oslo universitetssykehus HF's tidligere opptaksområder kunne komme til å påberope seg retten til fritt sykehusvalg og velge å få henvisning sendt til Oslo universitetssykehus HF, og at kronikere, kontrollpasienter og pasienter i et behandlingsforløp ville kunne motsette seg overføringen. Derfor ble også pasientrettighetsperspektivet fokusert på i overføringsprosjektet og ble en del av planen for inn- og utfasing av pasientstrømmer.

Fra planen hitsettes: "Reglene om fritt sykehusvalg tar ikke hensyn til økonomi eller finansielle strukturer. Alle helseforetak har ett opptaksområde og finansieres i forhold til det, men er samtidig forpliktet til å prioritere alle pasienter i egen region (RHF) på lik linje. OUS har derfor ikke adgang til å prioritere pasienter fra eget opptaksområde foran pasienter i opptaksområdet til for eksempel Ahus / Vestre Viken. Retten til fritt sykehusvalg er likevel ikke en rett for pasienten til å få behandling ved et helseforetak som ikke har kapasitet. Så lenge det sykehuset som mottar henvisningen sørger for at pasienten tilbys forsvarlig helsehjelp et annet sted innen helseregionen, er rettigheten oppfylt".

Dette grunnleggende prinsipp om å måtte finne seg i få helsehjelp et annet sted innen egen helseregion enn det man ønsker seg under påberopelse av retten til fritt sykehusvalg, vil også gjelde for kronikere, kontrollpasienter og pasienter som er i et behandlingsforløp. Hvilke prinsipper som skal gjelde i en situasjon med manglende kapasitet der det blir nødvendig å velge mellom en slik pasient og en nyhenvist, gir rettsreglene imidlertid ingen føring på utover det som følger av det generelle forsvarlighetskravet.

Dette har det gjentatte ganger blitt orientert om på ulike ledernivåer og det er også dette notatet av

29.04.11 presiserer og utdyper. Dette notat ble sendt ut til klinikkene, og det antas at det er dette notatet som Ombudet viser til. Enkelte formuleringer i notatet kan ha blitt misforstått og oppfattet dit hen at kronikere ikke har rett til fritt sykehusvalg. Dessverre ser det ut til at noen pasienter er blitt avvist på et slikt grunnlag.

Det vil nå bli sendt ut presiserende informasjon til klinikkledere om denne pasientgruppens rettigheter og det vil bli utarbeidet interne retningslinjer.

3. Organisering og utvikling

• Status helhetlig plan inkl. omstillingsprosjekter dag 4

Omstillingsprosjekter Dag 4 som er vedtatt og under gjennomføring følges opp av Oslo sykehusservice. Det største enkeltstående prosjektet er nytt Akuttbygg ved Ullevål som pågår iht plan. Andre pågående prosjekter er flytting av hematologisk virksomhet fra Ullevål til Rikshospitalet, flytting av gynekologisk kreftvirksomhet fra Ullevål til Radiumhospitalet, økning av postoperativ- og intensivkapasitet ved Rikshospitalet og etablering av felles eksternt prøvemottak på Ullevål.

Dag 4 omstillingsprosjekter som har vært satt på hold grunnet manglende investeringsmidler, sees nå i sammenheng med klinikkens totale behov og planer for 2012-2013. Strategisk koordineringsgruppe har etablert prioriteringskriterier som har dannet grunnlag for utvelgelse av tiltak som nå utredes. I første omgang vil det i arbeidet med helhetlig plan være prioritert at omstillingsprosjekter Dag 4 som kan igangsettes innen den finansiell rammen på 1,5 mrd defineres og legges frem for ledergruppen og styret ved Oslo universitetssykehus. Det er et mål at nye prosjekter skal understøtte et faglig helhetsbilde for Oslo universitetssykehus hvor alle faglige avhengigheter og tverrgående støttfunksjoner er ivaretatt. Arbeidet pågår i tett sammenheng med strategisk utviklingsplan/arealplan 2025, slik at tiltakene understøtter denne planen. I tillegg defineres det krysningspunkter til vedlikeholdsplaner knyttet til Arbeidstilsynets pålegg, slik at oppgradering av arealer som berøres av omstillingsprosjekter sikres. Blant de tiltak som nå utredes er flytting av akuttvirksomhet og døgnvirksomhet innen generell indremedisin fra Aker til Ullevål, flytting av akuttvirksomhet geriatri fra Aker til Ullevål, flytting av akuttvirksomhet Gastrokirurgi fra Aker til Ullevål, flytting av akuttvirksomhet Urologi fra Aker til Ullevål og samling av aktivitet innen psykiatri og avhengighet.

• Lederprogram for flerkulturelle medarbeidere

Oslo Universitetssykehus har som mål at ledernivået ved sykehuset skal gjenspeile de ansattes bakgrunn. Sykehuset har et av de største flerkulturelle arbeidsmiljøene i landet, men de ansatte med flerkulturell bakgrunn er sterkt underrepresentert i ledende stillinger. Vi ønsker å øke antallet ledere med minoritetsbakgrunn, slik at andelen ledere bedre reflekterer sammensetningen av både pasienter og medarbeidere.

Målet er å dra nytte av sykehusets (til tider skjulte) kompetanse og ressurser, og sikre medarbeidere med flerkulturell bakgrunn likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter. Videre er det et mål å forberede fremtidige ledere generelt, *uavhengig av etnisk bakgrunn*, til en ansvarsfull oppgave i et flerkulturelt miljø. I tillegg vil programmet gi personlig utvikling og generell kjennskap til OUS' lederprinsipper.

Målgruppen for dette programmet er medarbeidere som har talent og ambisjoner om å bli ledere,

og som ønsker økt kompetanse i hvordan være leder på en flerkulturell arbeidsplass. Vi ønsker deltakere med både flerkulturell og etnisk norsk bakgrunn.

Status:

Første samling ble avholdt 24.-25. oktober, med 17 engasjerte og motiverte deltakere. Tema på denne samlingen var Kulturkompetanse og interkulturell kommunikasjon på arbeidsplassen. Deltakerne ble på denne samlingen inndelt i arbeidsgrupper, og de vil få oppgaver som de skal jobbe med mellom samlingene.

Vi hadde til den første samlingen riktignok ikke klart å rekruttere skandinaviske/norske medarbeidere til kurset, noe som ble etterspurt blant deltakerne. Vi vil jobbe med å rekruttere noen norske medarbeidere til neste samling i desember, og deretter tilby disse én ekstra dag med fokus på kultur og kulturkompetanse mot slutten av kurset.

De neste samlingene avholdes i desember, januar og avsluttes i februar 2012.

4. I arbeidsgiverrollen

• Transaksjonstunge HR prosesser

Internrevisjon av lønnsområdet ble gjennomført i perioden juni-november 2010 (rapport 1/2011). Den avdekket utfordringer innenfor kontroll og kvalitetssikring mellom grensesnittene. Uklar rolle og ansvarsfordeling, og lange verdikjeder.

På bakgrunn av funnene i denne rapporten ble det besluttet å gjennomføre en kvalitetsrevisjon også av de andre transaksjonstunge HR prosessene. Formålet var å gi styret og ledelsen i OUS en uavhengig vurdering av kvaliteten på de fire transaksjonstunge HR prosessene (lønn, refusjon, pensjon og reiseregning). Revisjonen skulle vurdere følgende forhold:

- Kvalitet på prosess og prosessresultat
- Prosessens ressursbruk i forhold til hva som er akseptert som "best practice"
- Hensiktsmessighet av arbeidsdeling mellom de ulike aktørene i prosessen
- Prosjektet skulle ikke vurdere de delene av prosessene Sykehuspartner er ansvarlig for
- Forslag til forbedringsområder

Rapporten ble avlevert 19. august 2011.

Konklusjoner fra ekstern revisjon:

Kvalitetsrevisjonen viste at de transaksjonstunge HR prosessene har flere svakheter som det bør iverksettes tiltak for å forbedre. Felles for analysene av alle fire prosessene er at det mangler en klar strategi for å dekke brukernes behov, tjenestene er ikke i tilstrekkelig grad definert og det er en del misnøye med tjenestene fra Sykehuspartner. Manglende prosesseierskap og prosessbeskrivelser er også en felles svakhet i alle fire prosessene. Det er per i dag ikke etablert struktur og kultur for kontinuerlig forbedring i OUS på de gjennomgåtte prosessene. Dette fører til at feil og svakheter og årsakene til disse ikke oppdages, og at en ikke lærer av feil som begås. Ansvarsdelingen mellom de ulike aktørene er uklar, og det er ikke utviklet klare rollebeskrivelser med kompetansekrav. Opplæringstiltakene er i for stor grad knyttet til kurs fremfor skulder til skulder trening rundt mer standardiserte prosesser.

Veien videre:

Det er etablert et prosjekt på bakgrunn av anbefalingene i den eksterne revisjonen som skal ta for seg forbedringsarbeidet i de to prosessene, "lønn" og "refusjoner".

Prosjektet involverer hele verdikjeden fra behov oppstår til tjenesten er levert, inkludert prosessene som skjer i Sykehuspartner. Dette arbeidet utføres av ressurspersoner i SP og OUS. Parallelt med dette jobber også Sykehuspartner internt med å få komplett oversikt på utestående refusjoner på sykepenges. Dette arbeidet er lovet ferdigstilt 1. desember 2011.

Prosjektet skal gjøre ytterligere analyser, designe nye prosesser samt implementere disse i et definert løp frem til juni 2012. Hensikten er å sikre gode og mindre kostnadskrevennde prosesser med høy kvalitet der feilratene reduseres betraktelig på lønnsområdet. Det skal etableres tydelige rollebeskrivelser og en optimal organisering av begge områdene. I tillegg skal man for refusjonsområdet sikre gode prosesser slik at man når det som er beste praksis for innkreving og andel utestående refusjoner.

5. Tilsyn

- **Dialog med Fylkeslegen og kontaktmøte onsdag 16. november**

Helsetilsynet i Oslo og Akershus ba Oslo universitetssykehus redegjøre for pasientsikkerhet og risikostyring under sammenslåingsprosessen i brev av 19.09.2011. Sykehuset besvarte henvendelsen i brev av 28.10. 2011. *Vedlagt.*

Sykehuset har, i samarbeid med Fylkeslegen, etablert 2-3 samarbeidsmøter med Fylkeslegen pr. år. I møte 16.11.2011 ble sykehusets vurdering og håndtering av risiko i pasientbehandlingen diskutert. Møte var preget av god dialog og gjensidig oppfatning av en krevende situasjon hvor mange ansatte uttrykker bekymring. Den uro organisasjonen er preget av er i seg selv en risikofaktor som ledelsen tar alvorlig. I det videre arbeidet vil administrerende direktør fortsatt ha stort fokus på risikostyring i pasientbehandlingen.

- **Arbeidstilsynets vedtak om pålegg - vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus**

Oslo universitetssykehus redegjorde for status i arbeidet med vedlikeholdsplan i brev av 01.11.2011 til Arbeidstilsynet. *Vedlagt.* I brevet har helseforetaket beskrevet omfanget av de ulike utbedringer som helseforetaket mener er nødvendige å gjennomføre for at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig, og oppfylle lov og forskrift.

Arbeidstilsynet har i sitt svar til Oslo universitetssykehus i brev av 04.11.2011 bedt om at den etterspurte og prioriterte vedlikeholdsplanen for bygninger og arbeidslokaler med tidsangivelser og frister for utbedringer oversendes snarest. Vedlikeholdsplanen utarbeides i tett sammenheng med strategisk utviklingsplan/arealplan og helhetlig plan for samlokaliseringer (omstillingsprosjektene) for å sikre best mulig prioritering og en fremtidsrettet investering. Dette arbeidet har høy prioritet i sykehusets ledelse og forventes ferdig i løpet av desember. Saken vil bli diskutert i møte mellom Arbeidstilsynet og administrerende direktør 17.11.2011.

Styret vil holdes orientert i saken og få saken fremlagt på første styremøte 2012, sammen med strategisk utviklingsplan/arealplan og helhetlig plan for samlokaliseringer, slik at sammenhengen kommer klart frem.

- **Branntilsyn**

Oslo kommune, Brann- og redningsetaten, utførte tilsyn ved Oslo universitetssykehus 07.-11.11.2011. Rapport er ikke mottatt, men vil bli oversendt styret så snart den foreligger. Saken vil

bli fremlagt på første styremøte i 2012, og koordinert med Arbeidstilsynets pålegg. På sluttmøte 11.11.2011 ble det gitt en foreløpig tilbakemelding om de funn som er gjort. Kombinasjonen av pasienttetthet og lokaliteter som ikke er oppjustert til dagens branntekniske krav gir stor risiko. Det etterlyses både konkrete bygningsmessige tiltak og større fokus på sikkerhetskultur blant helseforetakets ansatte.

I påvente av endelig rapport har administrerende direktør belyst alvoret i saken i ledermøte 15.11.2011 og bedt ledere sikre fokus på opplæring og evakueringsøvelser. Det er samtidig etablert en arbeidsgruppe som skal intensivere arbeidet med økt fokus på brannsikkerhet hos de ansatte. Styret vil bli holdt orientert.

- **Brannpålegg fra 2009 - oppgradering brannteknisk tilstand Radiumhospitalet bygg A og B og Søsterhjemmet UUS**

Oslo universitetssykehus arbeid med oppgradering av brannteknisk tilstand er igangsatt i henhold til nevnte handlingsplaner. Gjennomføring av tiltak vil medføre omfattende og utfordrende rokadeprosesser. Foretaket skal på kort sikt ikke bare imøtekomme krav om brannsikkerhet, men også krav knyttet til miljø- arbeidsforhold etter gjeldende lover og forskrifter. Med dette perspektivet, arbeider foretaket med å gjennomføre løsninger utover det som ansees som et brannteknisk minimumsalternativ. Tiltakene skal likeledes samsvare med hva hovedvernombud og tilsynsmyndigheter anser er tilstrekkelige utbedringer, med en omforent fremdriftsplan og være i henhold til foretakets langtidsplan. Styret vil holdes orientert om videre prosess i dette arbeidet.

6. Eiendom

- **Orientering og samlet bruk av arealer til forskning og undervisning**

Ved behandling av Sak 16/2011, om mulig leie av lokaler i universitetets tilbygg til Domus Medica, ba styret om å bli orientert om den samlede bruk av arealer til forskning og undervisning når slik oversikt foreligger. I det følgende gis en kortfattet, midlertidig orientering om pågående arbeid i relasjon til dette.

Forskning og utdanning er blant de lovpålagte oppgavene som krever areal i et sykehus, og i særlig stor grad i større universitetssykehus. Arealbehovet genereres av de oppgaver og arbeidsprosesser som er knyttet til forskning og utdanning, herunder utstyr og mennesker målt i antall årsverk.

Tilstrekkelige arealer til forsknings- og undervisningsformål er blant de høyest prioriterte områder i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan for Oslo universitetssykehus. I forbindelse med utarbeidelse av strategisk langtidsplan arbeider Oslo universitetssykehus med å kartlegge og beregne sykehusets samlede areal, årsverk, grad av arealutnyttelse og beregning av arealbehov for forskning og utdanning fram mot 2025.

Arealer til forskning og utdanningsformål kan være både til helseforetaksformål og til universitetsformål. I vesentlig grad er det snakk om arealer til sambruk mellom institusjonene, og dels sambruk med klinisk og diagnostisk virksomhet. Pågående flytteprosjekter/samlokaliseringer vil derfor i stor grad også berøre forskningsvirksomheten og pålagte undervisningsfunksjoner, særlig undervisning for medisinstudenter. Det pågår en prosess i regi av Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo for å avtalefeste prinsipper for arealfordeling og arealbruk mellom Oslo universitetssykehus og universitetet, i tråd med instruks fra departementet om forholdet til universiteter og høyskoler.

Arealer til forskning deles inn i laboratorieareal (ved kombinert bruk av areal til for eksempel forskning og diagnostikk estimeres andelen av arealet som benyttes til forskning) og kontorareal. Forskningsareal i klinikker hvor forskning er en integrert del av aktiviteten vurderes skjønnsmessig ut fra forskningsaktiviteten. HMS-krav vil være viktige for hvilke arealer som kan benyttes til laboratorieforskning.

Undervisningsareal er dels integrert i sengepostene/poliklinikkene (for eksempel undersøkelsesrom) samt grupperom og auditorier. Dessuten finnes det mindre arealer dedikert til administrative universitetsfunksjoner, ferdighetstreningssenter etc., spesielt ved Ullevål og Rikshospitalet. Bibliotekarealer vil også delvis innregnes som arealer til forsknings- og undervisningsformål.

Kunnskapsdepartementet har til dels finansiert areal ved Oslo universitetssykehus og disponerer et stort areal til forskning og undervisning ved sykehuset. Noe av dette er allokerede og definerte arealer, men for en stor del, er arealene benyttet i fleksibel sambruk mellom sykehuset og universitetet etter bestemte nøkler og basert på avtaler. Ved byggingen av Rikshospitalet ble alt forskningsareal i utgangspunkt definert som universitetsareal, mens det ved de andre tre hovedlokalitetene også er forskningsarealer som er helt finansiert av foretaket (for eksempel er det nesten ikke UiO-definerte/finansierte forskningsarealer ved Radiumhospitalet). Derimot eksisterer det avtaler med Ullevål og Aker om at Universitetet i Oslo har disposisjonsrett til ulike arealer/lokaliteter. Det arbeides med samordning av avtaler for alle lokalisasjoner mellom UiO og Oslo universitetssykehus.

- **Forlengelse av leieavtale Forskningsveien 2**

Det vises til styresak 90/2010 Samlokalisering av systemavhengige administrative enheter. Følgende enstemmige vedtak ble gjort:

1. *Styret tar redegjørelsen om behov for samlokalisering av systemavhengige administrative enheter til orientering.*
2. *Styret tar til orientering at administrerende direktør vil innlede forhandlinger med eier av Forskningsveien 2 med sikte på å utvide leide lokaler.*
3. *Administrerende direktør gis fullmakt til i samråd med styreleder å inngå ny utvidet leieavtale dersom det oppnås enighet om en tilfredsstillende avtale.*
4. *Styret bes om å bli orientert om saken*

Forskningsveien 2 består av 4 bygg, A, B, C og D. OUS inngikk i samsvar med styrets vedtak i sak 90/2010 i 2011 en ny 5-års leieavtale for Fv2, bygg A og B.

Den nye avtalen utvider OUS sitt leieareal til også å omfatte bygg A og B, samt en ombygging av bygg B (tidligere konferansesenter) til 150 nye kontorplaser. De nye arealene vil være klare til innflytting i løpet av høsten 2011 og dermed gi grunnlag for ytterligere samlokalisering av systemavhengige fellesfunksjoner i tråd med styrets vedtak. For bygg C og D løper eksisterende avtale med Pareto til 2022. Unntatt dette er et mindre areale på 1000kvm i bygg C-4.etg, som har egen avtale hvor utløp 31.12.2011. Disse lokalene benyttes av Medisinsk klinikk, Senter for sykepleierforskning (SPS) samt Personalforvaltning.

Styret orienteres her om at Oslo universitetssykehus HF har inngått en ny kontrakt med varighet på 5 år og med opsjon på 5 år, for leie av arealet i Forskningsveien 2, bygg C, 4. etasje.

7. Rettstvister - status per d.d.

Siden forrige rapportering har det skjedd følgende:

Styret er tidligere informert om mottatt stevning som gjelder privat straffesak mot foretakt fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anførte var underbemanning ved AMK sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Tingretten avviste saken med henvisning til straffeprosessuelle bestemmelser. I korthet er ikke de pårørende rettslig sett fornærmet med den konsekvens at de ikke kan reise privat straffesak. Avgjørelsen har vært behandlet av lagmannsretten som opprettholdt tingrettens avgjørelse. Saken er nå anket til Høyesterett av de etterlatte.

Styret er tidligere informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten.

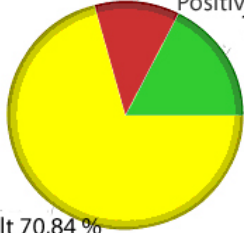
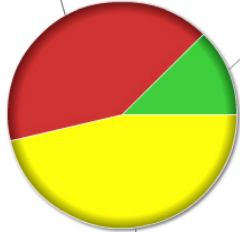
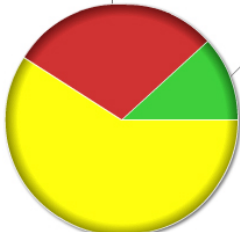
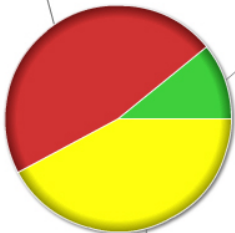
Styret er tidligere informert om tvistesak med tidligere ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav. Dom falt 31/10 og gav sykehuset medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Ankefristen utløper 2. desember.

Styret er tidligere informert om sak som gjelder oppsigelse av en ambulansesjåfør på grunn av pliktbrudd i tjenesten. Vedkommende er tilbudt ny jobb som sjåfør. Saken har vært forsøkt løst ved rettsmekling. Hovedforhandlingen er berammet til 17.-19.januar 2012.

8. Mediebildet 1. mai - 10. november 2011

Antallet saker om Oslo universitetssykehus har doblet seg siden i våres (regnet i antall per dag). Det er fortsatt kritikk fra ansatte og opposisjonspolitikere som dominerer mediebildet. Antall negative saker ble færre i oktober, men økte igjen i november. Økningen skyldes hovedsakelig følgende tre saker: Felles pressekonferanse med de fire partilederne fra opposisjonen; Tilstandsrapport fra konsultantselskapet Multiconsult om at 82 prosent av bygningene er utilfredsstillende eller uakseptable for sykehusdrift; At planlagte kutt ved øyeavdelingen på Oslo universitetssykehus kan ramme pasientene.

Eksempler på positive saker i perioden er: 2011 rekordår for norsk organdonasjon; Oslo universitetssykehus har lavest antall pasientopphold med personskaade: Ti prosent.; 2013 skal et nytt akutthbygg stå ferdig ved Norges største sykehus, Oslo universitetssykehus; Oslo universitetssykehus (OUS) Aker var det andre sykehuset i verden, etter Frankrike, som tok i bruk tredimensjonal teknologi med millimeterpresisjon; Trosmanfoldet inn på sykehuset. Som første i Norge vil Oslo universitetssykehus i nær fremtid tilby et organisert tilbud for å komme i kontakt med ressurspersoner fra ulike tros- og livssynsamfunn.

Periode i 2011	Antall oppslag per dag i gjennomsnitt	Vekting av alle saker
Andre tertial (1. mai – 31. august)	21	<p>Negativt 11,65 %</p> <p>Positivt 17,54 %</p>  <p>Nøytralt 70,84 %</p>
September	40	<p>Negativt 41,28 %</p> <p>Positivt 12,54%</p>  <p>Nøytralt 46,18 %</p>
Oktober	39	<p>Negativt 29,07 %</p> <p>Positivt 11,87 %</p>  <p>Nøytralt 59,09 %</p>
1. – 10. november	51	<p>Negativt 47,14 %</p> <p>Positivt 10,85 %</p>  <p>Nøytralt 42,01 %</p>

9. Referater

- **Protokoll fra styremøte Helse Sør-Øst RHF 17. november**
Utrykt vedlegg
- **Referat fra møte i Brukerrådet 24. oktober 2011**
Vedlagt.

10. Årsplan

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte. Justert årsplan vedlagt.

Arbeidstilsynet
Postboks 4720 Sluppen

Sentralbord: 02770

7468 Trondheim

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2011/10303	2011/3195	Nina Skylv	01.11.11
Oppgis ved all henvendelse			

Tilbakemelding om tiltak knyttet til vedtak om pålegg

Det vises til tilsyn og befaring ved Ullevål og Radiumhospitalet ultimo juni 2011. Denne tilbakemeldingen tar for seg pålegg med frist 1. november 2011.

Pålegg 1 – Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler

I tilsynsrapporten av 18.07.11 konstateres det at mange bygninger og arbeidslokaler er i dårlig eller meget dårlig tilstand og risikerer å forårsake uheldige belastninger for ansatte. Oslo Universitetssykehus blir pålagt å gjennomføre bygningsmessige tiltak over en 3-års periode for å bedre arbeidsmiljøet.

1. Kartlegging

Oslo Universitetssykehus (OUS) har en bygningsmasse på ca. 1 million m² fordelt på Ullevål, Dikemark, Rikshospitalet, SSE, Radiumhospitalet, Aker og Gaustad.

Multiconsult kartla våren 2011 bygningsmassens tekniske tilstand med bistand fra Eiendom. Kartleggingen var en systematisk tilstandsregistrering og rapportering på porteføljenivå med hjelp av MultiMap. Metoden er utviklet slik at registreringene blir så langt det er mulig objektive. Kartleggingen bestod av 18 bygningskomponenter fordelt på bygg, VVS og elektro. Det gjelder: Grunn/fundamenter/bæresystem, vinduer/ytterdører, utvendig kledning/overflate, yttertak/takrenner/nedløp, innvendig kledning/overflater, fast inventar, vann/sanitær, varme, kjøling, brannslukking, luftbehandling/ventilasjon, elkraft – anlegg/fordeling, elkraft – lys/elvarme/driftsteknisk, tele/auto, heiser, avfall, utendørs, drenasje/terrengbehandling. De enkelte komponentene ble gitt en karakter fra 0-3, hvor 3 viste kritisk tilstand. OUS har valgt å ta utgangspunkt i denne listen ved utarbeidelse av handlingsplan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler.

Etter kartleggingen av tiltakene er disse kvalitetssikret med workshops med driftspersonell og tekniske byggforvaltere høsten -11. Det er gjort nye befaringer, gjennomgang av byggtekniske HMS-avvik siste 2 år, og tidligere investeringsøknader. Utkast til tiltaksliste er så komplett med flere arbeidsmiljøtiltak.

Neste steg var kvalitetssikring av utkast til tiltaksliste opp mot ”Strategisk plan 2025” og ”Dag 4” prosjektet (kfr. pkt. 3 nedenunder).



2. Risikovurdering

Utgangspunktet for risikovurderingene som ble gjennomført var at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig, og oppfylle lov og forskrift.

Hvert enkelt arbeidsmiljøtiltak på kartleggingslisten ble risikovurdert av driftspersonell, tekniske byggforvaltere, Arbeidsmiljøavdelingen og hovedverneombudet i fellesskap. Det var generelt stor konsensus. Der hvor risikovurderingene sprikte samtalte man seg frem til enighet. Følgende konsekvensgradskala ble benyttet:

1. **Ubetydelig.** Vanskelig målbar / definerbar skade på mennesker.
2. **Lav.** Målbart ubehag / skade, men av mindre betydning.
3. **Moderat.** Forhold som ikke medfører varige lidelser.
Eksempelvis innemiljø, varmeanlegg / radiatorer, vann / sanitær, tak, innvendig vedlikehold (nedslitt), vinduer / dører.
4. **Alvorlig.** Forhold som kan medføre varige lidelser.
Eksempelvis innemiljø, kjøling, rengjøring av ventilasjonskanaler, sikringsskap, drenering, innvendig vedlikehold (svært nedslitt), vannlekkasjer.
5. **Svært alvorlig.** Forhold som kan medføre varige lidelser eller død.
Eksempelvis spesialventilasjon / HEPA-filter / kjemikaliesikkerhet, løse stener på fasader og tak, vannlekkasjer / muggsopp.

OUS skal utarbeide en vedlikeholdsplan for de alvorligste arbeidsmiljøforholdene; Dvs. de som er risikovurdert fra grad 3-5. Grad 1-2 inngår ikke i planen. Totalt er det kartlagt 503 tiltak for grad 3-5 fordelt med:

- Konsekvensgrad 3: 249 tiltak
- Konsekvensgrad 4: 85 tiltak
- Konsekvensgrad 5: 169 tiltak

Tiltakslisten kan fås på forespørsel.

3. Samordning og koordinering mot andre planer

Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler må sees i sammenheng med foretakets øvrige planer og rammer for investeringer. De viktigste planarbeider som nå pågår og som påvirker planer for vedlikehold er strategisk utviklingsplan og plan for alle flyttinger og samlokaliseringer, såkalt helhetlig plan. Hver av disse omtales i det videre.

Strategisk utviklingsplan

Strategisk utviklingsplan er foretakets plan for å se funksjoner, bygg og eiendommer i en sammenheng frem til 2025. Planen skal beskrive de bygningsmessige tiltak som skal til for å understøtte fremtidig pasientbehandling, forskning og undervisning samt å gi en forsvarlig investeringsøkonomi. Denne planen skal ferdigstilles innen utgangen av året og legges frem for styret i Oslo universitetssykehus for endelig behandling på første møte i 2012. Planen omfatter en beskrivelse av sykehusets hovedlokalisasjoner og utviklingen ved hver av disse, inkludert planer for avvikling / utfasing av bygg, utvikling av bygg og nybygg.

Strategisk utviklingsplan er delt inn i to hovedtrinn, trinn I og trinn II. Trinn I har et tidsperspektiv til 2017 / 2018, og Trinn II strekker seg mot 2025. Til grunn for trinnene og innholdet i disse ligger noen strategiske veivalg og scenarier. Planen skal understøtte samling av lands- og regionssykehusfunksjoner på Rikshospitalet og samling av lokal- og områdesykehusfunksjoner på Ullevål. Videre skal planen hensynta demografisk utvikling og effekter av samhandlingsreformen mtp. dimensjonering av fremtidig arealbehov.

Nedenfor gis en nærmere omtale av de enkelte trinnene i strategisk utviklingsplan slik den nå foreligger. Det understrekes at planen ikke er ferdigstilt i administrasjonen og at den heller ikke er styrebehandlet. Det vil derfor kunne komme endringer i forhold til den omtalen som gis nedenfor.

I trinn I ser vi for oss følgende grovinndeling;

Ved *Gaustad - Rikshospitalet* samles høyspesialisert medisin, pasientgrupper/funksjoner som er sjeldne og pasientgrupper / prosedyrer som krever tung infrastruktur. Med dagens reguleringsplaner har Rikshospitalet trinn I, begrensede utbygningmuligheter. Det planlegges imidlertid et første byggetrinn innen dagens reguleringsbestemmelser.

Ved *Gaustad – Psykisk helse og avhengighet* samles etter foreløpig plan høyspesialisert langtidsbehandling slik idéfassen for dette området nå foreligger. Dette innebærer ved evt. realisering nybygg som igjen muliggjør en avvikling av den virksomheten som i dag er på Dikemark.

Ved *Radiumhospitalet* samles høyspesialisert kreftbehandling og en tett integrering mot forskning sikres. Dersom planene realiseres, innebærer dette en ombygning av bygg (A og B), oppgradering av operasjon og diagnostikk-arealer samt leie av arealer i nærheten for bl.a. laboratorievirksomhet. Når det gjelder det siste punktet har Oslo universitetssykehus alt ute et anbud knyttet til leie av arealer.

Ved *Ullevål* samles pasientgrupper/funksjoner og prosedyrer med stort volum og bredde, dvs. de vanlige sykdommene i tillegg til den delen av psykisk helse og avhengighet som har behov for nærhet til somatikk. Deler av bygningsmassen på Ullevål som planlegges brukes til disse formålene er i en så dårlig forfatning at disse planlegges erstattet av nybygg. Følgende bygg er foreløpig planlagt avviklet ved Ullevål: bygg 3 (medisinsk bygning), 7 (kirurgisk bygning), 13, 14, 15 og 18.

Ved *Aker* planlegges Samhandlingsarena Aker etablert sammen med Oslo kommune og andre sykehus i hovedstadsområdet. Ved Aker planlegges det ikke nybygg i denne perioden.

I perioden fra 2017 / 2018 mot 2025, dvs. i trinn II, er videre planer for området psykisk helse og avhengighet samt videre planer for regulering av bl.a. Rikshospitalet inkludert.

Helhetlig plan for samlokaliseringer og flyttinger

Klinikkene arbeidet høsten 2010 med å legge planer for å samordne pasienttilbudet og bedre driftsform innenfor eksisterende bygningsmasse, i det såkalte redesign-prosjektet. Dette arbeidet resulterte i en rekke tiltak som i dag inngår i det såkalte "Dag 4-arealprosjektet", en portefølje på mer en 30 delprosjekter. Arealplan Dag 4-porteføljen har til felles at tiltakene muliggjør flytting av akutt- / døgnvirksomhet fra Aker eller muliggjør å samle regions- og landsfunksjoner. Det er nå besluttet og igangsatt prosjekter med en samlet kostnadsramme på om lag 750 mill kroner. Dette inkluderer også nytt akuttbygg på Ullevål sykehus. De fleste delprosjektene, unntatt akuttbygget, er forventet ferdigstilt innen utgangen av 2012. Det arbeides videre med en rekke andre prosjekter som hittil ikke har vært finansiert, men som alle understøtter det samme målbildet. Helsearena Aker er også kommet til som et eget prosjekt etter at Dag 4-planene ble lagt.

Administrerende direktør har tatt initiativ til at det nå reetableres en helhetlig plan for alle samlokaliseringer, funksjonsfordelinger og flyttinger i Oslo universitetssykehus. En slik helhetlig plan vil sikre koordinering av aktiviteter som til nå har vært håndtert av ulike prosjekter eller klinikkene selv. En felles helhetlig plan vil i større grad sikre at planlagte oppgraderinger for de ulike arealene sees i sammenheng med målbildet slik det ikke gjøres unødvendig dyre investeringer i bygg som ikke skal benyttes i fremtiden. På den annen side må virksomhet ikke være i strid med myndighetspålegg og absolutt nødvendige utbedringer. Det vil også oppstå nye behov for endring av virksomhet som ikke er fanget opp i eksisterende planer. Nye initiativ må kvalitetssikres og konsekvenser for allerede eksisterende planer og evt. rekkefølgeproblematikk må utredes og belyses. Det samme gjelder koordinering opp mot myndighetspålegg.

For å sikre en rett prioritering av de tiltak som i størst grad gavner helheten, innen de rammer som er stilt til rådighet, så er det oppnevnt en sentral *strategisk koordineringsgruppe*. Denne gruppen består av sentrale ledere, tillitsvalgte, hovedverneombud samt representanter fra UiO, og skal sørge for at helhetlig plan også hensyntar de føringer som ligger i strategisk utviklingsplan samt planer for å møte ulike tilsyn og pålegg, herunder vedlikeholdsplanen.

Investeringer

Ved fremleggelse av statsbudsjettet for 2012 er det avklart at det vil bli stilt til disposisjon en samlet ramme på 1 500 mill kroner til såkalte omstillingsprosjekter. Av disse er det bundet om lag 750 mill kroner til allerede besluttede og igangsatte prosjekter, herunder 377 mill kroner til nytt akuttbygg på Ullevål sykehus. Strategisk koordineringsgruppe har ansvar for å sikre at den resterende summen benyttes til de prosjektene som i størst mulig grad bidrar til å sikre driftseffektive løsninger som henger sammen med strategisk utviklingsplan ved hver av lokalisasjonene. Der hvor tiltaket møter pålegg fra arbeidstilsynet eller andre tilsyn, vil det arbeides for å sikre at også disse forholdene utbedres og at fremdriftsplanene tilpasses dette.

Det vil arbeides videre med konkretisering av trinn I slik at det kan søkes investeringsmidler til konkrete bygningsprosjekter som er i tråd med det som er beskrevet over. Et samlet investeringsbehov i trinn I vil inkludere nye bygg, oppgraderingsbehov, utstyr, erstatningsbygg og rivekostnader som de viktigste elementene. Investeringene skal sees i sammenheng med videre utviklingsplaner og være utgangspunkt for videre dialog med eier.

Selve vedlikeholdsplanen skal i utgangspunktet finansieres over driftsmidler.

4. Handlingsplan

OUS har som målsetting å utarbeide en helhetlig plan som ivaretar både kravene til god pasientbehandling, forskning, et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og fornuftig bruk av samfunnets ressurser.

Vedlagte rapport fra Multiconsult er å anse som et grunnlag for en vedlikeholdsplan. Den omfatter kartlagt arbeidsmiljøproblematikk med tilhørende tiltak for risikograd 3 – 5. Vi vil som hovedprinsipp følge prioriteringsrekkefølgen 5, 4, 3 ved utarbeidelse av tidsplan.

Multiconsult har i sin rapport anslått en gjennomføringsperiode på 6 år for de ca. 500 tiltakene dersom man starter opp med alle tiltak samtidig. En samtidig oppstart av alle tiltak vil ikke være mulig dersom man i perioden skal sikre en opprettholdelse av pasientbehandling, både kvalitativt og kvantitativt.

Mye arbeid gjenstår, blant annet mer detaljerte prioriteringer og tidsfrister.

Årsaken til dette er:

- Det gjenstår samordnings- og koordineringsarbeid med andre planer for byggutvikling i foretaket (kfr. pkt. 3).
- Det må vurderes hvilke tiltak og hvilke bygg man skal starte med på den enkelte lokalisasjon, da ikke alle tiltak kan påbegynnes samtidig
- Det må vurderes hvilke tiltak vi som et minimum må gjennomføre i bygg som senere skal avhendes mens vi venter på nybygg og leide lokaler.
- Det må lages en plan for bufferarealer hvor enheter kan utføre sin virksomhet mens deres arbeidslokaler blir oppgradert.

Prioriteringsarbeidet er påbegynt. Det er nedsatt en arbeidsgruppe i regi av Eiendom med deltakelse fra Multiconsult, hovedverneombudet, tillitsvalgte og Arbeidsmiljøavdelingen. Prioriteringsgruppen er enig om å starte oppgraderingen der hvor helserisikoen er størst og arbeidsmiljøforholdene er dårligst. Samtidig som vi må ta hensyn til byggutviklingen i foretaket. For arbeidslokaler som skal avhendes / fraflyttes skal det gjennomføres midlertidige tiltak som ivaretar et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

5. Prosess til nå

- Kartlegging og risikovurdering av bygningsmassen koordinert av Eiendom med bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen og Hovedverneombudet.
- Behandlet i AMU-møte 13.10.11 med vedtaket: *AMU tar saken til orientering og ber om at arbeidet med vedlikeholdsplanen intensiveres. Saken fremlegges på et ekstraordinært AMU- møte..*
- Behandlet i ledermøte 18.10.11 med vedtaket: *Saken tas til orientering.* Ledelsen vil holdes løpende orientert, og vil få seg forelagt vedlikeholdsplanen når den er ferdig.
- Orientert om i styremøte 27.10.11 under administrerende direktørs orienteringer med vedtaket: *Styret tar saken til orientering.* Styret vil holdes løpende orientert, og vil få seg forelagt vedlikeholdsplanen når den er ferdig.

6. Videre prosess – intern forankring


Det videre arbeidet med vedlikeholdsplanen blir prosjektorganisert. Vernetjenesten, de tillitsvalgte og Arbeidsmiljøavdelingen blir involvert i dette arbeidet. I første omgang vil det bli utarbeidet en helhetlig plan for 2012, og deretter suksessivt for de påfølgende år.

Når utkast til prioritert vedlikeholdsplan for 2012 foreligger vil den som forutsatt i pålegget bli behandlet i:


- AMU
- Ledergruppen
- Styret (første styremøte i 2012)

I tillegg til behovet for oppgradering av bygningsmassen er OUS inne i kontinuerlig omstilling. Det må derfor også være høyt fokus på det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet i årene som kommer. Viktige elementer her er trivsel, arbeidsbelastning, omstilling og samhandling.

Med vennlig hilsen



Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør



Per Oddvar Synnes
Foretakshovedverneombud

Vedlegg 1: Grunnlag til vedlikeholdsplan, kartlegging av tiltak fra Multiconsult datert 21.10.11
(i vedlegget er det omtalt en vedlikeholdsplan som ikke er endelig)

Oslo universitetssykehus/direktøren
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

Oslo, 28-10-2011
Deres ref:
Vår ref: 2011/1236 - 1
J.nr: 2011/2677
Saksbehandler: Caroline Monstad Høgnes

Spørsmål til praksis ved Oslo universitetssykehus når det gjelder fritt sykehusvalg for pasienter med kroniske sykdommer

Helse- og sosialombudet i Oslo har i den senere tid mottatt flere henvendelser med spørsmål om hvorvidt retten til fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven § 2- 4 gjelder for pasienter med kroniske sykdommer.

Flere som har tatt kontakt har fått beskjed fra Oslo universitetssykehus om at de som kronikere ikke har samme rett til å velge sykehus i helseregionen. Dette gjelder pasienter som har ulike kroniske sykdommer. Vi har blitt kontaktet av dialysepasienter som har fått beskjed om at deres behandling er å anse som øyeblikkelig hjelp og som derfor ikke gir rett til valg av sykehus. Vi har også mottatt henvendelser fra flere gastromedisinske pasienter som forklarer at deres oppfølging nå må overføres til andre helseforetak. Denne informasjonen reagerer Ombudet på da en slik praksis etter vår vurdering vil være i strid med loven.

Vi har gjennom en interesseorganisasjon blitt gjort kjent med vedlagte dokument: "Fritt sykehusvalg Oslo universitetssykehus" versjon 9b (12.07.10), med etterfølgende notat av 29.04.2011. Her beskrives en praksis ved kapasitetsmangel som består i at pasienter, under forutsetning av at det er kapasitet ved et annet helseforetak og at pasienten orienteres først, kan henvises videre til tilsvarende behandlingstilbud i regionen. Dersom pasienten ikke aksepterer det alternative tilbudet som er fremskaffet, vil ikke sykehuset lenger ha ansvar verken for å overholde vurderingsperioden eller for et eventuelt fristbrudd som måtte oppstå.

I en sak der Ombudet var involvert som gjaldt en kronisk syk pasient som hadde fått beskjed om at han måtte overflyttes til Akershus universitetssykehus, så står blant annet følgende i vedlagte brev fra Oslo universitetssykehus datert 21.10.11:

"Det ble også informert om at kronikere ikke hadde rett til fritt sykehusvalg. Bakgrunnen for den informasjonen var et notat som vi har fått fra sentral stab via klinikkledelsen hvor det står at "Kontrollpasienter/livsløpspasienter er ikke gitt særskilte rettigheter for valg av sykehus".

Jeg har nå vært i kontakt med jurist i sentral stab som opplyser at det notatet vi har brukt som grunnlag for informasjon videre til pasientene ble rettet opp, men den informasjonen kom

*dessverre aldri ut til avdelingen. I den rettede versjonen står det:
"Kontrollpasienter/livsløpaspasienter kan påberope seg retten til fritt sykehusvalg"*

Det betyr at den informasjonen du fikk var gitt på feil grunnlag, og det beklager vi sterkt"

På bakgrunn av denne saken og øvrige henvendelser til vårt kontor ber vi om en tilbakemelding fra Oslo universitetssykehus på hva slags informasjon som gis om retten til fritt sykehusvalg til pasienter med kroniske sykdommer. Vi ber i den anledning om kopi av de interne retningslinjene ved sykehuset.

Vennlig hilsen



Anne-Lise Kristensen
helse- og sosialombud



Caroline Monstad Høgsnes
Caroline Monstad Høgsnes
spesialkonsulent

Vedlegg: Fritt sykehusvalg Oslo universitetssykehu versjon 9b (12/07-10)

Notat av 29.04.11

Svar fra Oslo universitetssykehus datert 21.10.11

Kopi til: Oslo Universitetssykehus HF v/styret
Helsetilsynet i Oslo og Akershus, postboks 8111Dep, 0032 OSLO
Helse Sør-Øst RHF, postboks 404, 2303 HAMAR

Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Pb 8111 Oslo
0032 Oslo

Vår ref.:
2011/16370

Deres ref.:
2011/18363-1 FM-H AB,EB.

Saksbeh.:
Dato:
28.10.2011

Oppgis ved all henvendelse

PASIENTSIKKERHET OG RISIKOSTYRING UNDER SAMMENSLÅINGSPROSESSEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Vi viser til brev datert 19.09.11. og øvrige kontakter mellom Oslo universitetssykehus og Helsetilsynet. Oslo universitetssykehus ser det som en styrke at Helsetilsynet konstruktivt bidrar med avklaringer om viktige spørsmål i oppfølgingen av pasientsikkerhet og risiko i den pågående endringsprosessen. Problemstillingene Helsetilsynet tar opp er sentrale, og har i stor grad samme fokus som sykehusets ledelse har i sitt arbeid. Risikostyring skal være en integrert del i det daglige arbeid og danner grunnlaget for god virksomhetsstyring i organisasjonen. Dette har vært og er et etablert krav i utøvelse av gjennomgående ledelse helt fra oppstart av fusjonen ved Oslo universitetssykehus.

Fusjonen i Oslo universitetssykehus har et kvalitets- og pasientbehandlingsformål gjennom samling og styrking av høykompetente fagmiljøer. I den pågående omstillingen har Oslo universitetssykehus de samme utfordringer som også andre helseforetak har uavhengig av fusjonsprosessen. Det kan derfor være vanskelig å differensiere hvilke forhold som er direkte forårsaket av fusjonsprosessen. Enkelte samordningstiltak ville dessuten også med gammel foretaksstruktur i Oslo være ønskelig å gjennomføre (eksempelvis omlegging av behandlinglinjer og pasientforløp knyttet til slagbehandling, hjertekirurgi og leverkirurgi).

1. Overordnede mål for pasientsikkerhet

Oslo universitetssykehus skal gi pasienter og deres pårørende en fullt ut forsvarlig spesialisthelsetjeneste. Oslo universitetssykehus har som ambisjon å være i fremste rekke når det gjelder kvalitet og sikkerhet for våre pasienter og bidra til å utvikle kunnskap om bedre pasientsikkerhet gjennom egen forskning, erfaring og samarbeid med gode internasjonale miljø¹.

Følgende er våre delmål for en bedre kvalitet i tjenestene:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

¹ Vi viser til de tidligere tilsendte og publiserte tertialrapporter fra Oslo universitetssykehus med vedlagte risikoanalyser og tiltaksbeskrivelser.

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
4. Trygg kirurgi - postoperative sårinfeksjoner skal reduseres
5. Antall legemiddelfeil skal reduseres

2. Mål knyttet til fristbrudd og sykehusinfeksjoner

Vurdering av mål knyttet til fristbrudd og sykehusinfeksjoner, som indikatorer på pasientsikkerhet.

Fristbrudd

Et overordnet prinsipp for fristfastsettelse er å forhindre at pasient på grunn av forsinkelser mister behandlingsmessige og prognostiske muligheter. Fristbrudd er derfor en relevant indikator for å vurdere pasientsikkerhet. Relevansen varierer dog noe mellom ulike pasientkategorier. Det forekommer jevnlig diskusjoner i sykehuset, sykehusene imellom og i storsamfunnet om helsevesenets frister for ulike sykdommer hos pasienter, særlig innenfor kreft. Ikke alle frister er medisinsk-faglig begrunnet – noen er også basert på pasientens behov ut ifra i spenningstilstanden han/hun opplever. Det er ikke alltid samsvar mellom den hastegraden pasienten opplever og den som fagfolk legger til grunn. Fristen fastsettes med bruk av prioriteringsveilederne og et godt faglig skjønn. Samtidig har enkelte sykdomsgrupper et psykososialt aspekt som gjør at hastegraden må økes ut over det som er strengt nødvendig rent medisinskfaglig.

Resultatutviklingen de siste månedene viser en positiv utvikling i foretaket, der andelen fristbrudd er synkende².

Sykehusinfeksjoner

Oslo universitetssykehus mottar pasienter som kan ha større risiko for helsetjenesteervervede infeksjoner enn ved andre norske sykehus. Oslo universitetssykehus mottar bla. pasienter fra andre sykehus der komplisert sykehusinfeksjon er en del av grunnlaget for at pasienten overføres, og sykehuset vil følgelig ha en høyere prevalens av infeksjoner. Det regionale målet i Helse Sør-Øst om maksimalt 3 % prevalens av sykehusinfeksjoner er derfor krevende (men egnet til løpende intern evaluering av egne tiltak). Regelmessige kvartalsvise prevalensregistreringer (antall sykehusinfeksjoner i forhold til totalt antall innlagte pasienter) frem til og med 3. kvartal 2011 indikerer ingen signifikant endring i situasjonen. Det skal imidlertid bemerkes at prevalensrate ikke er en veldig sensitiv indikator på infeksjonsrisiko.

I tillegg gjøres kontinuerlige insidensregistreringer av postoperative sårinfeksjoner innen definerte pasientgrupper (keisersnitt, hofteproteser, tykktarmskirurgi, gallekirurgi og coronar bypass) som rapporteres ved utgangen av hvert år til Folkehelseinstituttet. Registreringene viser ingen signifikant endring.

² Se tertialrapportene for 2011 samt aktivitetsrapportering til styret 27 oktober 2011 på www.oslo-universitetssykehus.no

Andre viktige forhold og andre indikatorer

Det finnes ulike rapporter fra lokale kvalitetsdatabaser med relevans for pasientsikkerheten.

Fagmiljøene definerer de kvalitetsparametre som er særlig relevante for nettopp dem, og som følges først og fremst lokalt for å overvåke og forbedre behandlingskvalitet. Eksempelvis følger Hjerter-, lunge- og karklinikken objektive kvalitetsparametre som mortalitet og hjerneslag i forbindelse med samordning av hjertekirurgien, herunder innflytting av virksomheten fra Akersbakken, og kvaliteten er uendret og meget god.

Sykehusets ordinære avvikssystem med innmeldte uønskede hendelser er også en pasientsikkerhetsindikator. Forholdet mellom registreringsaktivitet og registreringstrygghet tolkes slik at sykehuset har ansvarlig personale som er opptatt å avdekke risikoforhold.

Sykehuset har en rekke andre målbare kriterier for kvalitet og sikkerhet i sykehusets pasientbehandling som registreres og brukes i statusrapporteringer og beslutningsgrunnlag, så som antall korridorpasienter, ventetid på behandling, antall klager fra pasienter og pårørende, antall bekymringsmeldinger fra medarbeidere til ledelse og tilsynsmyndigheter og HMS-forhold på sykehuset. Dette er verdifulle indikatorer for sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset, som det rapporteres på månedlig til ledelse og styre, og som dermed danner beslutningsgrunnlag for videre drift og vedtak³.

3. Oppdatert risikoanalyse

Oslo universitetssykehus har fra oppstart av fusjonen utført risikovurderinger etter metodikk beskrevet i en fastsatt retningslinje. Risikovurderingene inneholder både en risikoanalyse og en handlingsplan for risikoreduserende tiltak. Dette gjøres gjennomgående i hele organisasjonen etter at sykehuset har mottatt sitt årlige oppdrag fra eier. Analysen gjennomføres på bakgrunn av de målområder som er gitt i oppdraget, hvor pasientbehandling er ett område. Pasientsikkerhet og hva som potensielt gir risiko for manglende måloppnåelse på dette området, er dermed et grunnleggende måleområde i risikoanalysene. Disse gjøres både på overordnet nivå, i den enkelte klinikk og i det enkelte endringsprosjekt. Sykehusets risikovurderinger følger samme metodikk ved årets tre tertialer. Årets første risikovurdering er en hovedvurdering og denne blir revidert i de to siste tertialene. Funn sammenfattes på sykehusnivå, forankres i øverste ledergruppe og styrerapporteres hvert tertial.⁴

Våre metoder blir fortløpende evaluert og forbedret. Det er et pågående arbeid for å bli bedre på treffsikre risikoreduserende tiltak.

4. Pasientsikkerhet, - beslutninger og akseptkriterier.

Oslo universitetssykehus legger risikostyring til grunn som ett av elementene i vår interne styring og kontroll. Forsvarlig pasientbehandling er grunnleggende premiss for alle de valg som gjøres. Enkelte prosesser er initiert på bakgrunn av intern ubalanse i ressursbruk eller ulikheter i pasientbehandlingstilbudet, andre prosesser knytter seg til

³ Se månedlig aktivitetsrapport til styret, publisert på sykehusets nettsider www.oslo-universitetssykehus.no. Se også innrapporterte kvalitetsdata på www.frittisykehusvalg.no

⁴ Se tidligere oversendt risikoanalyse for 3. tertial

målet om ensartet behandling/tilbud til risikostratifiserte pasienter i regionen.

I sammenslåingsprosessene presiseres det blant annet at gode pasientforløp skal ligge til grunn for ny organisering, at befolkningen i Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisttjenester som ivaretar god samhandling med kommunen og prosessen skal gjennomføres med bred involvering og i henhold til de 12 prinsippene for medvirkning.

Det er etablert et sett med akseptkriterier i risikometodikken, og det ble etablert kriterier ved etablering av organisasjonen og ved endringer.

Eksempler på førende kriterier i omorganiseringen:

Som premisser for organisering av de nå ni klinikkene ble følgende lagt til grunn:

1. Pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legger modellen til rette for logiske og effektive pasientforløp? ▪ Oppfyller modellen kravet til "En opplevd dør inn"?
2. Styringsstruktur og modellkompleksitet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gir modellen en tydelig ansvarslinje? ▪ Håndterbart kontrollspenn for alle ledere? ▪ Er det en klar logikk bak gruppering av aktiviteter inn i hver enkelt enhet
3. Styrking av tjenestetilbudet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydeliggjøring av de lokalbaserte tjenester og styrking av forskning? ▪ Styrking av den høyspesialisert medisinen (lands- og region)? ▪ Styrking av fagutvikling og innovasjon?
4. Understøttelse av organisatorisk skille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvor effektivt understøtter modellen et organisatorisk skille mellom storby/ lokal og land/ regionsfunksjoner ▪ Legger modellen til rette for et likeverdig sykehusstilbud til alle pasientgrupper
5. Samhandling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legger modellen til rette for god samhandling med eksterne aktører, for eksempel Oslo kommune, andre sykehus, universitetet?
6. LEON-prinsippet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan legger modellen til rette for at pasienter kommer inn og blir behandlet i tråd med LEON-prinsippet
7. Gjennomføringsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellen lar seg gjennomføre med samlet sett akseptabel risiko
8. Effektivitet og gevinstrealisering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Understøtter modellen realisering av gevinster? ▪ Er modellen ressurseffektiv?

Som premisser for organisering av lokalsykehusfunksjonene ble følgende lagt til grunn:

	Hovedprinsipper	Underprinsipper
ering	1) Fagressurser må være tilgjengelig uavhengig av klinikk og avdeling	a) Kompetanse/bemanning av enheter må tilrettelegges for pasienter med flere samtidige sykdommer
		b) Poliklinikkvirksomhet må samordnes for pasienter med sammensatte lidelser
		c) Mottak må organiseres slik at sammensatte lidelser håndteres
		d) Hovedregel er at det er fagfolk/personale som må bevege seg – ikke pasienten
		a) Felles kliniske retningslinjer med gyldighet på alle områder der de har relevans –

2) Prinsipper med utgangspunkt i behov for samordning mot kommunchelse-tjenesten	1) Alle brukere og samarbeidspartnere skal oppleve ett kontaktpunkt som skal kunne koordinere deres behov inn i OUS
	2) Alle linjeledere har et ansvar for å tilrettelegge for og bidra til ekstern koordinering av pasientforløp og bidra til god samhandling
	3) Alle linjeledere har ansvar for å ha tilgjengelig spesialisert kompetanse som kan støtte god ekstern koordinering av pasientstrømmer og samhandling
	4) Forbedring av ekstern samhandling skal være et område som er gjenstand for kontinuerlig arbeid både på system- og individnivå
3) Prinsipper med utgangspunkt i behov for fysisk nærhet, praktisk koordinering, finansiell ryddighet og legitimitet mot ulike samarbeidspartnere	1) Koordinering av lokalsykehusfunksjonene skal ha et klart ansvarspunkt i sykehusledelsen og i ledelsen av klinikkene
	2) Lokalsykehusdefinerte oppgaver skal synliggjøres med kapasitet og ressurser
	3) Kapasiteter for lokal- og områdeoppgaver bør samles fysisk

5. Statusoppdateringer

Som et ledd i utredningsarbeidene før sammenslåing og endring av de enkelte enheter og fagmiljøer, gjennomføres en risikovurdering av tiltakene. I risikovurderingen er implikasjoner på pasientsikkerheten belyst som en sentral dimensjon. Disse

vurderingene fra fagmiljøene drøftes med de ansattes organisasjoner før beslutning i sykehusledelsen.

Omfattende og komplekse prosesser vil være gjenstand for flere utredningsfaser med økende detaljeringsgrad og kvalitetssikring av planlegging og tilrettelegging før gjennomføring. Likevel er det en relevant erfaring at ny risiko i noen grad kan være vanskelig å forutsi.

6. Kritiske faktorer

Vi vurderer disse faktorene som særlig viktige for å øke pasientsikkerheten:

- Fortsatt framdrift i arbeidet for å oppnå en samlet IKT-infrastruktur og felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS.
Planlagt revisjon av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet hvor viktige pasientsikkerhetsperspektiv vil fokuseres. Revisjonen blir gjennomført i desember 2011/ januar – 2012.
- Bygging av nytt akuttmottak ved Ullevål (2012) og implementering av systembeskrivelse for god virksomhetsstyring av pasientbehandlingen i akuttmottaket.
- God intern kommunikasjon og informasjon om utfordringer og tiltaksplaner i forbindelse med omstillingen
- God samhandling med kommunehelsetjenesten med etablering av Helsearena Aker og samarbeid med fastleger (Meldingsløftet)
- God medvirkning av involvert fagpersonell i endringsprosessene.

7. Tiltak som ikke viser positiv effekt

Oslo universitetssykehus har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet i perioden 2009-2010 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Sluttevalueringen viste at ca. 35 % av de gjennomførte tiltakene hadde hatt positiv effekt, mens ca. 62 % av tiltakene ikke medførte noen endringer, og ca. 3 % av tiltakene førte til en forverring. De mest positive endringene ble sett på tiltak relatert til ledelse, bemanning, arbeidsoppgaver og lederstøtte.

Organisasjonen har jobbet videre med dette i 2011.

Oppfølging og evaluering av risikovurderinger knyttet til måloppnåelse for pasientbehandling, økonomi, arbeidsmiljø og forskning gjøres i tertialvise møter mellom ledelse og klinikk. På månedsoppfølgingsmøtene følges særskilte områder som er forbundet med høy risiko.

8. Manglende motivasjon hos ansatte

Store omstillinger med krav til endring, opplevelse av upopulære avgjørelser, arbeidspress og bemanningstilpasninger kan skape motivasjonsproblemer. Manglende motivasjon kan gå ut over både lojalitet og samhold på tvers og til sykehusets ledelse. I verste fall kan motivasjonsproblemer også gå ut over kvaliteten i tjenesteytelsen til pasienter.

Antallet avviks- og forbedringsregistreringer tyder på at det i noe økende grad rapporteres om svikt/mangler ved ulike systemforhold som pasientnært utstyr,

pasientadministrativ IKT og elektronisk pasientjournal, samarbeidsrutiner og samhandling med helsetjenestene utenfor Oslo universitetssykehus. Sykehusets ansatte melder også fra både via linjeledelsen og tillitsvalgte. Sykehuset har i tillegg en intern varslersordning og et varslingsombud.

Innmeldingene kan tolkes som et tegn på tretthet og frustrasjon over det man opplever som vanskelige forhold i det daglige arbeidet. Samtidig må meldingene oppfattes som en fortsatt sterk motivasjon til å gjøre en god jobb. Sykehusets ansatte har en sterk grad av lojalitet til pasientene og gjør en stor innsats i avdelinger og klinikker. Denne sterke drivkraften var særlig fremtredende i ukene etter 22/7-katastrofen.

Ved ferdigstilling av pågående utredninger som fagmiljøene medvirker i, vil sykehusledelsen tydeliggjøre og kommunisere strategiske satsninger og fremtidige virksomhetsplaner. Akkurat nå betyr det at sykehusets målbilde både på kort (2012), mellomlang (2018) og lang sikt (2025) etter hvert kan kommuniseres tydeligere. Det er sannsynlig at dette vil kunne bidra til at organisasjonens forståelse av de pågående endringene vil bedres og dermed bidra til større grad av trygghet. Sykehusledelsen bestreber seg på alltid å være lydhør og oppmerksom på utfordringene knyttet til endringsprosesser og ansattes motivasjon. Konkrete og velbegrunnede tilbakemeldinger vil derfor kunne påvirke både tiltak, rekkefølgevurderinger og fremdrift i fusjonsprosessen. Det er allerede iverksatt lokale tiltak rettet mot nøkkelpersonell, samt mer generelle tiltak (eksempelvis tilpasset IKT-opplæring for ansatte som flytter mellom sykehuslokalisasjonene).

Sykehusets intranett har et eget diskusjonsforum, samt muligheten til å kommentere på den enkelte nyhetssak som publiseres. Denne muligheten benyttes stadig oftere. Det er også lagt til rette for at spørsmål og informasjon fra de ansatte blir registrert og presentert for ledelsen blant annet i virksomhetsportalen under tittelen "Framtidas sykehus – si din mening" og "Idépoliklinikken". Nylig var det også en nyhetssak som oppfordret ansatte til å "Si fra om kritikkverdige forhold", der det bla. sto at "Ledelsen ved Oslo universitetssykehus oppfordrer ansatte til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Ansatte skal normalt varsle via nærmeste leder og sykehusets vanlige meldesystemer. Dersom det er vanskelig å varsle via nærmeste leder, har sykehuset også alternative varslingskanaler varslingskanalene ble beskrevet.

Sykefravær følges dessuten nøye, og har hittil i år ligget lavere enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med, og vært synkende⁵.

9. Avviksrapportering

Oslo universitetssykehus har fra Dag 1 i fusjonsprosessen hatt et felles overgripende registrerings- og analyseverktøy for avvik, uønskede hendelser og forbedringsforhold. Verktøyet er godt tatt i mot, og det har vært stor opplæringsaktivitet. Registreringene har økt siden fusjonsstart. Våre ansatte anser dette som viktig og nyttig i tillegg til at det oppleves trygt. Vi ser ofte at det registreres hendelser som er svært belastende for personellet og at registreringene gjøres av personalet selv. En kompetent og fortrolig prosess rundt dette arbeidet er avgjørende. Verktøyet videreutvikles kontinuerlig og det er satt av ressurser til dette for 2011 og 2012.

⁵ Se tidligere oversendte tertialrapporteringer.

Det økte antall hendelser må oppfattes som positivt og uttrykk for en stadig bedre meldekultur. Data fra systemet brukes til månedsvis og tertialvis oppfølging av hver klinikk der blant annet antall registreringer er en måleparameter. Det gjøres et grundig arbeid i de alvorlige og prinsipielle sakene via kvalitetsutvalgene i klinikkene og sentral stab. Helsetilsynet er kjent med dette gjennom vår pålagte rapportering.

Hvis vi sammenlikner oss med sykehus i Sverige som er gode på rapportering av hendelser er det grunn til å forvente ytterligere 30-40 % økning i registrerte hendelser av uønskete forhold de nærmeste årene. Vårt inntrykk er imidlertid at det er begrensninger i evnen til å bruke det store tilfanget av erfaringskunnskap i de registrerte hendelsene som vil være hovedutfordringen, ikke manglende avviksregistrering.

10. Arbeidsmiljøloven

Brudd på arbeidsmiljøloven oppfattes som alvorlig og innsatsen for å begrense brudd pågår kontinuerlig. Utfordringene er i hovedsak knyttet til brudd på arbeidstidsbestemmelsene for helsepersonell og som skyldes knapphet på blant annet spesialsykepleiere med tilstrekkelig kompetanse til turnusarbeid innen intensiv-, operasjon og transplantasjonsvirksomhet. Sistnevnte har en rekordhøy og ønsket aktivitetsøkning, men rekruttering og lokal opplæring er tidkrevende.

Sykehuset har satt i verk flere både kort- og langsiktige tiltak for å redusere brudd på arbeidsmiljøloven. Eksempelvis er det utarbeidet nye turnusplaner med endret vaktlengde, økt bruk av ekstravaktpool, fokus på ressursbruk på tvers av enheter, rekruttering til riktig tid og forbedrede rapporteringsrutiner. Bemanningen er dessuten styrket innen enkelte enheter (eksempelvis prehospitale tjenester/AMK) og et ekstra videreutdanningskull av operasjonssykepleiere er satt i gang.

Trekker vi ut brudd som er tilskrevet aktiviteten rundt 22. juli, ser vi en samlet nedgang i brudd på Arbeidsmiljøloven på gjennomsnittlig 15 % pr måned siden 1. tertial.

11. Funn ved eksterne tilsyn

Det er en rekke tilsynsmyndigheter som følger nøye med på den omstillingsprosessen som sykehuset er inne i. Som følge av det er det naturlig at antall eksterne tilsynsbesøk er relativt høyt.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har en internrevisorrolle i Oslo universitetssykehus på vegne av styret i Helse Sør-Øst og i samarbeid med sykehusets ledelse. Resultater av disse kommuniseres og følges opp internt, fremkommer i styrerapporter, og oppsummeres hvert tertial sammen med alle andre funn fra tilsynsmyndighetene.

Internrevisjonen har som hovedregel et annet fokus enn de eksterne tilsynene med fagspesifikke kompetansetunge revisorer som reviderer på detaljert nivå. En del av de interne revisjonene er organisert sentralt, og antallet slike revisjoner er forholdsvis lavt i forhold til eksterne tilsyn. I tillegg til de overordnede interne revisjonene gjennomfører klinikkene også revisjoner av egen virksomhet. Det er derfor ulikheter i mengde og typer av tilsyn/revisjoner uten at det nødvendigvis sier noe om tjenestekvaliteten.

Interne revisjoner og eksterne tilsynsbesøk er to viktige områder av våre mange internkontrollaktiviteter.

12. Revurdering og korrigerende av mål

Sykehusets ledelse har ukentlige møter hvor man gjennomgår driftssituasjonen med resultatrapportering innen kritiske områder. På disse møtene diskuteres og besluttes relevante tiltak. I tillegg er det særskilte klinikkvise oppfølgingsmøter mellom direktør og klinikkleder hver måned, samt utvidete dialogmøter hvor også avdelingsledere er tilstede hvert tertial. De formelle arenaer med de ansattes organisasjoner, AMU og brukerorganisasjonene er viktige arenaer for innspill til korrigerende/revurdering. De ukentlige dialogmøtene mellom ledelse og tillitsvalgte, samt de jevnlig drøftemøtene i forkant av organisatoriske endringer er viktige arenaer der innspill og korrigeringer fremkommer.

13. Hvordan velges hendelser og indikatorer

De risikoområdene som blir presentert i risikomatrisen på overordnet nivå, er et resultat av en omfattende prosess som inkluderer arbeid i både avdelinger og klinikker. I dette arbeidet tas det utgangspunkt i de samme seks innsatsområdene som vår eier, Helse Sør-Øst, har prioritert på kort og lang sikt. I henhold til kravene fra Helse Sør-Øst har vi en hovedgjennomgang av risikoområder i 1. tertial. Risikovurderingene i de to siste tertialene er revurderinger av hovedgjennomgangen i 1. tertial. Dermed vil det være naturlig at en ser likheter i både identifiserte risikoer og i planlagte tiltak i 2. og 3.tertial.

Proessen for å følge opp overordnede tiltak skjer i gjennomgangen av de underliggende handlingsplaner for risikoreduserende tiltak i klinikker og stabsavdelinger. De underliggende planene er mer konkret utformet og beskriver hvem som står ansvarlig for gjennomføring av tiltakene, med en frist. Lederne kan således etterspørre og følge med i gjennomføringen av tiltak.

14. Risikoer i rød kategori

Risikoområder plassert i rød kategori er et uttrykk for ledelsens vurdering av risiko, – og er dermed uttrykk for hva ledelsen vurderer som særlig alvorlig og vil prioritere tiltak i forhold til. Innen røde områder skal det skisseres tiltak for å kompensere eller redusere risiko. Tiltak skisseres i handlingsplaner og følges opp gjennom linjeledelsen, jmf punkt 12. Det er pågående interne prosesser for å bli mer handlingsrettet når det gjelder etablering av mer målbare tiltak slik at effekt kan vurderes bedre enn i dag. Hvordan prosessen iverksettes, evalueres og forbedringstiltak utvikles er besvart i punktet ovenfor (punkt 13). Det er naturlig at ledernes fokus er større på de alvorligste risikoene. Ikke minst krever mer alvorlige risiko som regel mer omfattende tiltak.

15. Måler sykehusets ledelse på pasientsikkerhet

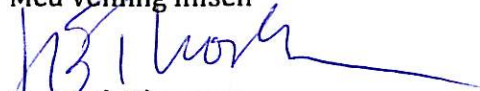
Gjennom lederkontrakter og klinikkvise oppdrag er krav og forventning beskrevet. Det vises her til punktene 1,2, 9,11 og 12. I tillegg måles antall hendelser meldt per ansatt og antall pasienthendelser i forhold til antall behandlinger. Dette er parametre som overvåkes i tillegg til annen faglig indikatoroppfølging.

16. Benchmarking

En rekke av de nasjonale kvalitetsdatabasene, inkl. data som er relevante for pasientsikkerhet, driftes i regi av Oslo universitetssykehus. Mange av de ulike fagmiljøene ved Oslo universitetssykehus måler også egne resultater og har via faglige kontakter nasjonalt og internasjonalt tilgang til tilsvarende tall fra andre sykehus. Resultater kommer også frem via egen forskning og utveksles internasjonalt i tidsskrifter og i faglige fora. For flere fagmiljøer er dette en sterkt motiverende kraft som er viktig for universitetssykehuset. Virksomhetsrapporter for omstillingen i hovedstadsområdet brukes internt i ledelsen for å vurdere utviklingen både internt i Oslo universitetssykehus og sammenlignet med andre helseforetak i forhold til de mål som er satt.

Vi håper svaret er tilstrekkelig for å belyse de sentrale spørsmål Fylkeslegen har stilt Oslo universitetssykehus og ber om å bli kontaktet dersom det er behov for utdypning eller supplement.

Med vennlig hilsen



Jan Eirik Thoresen
Fung. Adm. dir.