

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Møtenavn:</b>  | <b>Styremøte</b>   |
| <b>Dato møte:</b> | <b>15. desember 2011</b>   |
| <b>Møtetid:</b>   | <b>Kl. 08.00 – 16.00</b>   |
| <b>Møtested:</b>  | <b>Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet,<br/>Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.</b> |

---

### Sakliste

- 138/2011 Godkjenning av innkalling og sakliste
- 139/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 24.11.2011
- 140/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 29.09.2011
- 141/2011 Godkjenning av protokoll ekstraordinært styremøte 06.12.2011
- 142/2011 Beslutningssak: Aktivitet- og økonomirapport per november
- 143/2011 Beslutningssak: Budsjett 2012
- 144/2011 Orienteringssak: Helhetlig plan for samlokaliseringer, arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan
- 145/2011 Beslutningssak: Prosjekt helsearena Aker
- 146/2011 Orienteringssak: Rapport om Oslo universitetssykehus HF håndtering av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22. juli
- 147/2011 Beslutningssak: Valg av styre i Barnestiftelsen, sammenslåing av stiftelser med mer
- 148/2011 Orienteringssak: Strategi for Krefregisteret 2012-2015
- 149/2011 Orienteringssak: Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav
- 150/2011 Beslutningssak: Årlig melding
- 151/2011 Beslutningssak: Møteplan 2012 for styret
- 152/2011 Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Sakliste

---

**SAK 138/2011: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra styremøte  
24.november 2011

---

**SAK 139/2011:            BESLUTNINGSSAK  
                                  GODKJENNING AV PROTOKOLL STYREMØTE  
                                  24. NOVEMBER 2011**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. november 2011.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll lukket behandling styremøte 29. september 2011 – **(ettesendes/vil bli lagt fram i møte)**

---

**SAK 140/2011: GODKJENNING AV PROTOKOLL LUKKET  
BEHANDLING STYREMØTE 29. SEPTEMBER  
2011**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

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

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll fra ekstraordinært styremøte  
6. desember 2011

---

**SAK 141/2011:        BESLUTNINGSSAK  
                          GODKJENNING AV PROTOKOLL  
                          EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE  
                          6. DESEMBER 2011**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret godkjenner protokoll fra ekstraordinært styremøte 6. desember 2011.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll – ekstraordinært styremøte

---

|           |  |
|-----------|--|
| Møtenavn: | <b>Styremøte</b>   |
|           | 6. desember 2011<br>kl. 19.30 – 20.15<br>Ullevål sykehus, 2 etg. Legemessa |
| Referent: | Randi Borgen   |

#### Til stede:

Stener Kvinnsland, leder  
Göran Stiernstedt, nestleder  
Marianne Borgen  
Aasmund Magnus Bredeli  
Ellen Christine Christiansen  
Rita von der Fehr  
Nina Tangnæs Grønvold  
Tor Ingebrigtsen  
Merete Norheim Morken  
Ole Petter Ottersen  
Svein Erik Urstrømmen  
Bjørn Wølstad-Knudsen

Forfall: Barbro Lill Hætta, Anders Utne.

#### **Sak 136/2011      Godkjenning av innkalling og saksliste**

##### Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

#### **Sak 137/2011      Beslutningssak Ansettelse av administrerende direktør**

Styret behandlet saken alene i lukket møte.

##### Enstemmig vedtak:

Styret slutter seg til ansettelsesutvalgets innstilling og ansetter Bjørn Erikstein som administrerende direktør.

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 Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg

---

**SAK 142/2011:        BESLUTNINGSSAK  
                          AKTIVITET- OG ØKONOMIRAPPORT PER  
                          NOVEMBER**

Rapporteringsdag er fredag 9.12.

Det tas sikte på å sende ut styresaken på mail tirsdag 13. desember.  
Styret vil få tilsendt på mail til orientering kopi av utdrag fra rapportering  
som sendes Helse Sør-Øst RHF fredag 9.12.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak – Saksframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011  
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans  
Vedlegg:  
1. Tabellvedlegg

---

**SAK 142/2011      ORIENTERINGSSAK  
AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER**

### **1. FORSLAG TIL VEDTAK**

*Styret tar rapporteringen per november til orientering.*

Oslo den 13. desember 2011

Bjørn Erikstein  
(sign.)

## 2. Sammendrag

Resultattallene etter november viser:

- Den somatiske aktiviteten er høyere enn periodisert budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern og TSB er den samlede polikliniske aktiviteten omtrent som budsjettet.
- Det negative økonomiske resultatavviket per november er på 361 mill kroner eller 236 mill kroner når ekstraordinære tapsavsetninger (klinisk arbeidsflate) holdes utenfor. Isolert er periodens resultat tilnærmet i balanse i forhold til budsjett. Dette skyldes noe ekstraordinære inntekter og effekt av korrigerende tiltak 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. Reduksjonen de siste månedene er klart lavere enn estimert.
- Andel fristbrudd har holdt seg forholdsvis konstant de siste månedene, men noe redusert innenfor somatikken i november. Det har vært en svak nedgang, nå avflating i ventetid for pasienter med rett til prioritert helsehjelp, mens ventetiden for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp øker til tross for rydding for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

## 3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Resultatene etter november viser gjennomgående høy aktivitet på de fleste områder. Andel fristbrudd har vært relativt stabilt siden våren 2011, og er noe redusert i november. Ventelistene viser at en økt andel av de som venter mer enn 12 måneder er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det gjenstår fortsatt noe rydding i ventelistene for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp og dette arbeidet er prioritert.

Arbeidet med å tilpasse ressursbruken til et lavere aktivitetsnivå går betydelig saktere enn forutsatt. Foretaket har ikke klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene og redusert budsjett og aktivitet slik det har vært forutsatt. Det økonomiske resultatet er stabilt den siste måneden, men det skyldtes først og fremst ekstraordinære inntekter. Tiltak som ble vedtatt sist vår (P 500) har også bidratt, men også disse er kun av midlertidig karakter.

Administrerende direktør mener at utviklingen i klinikkenes drift er meget bekymringsfull. Det ligger nå an til at foretaket går inn i 2012 med alt for høye kostnader. Administrerende direktør viser i denne sammenheng til styresak 143/2011 om budsjett 2012 og forslagene der.

## 4. Pasientbehandling og aktivitetsdata

### *Somatikk*

Aktiviteten har vært høy i november. Totalt antall DRG-poeng hittil i år er 2,3 pst (4.404 poeng) høyere enn budsjettet. Dette er en økning i positivt avvik fra oktober (fra 2,0 pst). For pasienter fra regionen "sørge for ansvar" er det positive avviket på 3,1 pst (5.539 DRG-poeng). 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) forklarer om lag halvparten av det positive avviket for pasienter fra regionen. Ut over dette har det vært en betydelig økt aktivitet innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus HF har lands-, regions- og

flerområdefunksjoner. Dette gjelder særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Videre har det vært en økning i antall traumealarmer. Den samlede høye aktiviteten kan også skyldes relativt sett høyere aktivitet i overføringsområdene. Dette vil bli analysert nærmere.

Sammenlignet med samme periode i 2010 (januar – november) er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,8 pst.

Haleaktivitet, definert som behandling av pasienter fra overføringsområdet som ble henvist før 2011, er betydelig redusert. Fortsatt er imidlertid 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 budsjettet, mens antall liggedøgn er lavere. Poliklinisk aktivitet er per november 2.880 konsultasjoner høyere enn budsjettet. Et stort negativt avvik for antall oppholdsdager dagbehandling er forventet og skyldes til dels at det er budsjettet med dagaktivitet ved alderspsykiatrisk poliklinikk. Ved inngangen til 2011 ble denne virksomheten lagt om slik at all aktivitet er inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. Økningen i polikliniske konsultasjoner tilsvarer dog ikke helt reduksjonen i antall oppholdsdager dagbehandling. Samlet er dagaktivitet og poliklinikk noe lavere enn budsjettet.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er per november 1.905 (4,2 pst) lavere enn budsjettet, men aktiviteten i november var høyere enn plantallene. Det er skrevet ut 14 (11,9 pst) flere pasienter enn budsjettet fra døgnbehandling.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn budsjettet. Poliklinisk aktivitet innenfor TSB er høyere enn budsjettet i november, men det er fortsatt et negativt akkumulert resultat. Dette kompenseres delvis av høyere aktivitet for ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner som er høyere enn lagt til grunn i budsjettet.

#### *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 er høyt prioritert 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 systematiserte rutiner i tillegg til pågående rydding og samkjøring av de pasientadministrative systemer sykehuset har. Det arbeides for å få ytterligere nedgang i antall fristbrudd ved fokus på optimalisering av ordinær drift i avdelingene. Innenfor somatikken er andelen fristbrudd innen somatikk redusert til 9 pst i november. Av 6.441 pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp og som hadde frist i perioden var det 541 som ikke fikk behandling innen definert frist. Andel brudd innenfor psykisk helsevern er redusert de siste månedene og er i november på 8,3 %. Pasientmengden er liten så dette tilsvarer kun 11 pasienter av totalt 133. Andelen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var 17 pst (12 av totalt 68 pasienter).

Det er etablert/formalisert klinikkvise ventelisteansvarlige både på avdelings- og klinikknivå som rapporterer til hhv avdelingsleder og klinikkleder. Det rapporteres på kritisk dato (nærstående fristbrudd) og fristbrudd. De samme klinikkontaktene møtes i ventelistenettverket for gjensidig kompetanseoverføring mellom klinikkene. Det er opprettet et Råd for ventelisteadministrering som eies av medisinsk direktør og bidrar til klinikkovergripende optimalisering av ventelisteadministreringen.

Ventetiden for pasienter (ventende) 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 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.

#### *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 først vil kunne skje fra 2012.

#### *Andel korridorpasienter*

Andelen korridorpasienter i somatiske sengeposter er om lag på samme nivå som tidligere. Isolert for perioden er det imidlertid rapportert en andel på 1,7 pst. I rapportpakken fremstår derfor en økning fra 1,0 pst forrige måned. Økningen skyldes at det har vært lagt til grunn et for høyt antall liggedager totalt, og dette er i sin helhet (for januar – oktober) korrigert i november. Akkumulert er andelen 1,1pst.

Det forekommer i praksis ikke korridorpasienter innen psykisk helsevern.

## **5. Økonomisk resultat og ressursbruk**

### *Resultat*

Per november 2011 er det et negativt resultatavvik på 361 mill kroner totalt og 236 mill kroner eksklusiv tapsavsetning for klinisk arbeidsflate (125 mill kroner). Dette er omtrent uendret fra rapportert resultatavvik per oktober (-360 mill kroner med tilsvarende unntak). Periodens resultat viser dermed tilnærmet balanse. Resultat for november inkluderer imidlertid positive avvik knyttet til følgende forhold som ikke relateres til ordinær drift:

- Økte aktivitetsbaserte inntekter som følge av økt ISF-enhetspris på 92 kroner også for konserninterne gjestepasientkostnader (jfr statsbudsjettet for 2012 (5 mill kroner).
- Nasjonale kompetansesentre er belastet sentral overhead fra januar 2011 (5 mill kroner).
- Andre ekstraordinære inntekter (3 mill kroner) og korrigerende av feil knyttet til LAR-medikamenter (6 mill kroner).
- Ytterligere reduksjon i kostnader innenfor IKT-området som følge av avklaringer av prosjektkostnader (9 mill).

Uten en resultatforbedring knyttet til disse forholdene ville periodens resultat vist en resultatforverring på nærmere 30 mill kroner. I dette inngår økte inntekter og økte kostnader som følge av at aktiviteten innenfor somatikken i november var høyere enn budsjettert. Videre bidrar de korrigerende tiltakene som ble satt i verk våren 2011 (P 500), og ytterligere tiltak for å redusere kostnadene i siste del av 2011, til å bedre det økonomiske resultatet.

Det er store variasjoner i klinikkens resultater for november, og flere klinikker har store merforbruk også i november. Klinikkenes resultater etter november vil bli gjennomgått i oppfølgingsmøter denne uke.

Akkumulert til og med november viser regnskapet følgende: Samlede driftsinntekter viser et positivt avvik på 222 mill kroner, mens de samlede driftskostnadene viser et merforbruk på 590 mill kroner. Finansresultatet er 7 mill kroner bedre enn budsjettert. Til sammen gir dette et akkumulert negativt resultatavvik på 361 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 (relatert både til årets lønnsoppgjør, høyere bemanning enn budsjettert og ressursforbruk forbundet med 22/7), 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):

| <b>ØBAK-linje(-r)</b>                           | <b>Kommentar</b>  |
|---|---|
| ISF-inntekter                                   | Det er et positivt avvik knyttet til ISF-inntekter som skyldes høyere aktivitet enn budsjettert. Dette inkluderer også effekt av grupper 2011. Videre bidrar økt enhetspris til økt positivt avvik.   |
| 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 | Positivt avvik for andre øremerkede tilskudd skyldes at inntekter for finansiering av foretakets kostnader knyttet til 22/7 ble inntektsført under andre øremerkede tilskudd med 33 mill kroner i oktober. Positivt avvik for andre driftsinntekter skyldes bl.a 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 157 mnok. Dette er en økning på 59 mnok fra forrige måned. Deler av dette relateres til økte varekostnader som følge av høy aktivitet innen somatikken og noe skyldes effekt av eliminerings innenfor foretaket. Akkumulert avvik relateres i      |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | <p>stor grad til høyere kostnader enn budsjettet for medikamenter, implantater, og forbruksvarer. Det har vært økt aktivitet innenfor for eksempel transplantasjonsområdet. Dette gir høyere varekostnader enn budsjettet.</p>  |
| Innleid arbeidskraft                  | <p>For innleie av helsepersonell er det et merforbruk på om lag 59 mill kroner. Nivået er ikke redusert som forutsatt de siste månedene.</p>  |
| Konserninterne gjestepasientkostnader | <p>Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjettet. Det knytter seg usikkerhet til endelige konserninterne gjestepasientkostnader innenfor psykisk helsevern, VOP. Her er det per november 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.</p>   |
| Lønn totalt                           | <p>Merforbruk innenfor lønn på til sammen 441 mnok per november, hvorav om lag 109 mnok er knyttet til økte kostnader for årets lønnsoppgjør og 135 mnok gjelder øremerkede midler. Øvrig merforbruk på om lag 197 mnok skyldes vesentlig at nedbemanningen er mindre enn forutsatt i budsjettet. Av dette utgjør pensjon 68 mnok. 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.</p>  |
| Lønn til fast ansatte                 | <p>Lønn til fast ansatte viser et mindreforbruk på 63 mnok, som må sees i sammenheng med merforbruket på overtid og ekstrahjelp på 473 mnok.</p>  |
| Overtid og ekstrahjelp                | <p>Akkumulert merforbruk på 473 mnok. Av dette utgjør øremerkede kilder omlag 127 mnok og merkostnader relatert til fravær med refusjon om lag 68 mnok (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.</p> <p>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 november er dette estimert til 40 mnok. 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.</p> <p>Det vises for øvrig til kommentaren til lønn til faste ansatte.</p> |
| Pensjon                               | <p>Som følge av at bemanningsreduksjonen hittil i år har vært vesentlig lavere enn forutsatt i budsjettet, er det fortatt en ny vurdering av pensjonskostnadene. Dette gir en merkostnad for pensjon per november på om lag 68 mnok og 74 mnok på</p>   |

|                       |   |
|-----------------------|---|
|                       | årsbasis.   |
| Sykelønnsrefusjoner   | Avviket skyldes forsiktig budsjettering av sykelønnsrefusjoner.   |
| Annen lønn            | For annen lønn er det et merforbruk på 56 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 er lengre enn forutsatt i budsjettet.  |
| Andre driftskostnader | Mindreforbruk skyldes flere forhold. Lavere kostnader innenfor IKT og redusert bruk av konsulenter, samt øvrige kostnadsreduserende tiltak, bidrar til positivt avvik. Tapsavsetning til Klinisk arbeidsflate inngår som negativ effekt med 125 mnok. |

### *Årsestimat*

Etter september ble det rapportert et negativt årsestimat på 920 mill kroner, dvs. 520 mill kroner høyere enn budsjettert. I forbindelse med rapportering til styret for oktober ble det foretatt en vurdering av årsestimat basert på resultatutviklingen i oktober: "kan det se ut som om det negative resultatavviket for 2011 blir i størrelsesorden 450 – 500 mill kroner". I rapporteringen for november til Helse Sør-Øst RHF er det lagt inn et estimert negativt resultatavvik på 450 mill kroner. Dette vurderes å være noe forsiktig.

### *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.

## **6. Bemanning og sykefravær**

### *Utvikling månedsverk*

Antall brutto årsverk i desember var 17.226, en reduksjon på 10 fra november. Bemanningsreduksjonen fra november til desember er vesentlig lavere enn forutsatt i de prognosene som er rapportert inn til Helse Sør-Øst RHF 22. september. At klinikkene bemanner mht avvikling av juleferieperioden kan være en delforklaring på det lave tallet. I prognosen for bemanningsutvikling er estimatet for november 16.766 månedsverk, dvs. at faktisk brutto månedsverk er 460 høyere enn prognostisert.

Det har vært en reduksjon i antall brutto årsverk fra 2010 (januar – november) på 1.068. 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 245.

Bemanningsstallene for desember gjennomgås på klinikk- og avdelingsnivå sett opp mot de prognosene som er levert, og status for tiltak i klinikkene gjennomgås som en del av dette. Det er særlig oppmerksomhet mot 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 424 årsverk. Legegruppen er redusert med 120 årsverk og laboratoriepersonell med 6 årsverk. I tillegg er annet behandlingspersonell redusert med 204 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 42 årsverk. Deler av dette kan relateres til ansatte overført fra Invento (som er finansiert av øremerkede midler). Reduksjonen for administrasjon/kontor er på 162 årsverk.

#### *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 og direktørens HR-stab følger opp disse tiltakene. Samtlige klinikker melder økende fokus på variabel lønn. Temaet følges opp fast i driftsmøter og 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
- 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

Bruken av variabel lønn ligger over plantall og det systematiske arbeidet med å redusere denne vil derfor fortsette.

#### *Vurdering av nyansettelser / sluttete*

Som ledd i oppfølgingen av bemanningsutviklingen vil rapporter over nyansatte/sluttete 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. Største andelen søknader er vikariater for å fylle huller i eksisterende vakt- og turnusplaner.

#### *Innleie av helsepersonell*

Kostnadene til innleie er ikke redusert som forutsatt i siste del av 2011.



### *Sykefravær*

Sykefraværet hittil i år (per oktober) er 7,4 pst. Fraværet ligger på samme nivå som tilsvarende periode i 2010. Det gjennomføres opplæringstiltak om det nye regelverket for sykefraværsoppfølging. I tillegg har klinikkene utarbeidet egne IA-delmål og handlingsplaner med tiltak for å nå målet om redusert sykefravær.

## **7. Investeringer og likviditet**

Det er fattet vedtak om forskyvning av investeringer i ordinær drift med 70 mill kroner. Per november 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 kvalitetssikring av de enkelte byggeprosjekter, herunder akuttmottaket på Ullevål sykehus.

Ved utgangen av november var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF minus 2.923 mill kroner mot budsjettet minus 3.358 mill kroner, det vil si et positivt avvik på 435 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, og betaling av reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring er utsatt.

Kontantstrømprognosen viser en utgående likviditetsbeholdning for 2011 på minus 3.299 mill kroner, mot minus 3.334 mill kroner i budsjettet. Det negative resultatestimater forverrer likviditetssituasjonen, mens lavere investeringsnivå og lavere pensjonspremiebetalinger 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 pensjonspremien forfaller i 2012. Det er i likviditetsprognosen forutsatt at Klinisk arbeidsflate ikke blir betalt i 2011 av foretakets egen likviditet.

## **8. Tiltak for gjennomføring av budsjett 2011**

Prognosene for bemanningsutvikling i siste del av 2011 viser en forventet reduksjon i antall månedsverk fra 17.575 i september til 16.766 i desember, hvorav 227 siste måned (fra november til desember). Hoveddelen av estimert nedgang var forutsatt realisert ved innplassering og nedbemanning, redusert variabel lønn og mer restriktiv praksis i forbindelse med ansettelser. Isolert for desember er det registrert 17.226 faktiske månedsverk, mot prognostisert 16.766.

Bemanningsstall for desember var først tilgjengelige 9.12.2011, og status for gjennomføring i klinikkene er derfor ikke ferdig utarbeidet. Frem mot ekstraordinært oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF oppdateres dette.

# Månedssrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

## Innhold:

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

## November 2011

# Utvalgte nøkkeltall

| Rapportering november 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 % |
| <b>Pasientbehandling</b>  |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |                        |               |                      |
| Somatikk  | DRG-poeng totalt                 | 19 163                | 18 277   | 886                | 4,8 %            | 200 080              | 195 676  | 4 404              | 2,3 %              | 215 026                | -14 946       | -7,0 %               |
|   | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 8 704                 | 8 965    | -261               | -2,9 %           | 95 876               | 97 842   | -1 966             | -2,0 %             | 105 915                | -10 039       | -9,5 %               |
|   | Dagopphold                       | 7 000                 | 6 368    | 632                | 9,9 %            | 69 156               | 69 331   | -175               | -0,3 %             | 78 400                 | -9 244        | -11,8 %              |
|   | Polikliniske konsultasjoner      | 68 437                | 63 328   | 5 109              | 8,1 %            | 722 302              | 674 097  | 48 205             | 7,2 %              | 764 637                | -42 335       | -5,5 %               |
| Voksen psykiatri  | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 110                   | 118      | -8                 | -6,6 %           | 1 318                | 1 266    | 52                 | 4,1 %              | 2 723                  | -1 405        | -51,6 %              |
|   | Liggedøgn                        | 6 261                 | 7 633    | -1 372             | -18,0 %          | 75 353               | 82 078   | -6 725             | -8,2 %             | 109 158                | -33 805       | -31,0 %              |
|   | Dagbehandling                    | 46                    | 381      | -335               | -87,9 %          | 633                  | 3 635    | -3 002             | -82,6 %            | 5 169                  | -4 536        | -87,8 %              |
|   | Polikliniske konsultasjoner      | 7 877                 | 5 826    | 2 051              | 35,2 %           | 63 727               | 60 847   | 2 880              | 4,7 %              | 94 895                 | -31 168       | -32,8 %              |
| Barne- og ungdoms psykiatri   | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 12                    | 11       | 1                  | 7,8 %            | 134                  | 120      | 14                 | 11,9 %             | 133                    | 1             | 0,8 %                |
|   | Liggedøgn                        | 353                   | 519      | -166               | -31,9 %          | 4 553                | 5 577    | -1 024             | -18,4 %            | 6 514                  | -1 961        | -30,1 %              |
|   | Dagbehandling                    | 278                   | 407      | -129               | -31,8 %          | 3 486                | 4 075    | -589               | -14,4 %            | 4 530                  | -1 044        | -23,0 %              |
|   | Polikliniske konsultasjoner      | 4 513                 | 4 329    | 184                | 4,2 %            | 43 304               | 45 209   | -1 905             | -4,2 %             | 65 297                 | -21 993       | -33,7 %              |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling  | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 259                   | 250      | 9                  | 3,5 %            | 3 004                | 2 690    | 314                | 11,7 %             | 2 709                  | 295           | 10,9 %               |
|   | Liggedøgn                        | 3 035                 | 3 092    | -57                | -1,9 %           | 34 986               | 33 141   | 1 845              | 5,6 %              | 35 991                 | -1 005        | -2,8 %               |
|   | Dagbehandling                    | 35                    | 44       | -9                 | -20,9 %          | 602                  | 487      | 115                | 23,7 %             | 209                    | 393           | 188,0 %              |
|   | Polikliniske konsultasjoner      | 897                   | 780      | 117                | 15,0 %           | 8 209                | 8 609    | -400               | -4,7 %             | 11 730                 | -3 521        | -30,0 %              |
| <b>Organisasjon og ledelse</b>  |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |                        |               |                      |
| Andel korridor pas.   | Somatikk                         | 1,7 %                 | 0 %      | 1,7 %              |                  | 1,1 %                | 0 %      | 1,1 %              |                    |                        |               |                      |
|   | Psyisk helsevern                 | 0,0 %                 | 0 %      | 0,0 %              |                  | 0,0 %                | 0 %      | 0,0 %              |                    |                        |               |                      |
| Liggedgr UK-pasienter   | Somatikk                         | 0,0 %                 |          |                    |                  | 1,2 %                |          |                    |                    |                        |               |                      |
|   | Psyisk helsevern                 | 0,0 %                 |          |                    |                  | 0,1 %                |          |                    |                    |                        |               |                      |
| Andel fristbrudd  | Somatikk                         | 9,1 %                 | 0 %      |                    |                  | 12,5 %               | 0 %      |                    |                    |                        |               |                      |
|   | Psyisk helsevern                 | 8,3 %                 | 0 %      |                    |                  | 11,3 %               | 0 %      |                    |                    |                        |               |                      |
|   | TSB                              | 17,6 %                | 0 %      |                    |                  | 17,9 %               | 0 %      |                    |                    |                        |               |                      |
| Dette ble ikke rapportert i 3. tertial 2010 pga manglende data etter innføring av PasDoc på RH. |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |                        |               |                      |
| <b>Økonomi og personell</b>   |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |                        |               |                      |
| Økonomi   | Resultat                         | -9 985                | -8 823   | -1 162             | -0,1 %           | -658 185             | -296 967 | -361 218           | -2,2 %             | -                      | -             | -                    |
| Personell   | Årsverk totalt (brutto desember) | 17 226                | 16 304   | -922               | -5,7 %           | 17 376               | 16 603   | -773               | -4,7 %             | 18 443                 | -1 066        | -5,8 %               |
| Sykefravær  | Sykefravær oktober               | 7,0 %                 | 7,4 %    | -0,4 %             | -0,4 %           | 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 % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|--------|--------|--------|--------|-------------|---------------------------|-------------|
|  | aug    | sep    | okt    | nov    | des    | Hittil i fjor | aug    | sep    | okt    | nov    | Hittil i år |                           |             |
| Medisinsk klinikk *                            | 2 626  | 3 009  | 2 943  | 3 043  | 3 004  | 31 961        | 2 100  | 2 292  | 2 449  | 2 358  | 25 031      | -6 930                    | -21,7 %     |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag                | 3 731  | 4 497  | 4 315  | 4 881  | 4 197  | 48 014        | 3 588  | 4 600  | 4 496  | 4 892  | 46 883      | -1 131                    | -2,4 %      |
| Kvinne- og barneklubben                        | 2 796  | 3 151  | 2 880  | 3 273  | 2 967  | 32 770        | 2 715  | 2 758  | 2 600  | 2 809  | 30 598      | -2 172                    | -6,6 %      |
| Kreft- og kirurgiklinikken **                  | 3 815  | 4 486  | 4 153  | 4 283  | 4 265  | 45 600        | 3 559  | 3 998  | 3 732  | 3 871  | 42 385      | -3 215                    | -7,1 %      |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken *              | 2 019  | 2 546  | 2 470  | 2 745  | 2 343  | 26 476        | 2 239  | 2 608  | 2 487  | 2 708  | 27 646      | 1 170                     | 4,4 %       |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ** | 1 287  | 1 571  | 1 657  | 1 576  | 1 498  | 16 573        | 1 267  | 1 522  | 1 350  | 1 651  | 15 676      | -897                      | -5,4 %      |
| Akuttklubben                                   | 643    | 870    | 855    | 854    | 795    | 8 702         | 683    | 567    | 616    | 615    | 7 132       | -1 570                    | -18,0 %     |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon        | 103    | 153    | 97     | 120    | 87     | 1 219         | 83     | 140    | 124    | 110    | 1 243       | 24                        | 2,0 %       |
| Stab   |        |        |        |        |        |               |        | 3      | 1      |        | 12          | 12                        |             |
| Ukjente fagenheter                             |        |        |        |        |        |               | 14     | 21     | 5      | 2      | 373         | 373                       |             |
| Sum Oslo universitetssykehus                   | 17 020 | 20 283 | 19 370 | 20 775 | 19 156 | 211 315       | 16 248 | 18 509 | 17 860 | 19 016 | 196 979     | -14 336                   | -6,8 %      |

Kilde: LIS; oppdatert 7.12 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 3 341 DRG-poeng per NOV 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

| Klinikk                                     | Bud 2011       | Bud per nov    | Resultat<br>hitil | Avvik        |              |
|---|----------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|
|   |                |                |                   | i antall     | i %          |
| Medisinsk klinikk                           | 27 273         | 25 056         | 26 918            | 1 862        | 7,4 %        |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag             | 53 016         | 48 851         | 48 250            | -601         | -1,2 %       |
| Kvinne- og barneklubben                     | 34 261         | 31 486         | 30 689            | -797         | -2,5 %       |
| Kreft- og kirurgiklubben                    | 43 588         | 40 435         | 39 971            | -464         | -1,1 %       |
| Hjerte-, lunge- og karklubben               | 28 874         | 26 562         | 27 647            | 1 085        | 4,1 %        |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 20 239         | 18 661         | 18 451            | -210         | -1,1 %       |
| Akuttklubben                                | 7 792          | 7 153          | 7 131             | -22          | -0,3 %       |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon     | 76             | 70             | 116               | 46           | 66,3 %       |
| Biologiske lm                               | 1 928          | 1 812          | 1 614             | -198         | -10,9 %      |
| Fellesposter                                | (4 825)        | (4 409)        | -641              | 3 768        | -85,5 %      |
| <b>SUM</b>                                  | <b>212 221</b> | <b>195 676</b> | <b>200 146</b>    | <b>4 470</b> | <b>2,3 %</b> |

Kommentar:

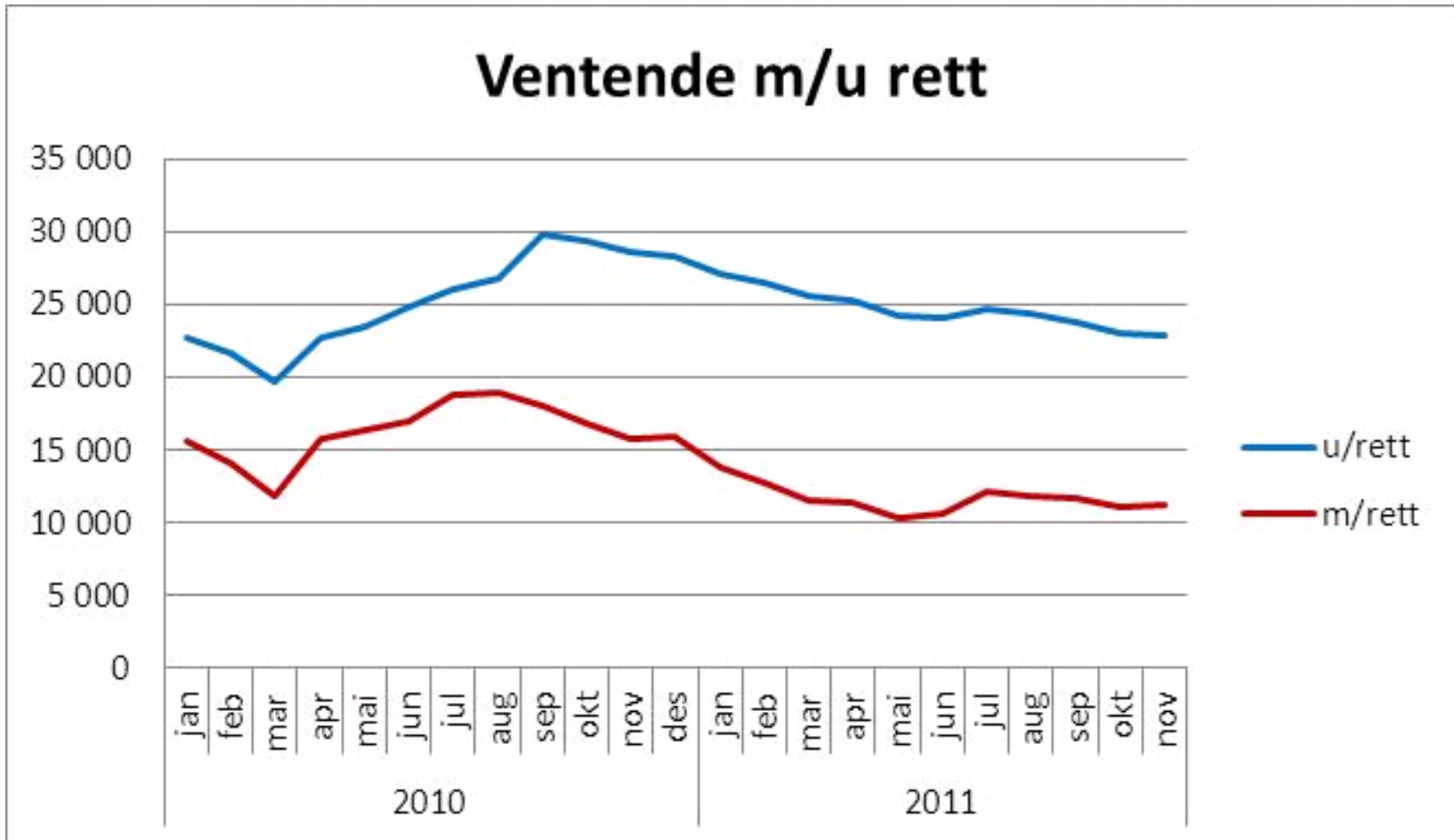
Det er tatt utgangspunkt i revidert DRG-budsjett før implementering av ny NPR-melding ut fra Felles registreringspraksis.

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

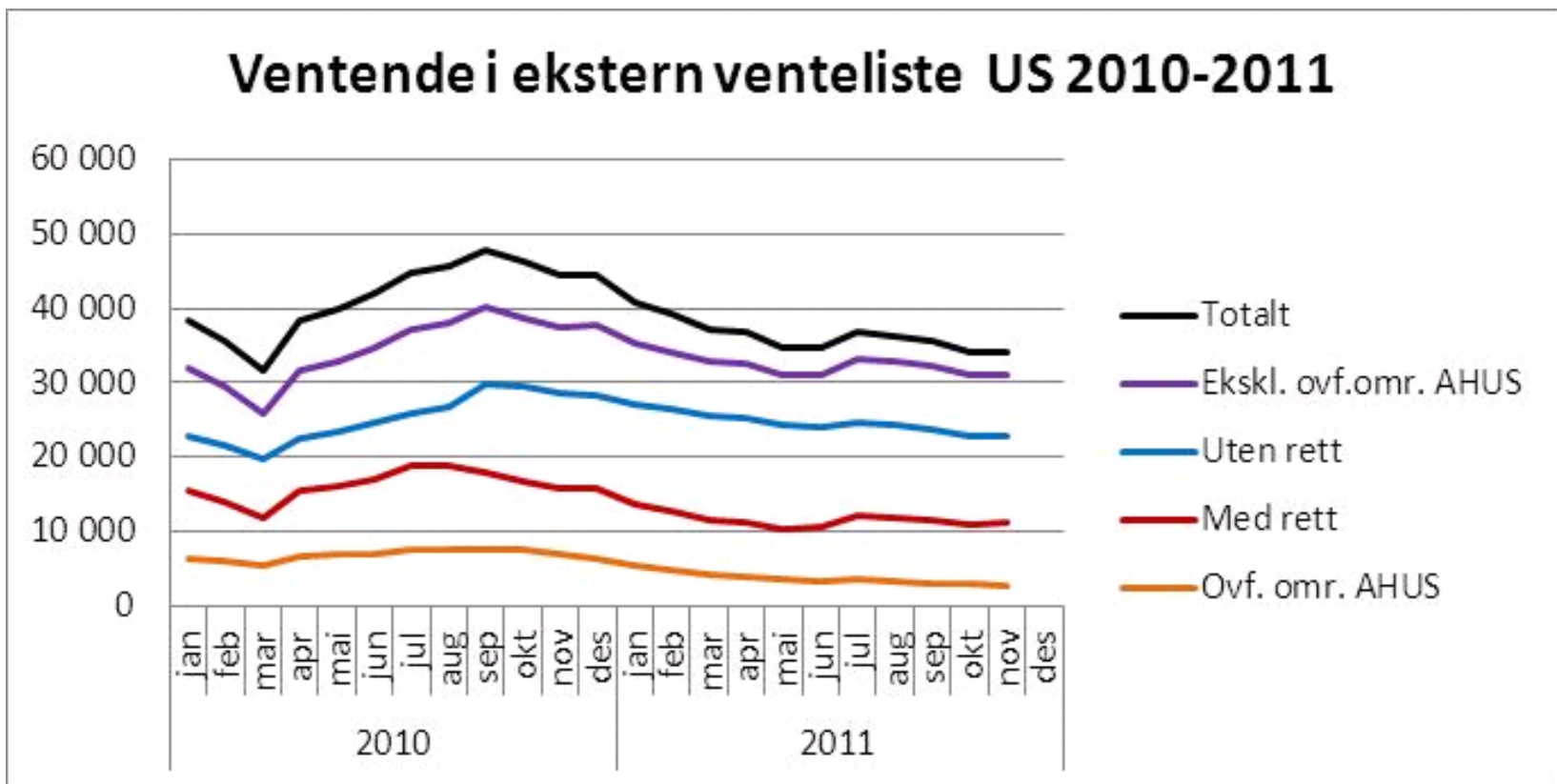
Budsjettet er periodisert ut fra klubbenes egen vurdering av aktivitetsprofil gjennom året, slik det ble vurdert i begynnelsen av januar 2011. Flytting av budsjett mellom Medisin og HLK er gjennomført.

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.

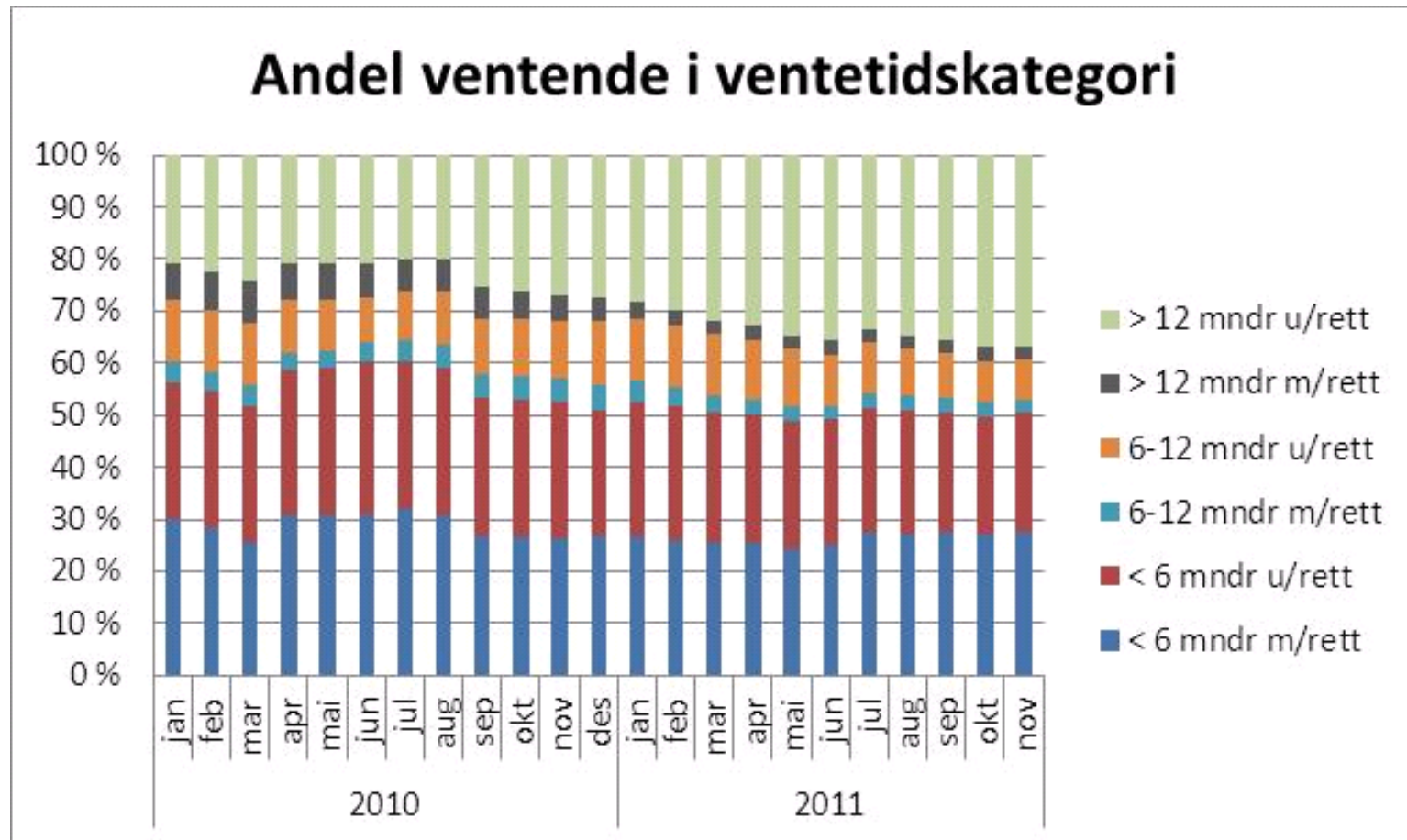
# Utvikling antall ventende



# Utvikling antall ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (Totalt og ekskl overføringsområdet AHUS)

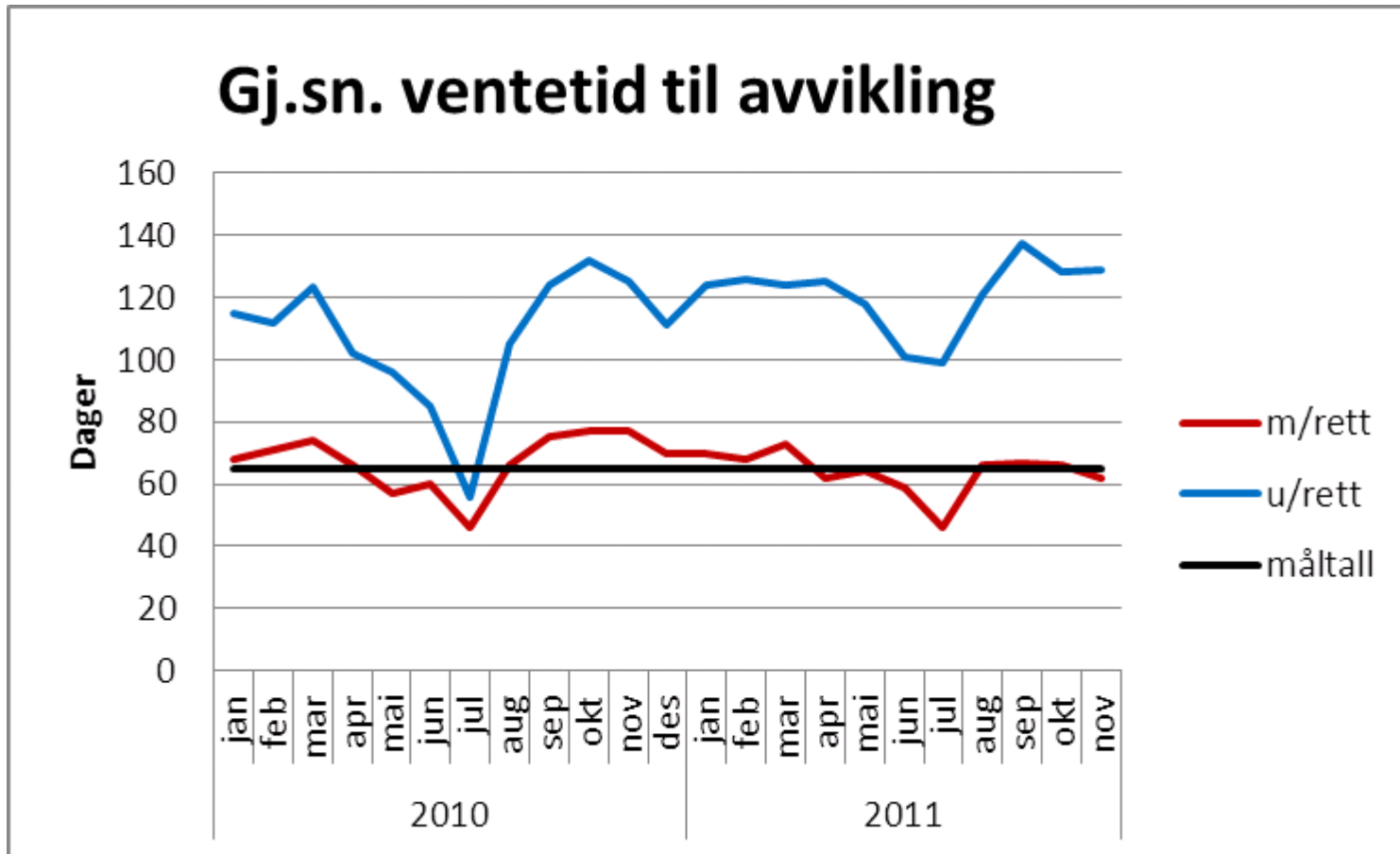


# Ventende i venteliste-kategorier

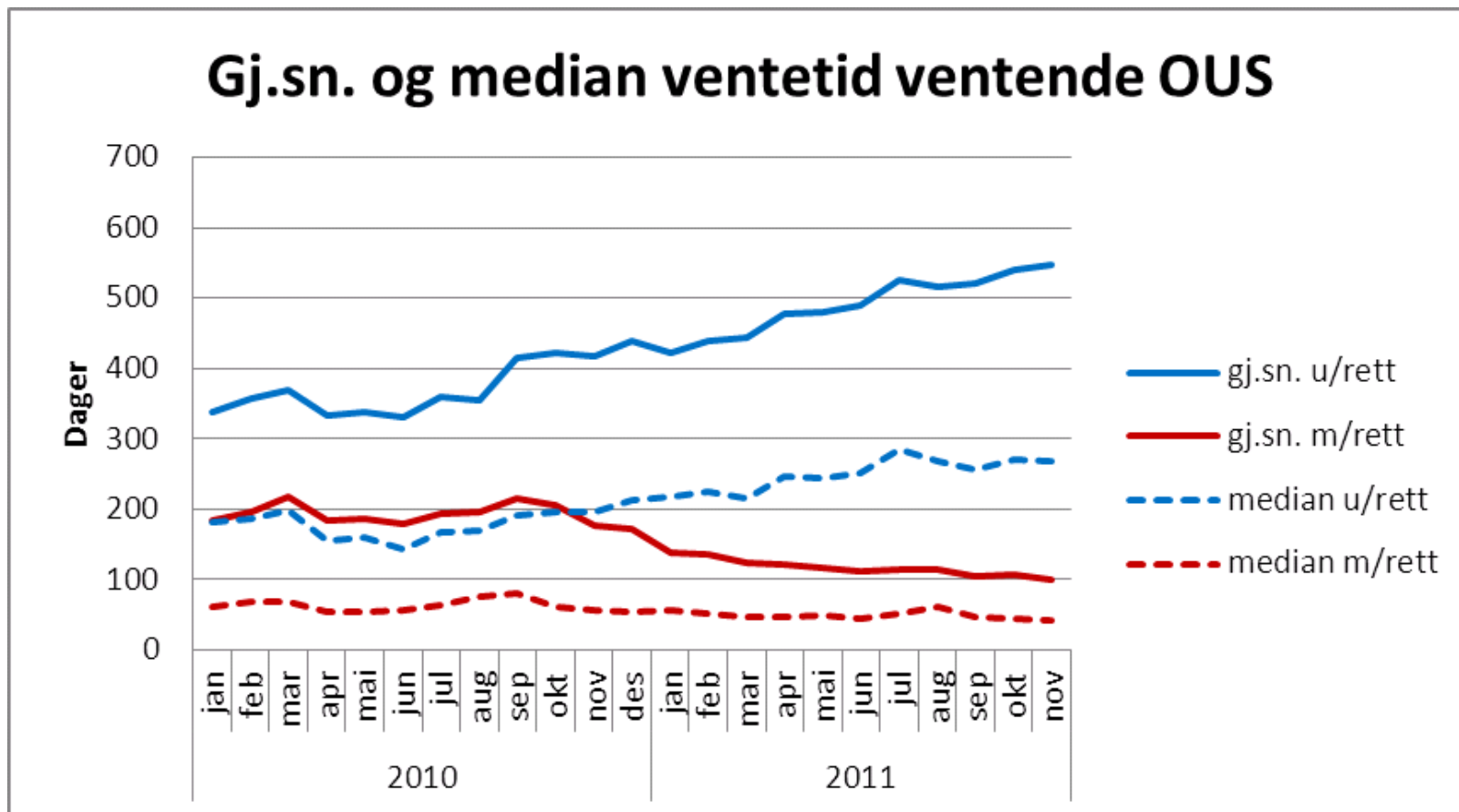




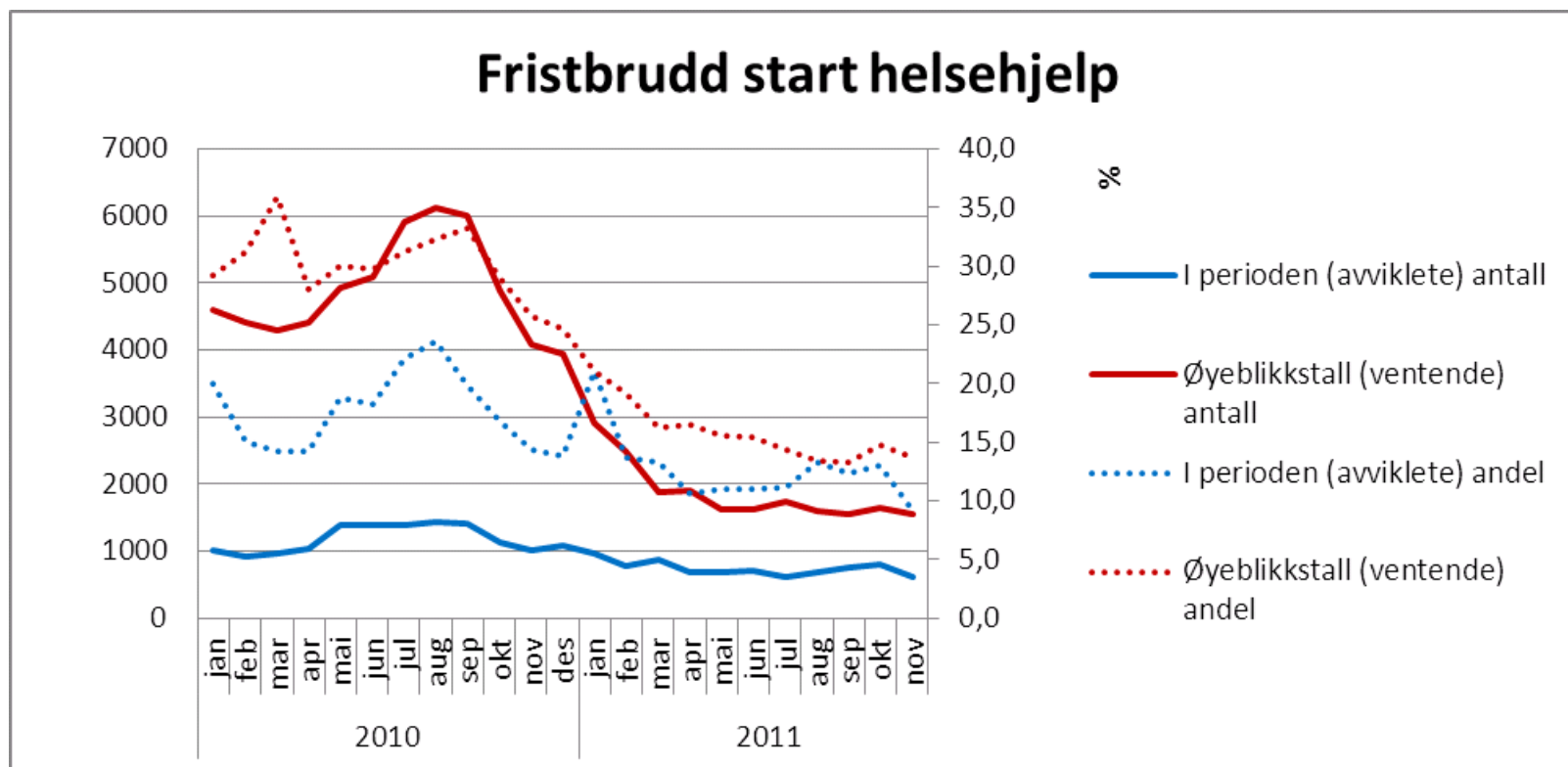
# Ventetid til avvikling



# Ventetid for ventende



# Fristbrudd



# Økonomisk resultat

| ØBAK-linje  | Resultat hittil   | Budsjett hittil   | Avvik           |
|---|-------------------|-------------------|-----------------|
| Basisramme  | 9 096 950         | 9 096 950         | 0               |
| ISF egne pasienter                                      | 2 171 636         | 2 205 428         | -33 792         |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet                      | 579 638           | 458 222           | 121 416         |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 23 932            | 26 798            | -2 866          |
| Gjestepasienter   | 405 298           | 466 770           | -61 472         |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 953 255         | 1 814 130         | 139 125         |
| Polikliniske inntekter                                  | 344 505           | 356 978           | -12 473         |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"                    | 24 883            | 17 203            | 7 680           |
| Andre øremerkede tilskudd                               | 914 105           | 908 886           | 5 218           |
| Andre driftsinntekter                                   | 654 256           | 594 620           | 59 636          |
| <b>Sum driftsinntekter</b>                              | <b>16 168 458</b> | <b>15 945 987</b> | <b>222 471</b>  |
| Kjøp av offentlige helsetjenester                       | 92 386            | 53 763            | 38 624          |
| Kjøp av private helsetjenester                          | 189 175           | 186 933           | 2 242           |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 003 276         | 1 846 202         | 157 074         |
| Innleid arbeidskraft                                    | 138 479           | 79 014            | 59 465          |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 38 668            | 70 675            | -32 007         |
| Lønn til fast ansatte                                   | 7 466 687         | 7 529 691         | -63 004         |
| Overtid og ekstrahjelp                                  | 970 038           | 496 585           | 473 453         |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift                         | 1 964 540         | 1 896 124         | 68 416          |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft     | -491 531          | -398 157          | -93 374         |
| Annen lønn  | 1 325 609         | 1 269 504         | 56 104          |
| Avskrivninger   | 785 399           | 830 158           | -44 759         |
| Nedskrivninger  | 0                 | 0                 | 0               |
| Andre driftskostnader                                   | 2 256 462         | 2 287 930         | -31 468         |
| <b>Sum driftskostnader</b>                              | <b>16 739 189</b> | <b>16 148 422</b> | <b>590 766</b>  |
| <b>Driftsresultat</b>                                   | <b>-570 731</b>   | <b>-202 436</b>   | <b>-368 295</b> |
| Finansinntekter   | 24 401            | 24 390            | 11              |
| Finanskostnader   | 111 855           | 118 921           | -7 066          |
| Finansresultat  | -87 453           | -94 531           | 7 078           |
| <b>Ordinært resultat</b>                                | <b>-658 185</b>   | <b>-296 967</b>   | <b>-361 218</b> |

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

# Økonomisk resultat

|  | Årsbudsjett       | Budsjettert<br>hitil | Akkumulert avvik fra budsjett |                 |                 |
|--|-------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|
|  |                   |                      | Inntekt                       | Kostnad         | Resultat        |
| PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIG    | 1 766 677         | 1 613 713            | 6 423                         | -42 967         | -36 544         |
| MED MEDISINSK KLINIKK                    | 1 013 644         | 929 053              | 77 544                        | -95 094         | -17 550         |
| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG      | 1 703 137         | 1 557 676            | 12 875                        | -119 405        | -106 531        |
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN            | 1 358 063         | 1 240 271            | 12 427                        | -54 471         | -42 043         |
| KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN          | 1 337 123         | 1 224 576            | 10 576                        | -56 852         | -46 276         |
| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN      | 750 215           | 687 655              | 29 112                        | -100 034        | -70 922         |
| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN O   | 736 312           | 681 444              | -14 033                       | -41 993         | -56 025         |
| AKU AKUTTCLINIKKEN                       | 1 927 325         | 1 758 305            | 15 509                        | -108 021        | -92 512         |
| KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVE   | 1 936 071         | 1 767 687            | 25 633                        | -45 420         | -19 788         |
| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE                  | 1 842 940         | 1 655 420            | 17 497                        | -47 318         | -29 820         |
| KRG KREFTREGISTERET                      | 126 141           | 114 749              | 7 850                         | -7 850          | 0               |
| STA DIREKTØRENS STAB                     | 1 112 232         | 1 009 374            | 22 904                        | 70 571          | 93 475          |
| FPO FELLESPOSTER                         | 2 165 364         | 2 012 162            | 4 464                         | 67 182          | 71 646          |
| AS KONSERN                               | -12 250           | -9 133               | 0                             | -8 045          | -8 045          |
| <b>RESULTAT</b>                          | <b>17 762 994</b> | <b>16 242 953</b>    | <b>228 781</b>                | <b>-589 715</b> | <b>-360 935</b> |
| Eliminering internt kjøp og salg (netto) |                   |                      |                               |                 | -283            |
| Resultat etter eliminering               |                   |                      |                               |                 | -361 218        |

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap. [http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/clinikk?level=4&p\\_section\\_dim\\_id=200822](http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/clinikk?level=4&p_section_dim_id=200822)

# Bemannings indikatorer

## (til og med desember)

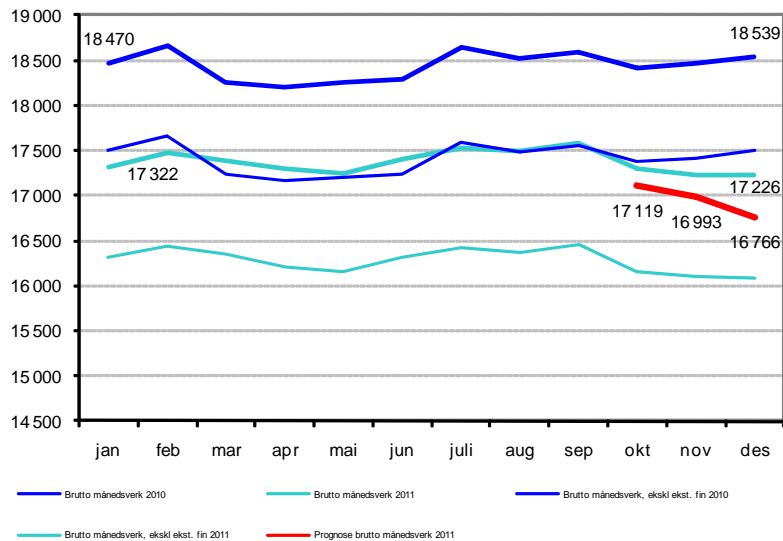
| Indikator                                     | Faktisk 2010 |        |        |        |               |                   |            | Faktisk 2011 |        |        |        |             | Endring fra 4 kvartal i fjor | Endring fra hittil i fjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|---|--------------|--------|--------|--------|---------------|-------------------|------------|--------------|--------|--------|--------|-------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
|   | sep          | okt    | nov    | des    | Hittil i fjor | 4. kvartal i fjor | Snitt 2010 | sept         | okt    | nov    | des    | Hittil i år |                              |                           |                                  |
| Brutto månedsverk                             | 18 585       | 18 416 | 18 469 | 18 540 | 18 443        | 18 475            | 18 443     | 17 575       | 17 298 | 17 236 | 17 226 | 17 376      | -1 099                       | -1 068                    | 460                              |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 17 579       | 17 401 | 17 452 | 17 531 | 17 441        | 17 461            | 17 441     | 16 449       | 16 158 | 16 091 | 16 088 | 16 278      | -1 184                       | -1 163                    | 359                              |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert        | 1 006        | 1 014  | 1 017  | 1 009  | 1 003         | 1 013             | 1 003      | 1 127        | 1 140  | 1 145  | 1 137  | 1 098       | 85                           | 95                        | 101                              |
| Innleie fra vikarbyrå                         | 152          | 162    | 208    | 307    | 161           | 225               | 173        | 178          | 182    | 205    | -      | 181         | -45                          | 20                        | -                                |
| Månedsverk månedslønnede                      | 16 912       | 16 982 | 16 993 | 17 019 | 17 064        | 16 998            | 17 064     | 15 898       | 15 957 | 15 926 | 15 905 | 16 008      | -990                         | -1 056                    | 241                              |
| Månedsverk variabelønnede                     | 1 673        | 1 434  | 1 476  | 1 520  | 1 379         | 1 477             | 1 379      | 1 677        | 1 342  | 1 311  | 1 321  | 1 368       | -109                         | -11                       | 220                              |
| Netto månedsverk nasj. ind.                   | 15 259       | 15 033 | 15 081 | 14 591 | 14 527        | 14 902            | 14 578     | 14 466       | 14 184 | -      | -      | 13 758      | -1 143                       | -769                      | -                                |
| Sykefraværsprosent                            | 7,4          | 7,5    | 8,0    | 8,6    | 7,4           | 8,1               | 7,6        | 6,9          | 7,0    | -      | -      | 7,4         | -0,7                         | -0,1                      | -                                |

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

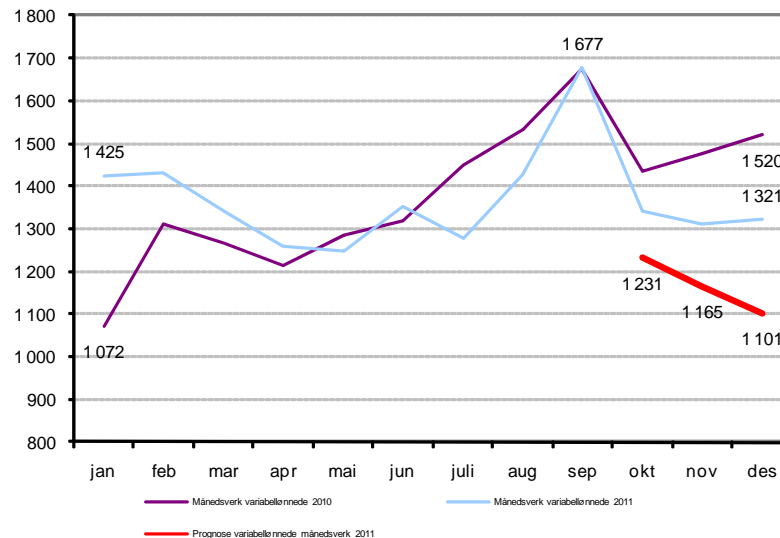
Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsart er (se ny definisjon)

# Bemanningsutvikling

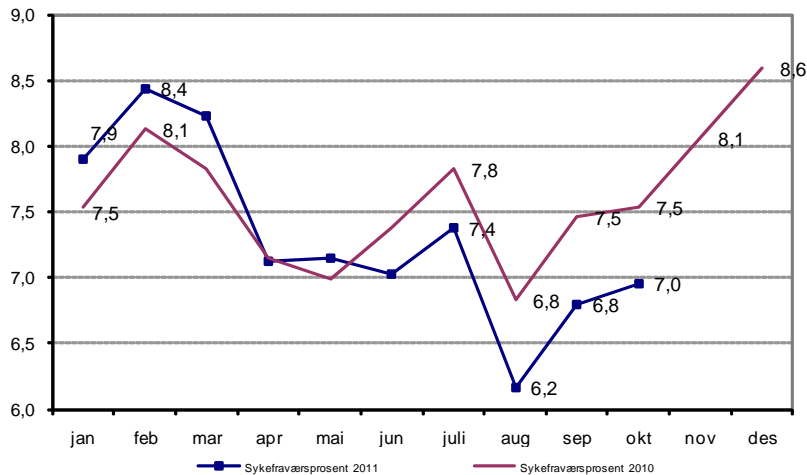
Utvalgte bemanningsindikatorer 2010 vs 2011  
(brutto månedsverk og eksternt finanserte)



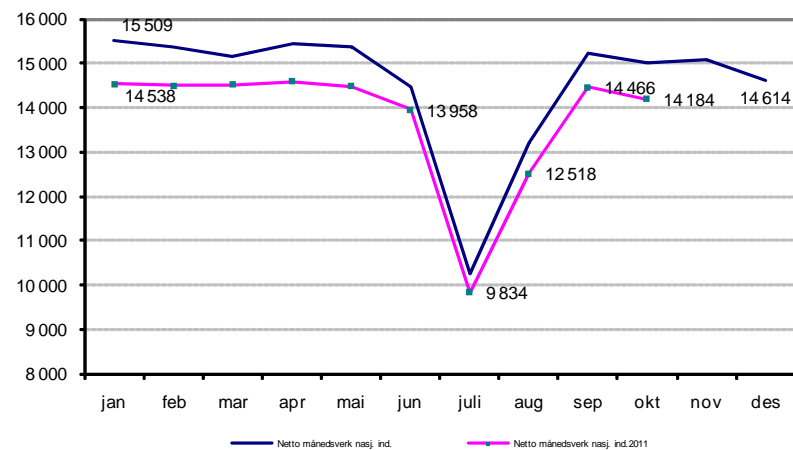
Utvalgte bemanningsindikatorer 2010 vs 2011  
(månedsverk variabelt lønne)



Utvikling i sykefraværsprosent 2010 vs 2011



Utvalgte bemanningsindikatorer 2010 vs 2011  
(netto månedsverk (nasjonal indikator))



# Bemanningsutvikling per yrkesgruppe

| Stillingskategori<br>Ressursbruk i brutto månedsverk | Andel per des |                |               |                | Endring per des   |                 |
|--|---------------|----------------|---------------|----------------|-------------------|-----------------|
|  | Hittil i fjor | Andel 2010     | Hittil i år   | Andel 2011     | Endring i årsverk | Endring i andel |
| (1) LEGER  | 2 412         | 13,1 %         | 2 293         | 13,2 %         | -120              | 0,1             |
| (2) SYKEPLEIEPERSONELL                               | 6 682         | 36,2 %         | 6 258         | 36,0 %         | -424              | -0,2            |
| (3) LABORATORIEPERSONELL                             | 939           | 5,1 %          | 933           | 5,4 %          | -6                | 0,3             |
| (4) ANNET FAGPERSONELL I PASIENTBEHANDLING           | 2 422         | 13,1 %         | 2 218         | 12,8 %         | -204              | -0,4            |
| (5) FORSKNINGS- OG FAGUTVIKLINGSPERSONELL            | 738           | 4,0 %          | 780           | 4,5 %          | 42                | 0,5             |
| (6) LEDERE   | 1 228         | 6,7 %          | 1 155         | 6,6 %          | -74               | 0,0             |
| (7) ADM-/KONTORPERSONELL                             | 2 107         | 11,4 %         | 1 944         | 11,2 %         | -162              | -0,2            |
| (8) TEKNISK-/FORSYNINGSPERSONELL                     | 1 862         | 10,1 %         | 1 730         | 10,0 %         | -131              | -0,1            |
| (9) Ukjent   | 53            | 0,3 %          | 64            | 0,4 %          | 11                | 0,1             |
| <b>Totalt OUS</b>                                    | <b>18 443</b> | <b>100,0 %</b> | <b>17 376</b> | <b>100,0 %</b> | <b>-1 068</b>     | <b>0,0</b>      |



# Bemanning

## Brutto månedsverk per klinikk

| Brutto månedsverk | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA               | 3 001         | 2 937         | 2 949         | 2 969         | 2 944         | 2 951            | 2 408         | 2 331         | 2 314         | 2 307         | 2 369         | -575                      | -582                   | -13                              |
| MED               | 1 615         | 1 638         | 1 646         | 1 640         | 1 647         | 1 642            | 1 320         | 1 310         | 1 317         | 1 331         | 1 363         | -285                      | -279                   | 43                               |
| KKN               | 2 049         | 2 060         | 2 071         | 2 088         | 2 025         | 2 073            | 2 153         | 2 097         | 2 094         | 2 078         | 2 084         | 58                        | 11                     | 70                               |
| KVB               | 1 805         | 1 796         | 1 801         | 1 798         | 1 795         | 1 798            | 1 748         | 1 740         | 1 754         | 1 745         | 1 760         | -36                       | -39                    | 67                               |
| KRK               | 1 792         | 1 784         | 1 781         | 1 791         | 1 773         | 1 785            | 1 777         | 1 751         | 1 743         | 1 733         | 1 753         | -20                       | -32                    | 5                                |
| HLK               | 736           | 726           | 733           | 732           | 734           | 731              | 798           | 791           | 784           | 786           | 772           | 38                        | 41                     | 61                               |
| SMK               | 757           | 757           | 756           | 751           | 749           | 755              | 759           | 743           | 735           | 736           | 741           | -7                        | -13                    | 11                               |
| AKU               | 2 287         | 2 289         | 2 284         | 2 299         | 2 289         | 2 291            | 2 299         | 2 265         | 2 248         | 2 263         | 2 252         | -37                       | -39                    | 80                               |
| KDI               | 2 132         | 2 141         | 2 150         | 2 157         | 2 138         | 2 149            | 2 109         | 2 111         | 2 096         | 2 090         | 2 082         | -56                       | -67                    | 72                               |
| KRG               | 113           | 115           | 116           | 119           | 115           | 117              | 126           | 126           | 127           | 128           | 122           | 7                         | 6                      | 9                                |
| OSS               | 1 884         | 1 840         | 1 855         | 1 858         | 1 879         | 1 851            | 1 771         | 1 724         | 1 718         | 1 723         | 1 765         | -114                      | -86                    | 40                               |
| STA               | 321           | 325           | 321           | 332           | 338           | 326              | 304           | 305           | 303           | 301           | 309           | -28                       | -17                    | 10                               |
| <b>OUS</b>        | <b>18 585</b> | <b>18 416</b> | <b>18 469</b> | <b>18 540</b> | <b>18 443</b> | <b>18 475</b>    | <b>17 575</b> | <b>17 298</b> | <b>17 236</b> | <b>17 226</b> | <b>17 376</b> | <b>-1 068</b>             | <b>-1 099</b>          | <b>460</b>                       |

| Brutto månedsverk, ekst. fin. | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA                           | 2 930         | 2 865         | 2 875         | 2 898         | 2 874         | 2 880            | 2 316         | 2 239         | 2 220         | 2 215         | 2 280         | -594                      | -600                   | -45                              |
| MED                           | 1 550         | 1 575         | 1 582         | 1 576         | 1 579         | 1 578            | 1 251         | 1 239         | 1 246         | 1 259         | 1 295         | -285                      | -283                   | 7                                |
| KKN                           | 2 010         | 2 019         | 2 028         | 2 045         | 1 984         | 2 031            | 2 115         | 2 059         | 2 051         | 2 033         | 2 046         | 61                        | 15                     | 73                               |
| KVB                           | 1 679         | 1 667         | 1 671         | 1 667         | 1 673         | 1 668            | 1 610         | 1 598         | 1 611         | 1 600         | 1 620         | -53                       | -49                    | 59                               |
| KRK                           | 1 510         | 1 503         | 1 501         | 1 510         | 1 490         | 1 505            | 1 474         | 1 450         | 1 439         | 1 432         | 1 459         | -30                       | -46                    | 7                                |
| HLK                           | 711           | 702           | 710           | 709           | 710           | 707              | 766           | 757           | 750           | 752           | 745           | 35                        | 39                     | 55                               |
| SMK                           | 691           | 693           | 703           | 710           | 690           | 702              | 697           | 684           | 686           | 692           | 688           | -2                        | -14                    | 23                               |
| AKU                           | 2 280         | 2 282         | 2 276         | 2 290         | 2 282         | 2 283            | 2 293         | 2 259         | 2 239         | 2 255         | 2 245         | -37                       | -38                    | 79                               |
| KDI                           | 1 932         | 1 936         | 1 936         | 1 943         | 1 938         | 1 939            | 1 894         | 1 891         | 1 876         | 1 870         | 1 869         | -69                       | -69                    | 41                               |
| KRG                           | 1             | 0             | 0             | 0             | 0             | 0                | 0             | 0             | 0             | 0             | 0             | 0                         |                        | -                                |
| OSS                           | 1 883         | 1 839         | 1 854         | 1 857         | 1 878         | 1 850            | 1 771         | 1 724         | 1 717         | 1 722         | 1 764         | -114                      | -86                    | 39                               |
| STA                           | 313           | 317           | 311           | 322           | 330           | 317              | 260           | 257           | 255           | 255           | 265           | -65                       | -52                    | 20                               |
| <b>OUS</b>                    | <b>17 579</b> | <b>17 401</b> | <b>17 452</b> | <b>17 531</b> | <b>17 441</b> | <b>17 461</b>    | <b>16 449</b> | <b>16 158</b> | <b>16 091</b> | <b>16 088</b> | <b>16 278</b> | <b>-1 163</b>             | <b>-1 184</b>          | <b>359</b>                       |



# Bemanning

## Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

| Månedsværk månedslønnede | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA                      | 2 574         | 2 569         | 2 587         | 2 585         | 2 584         | 2 581            | 2 029         | 2 040         | 2 036         | 2 024         | 2 048         | -536                      | -533                   | -46                              |
| MED                      | 1 468         | 1 490         | 1 505         | 1 487         | 1 500         | 1 494            | 1 187         | 1 189         | 1 196         | 1 195         | 1 234         | -266                      | -260                   | 23                               |
| KKN                      | 1 881         | 1 905         | 1 910         | 1 919         | 1 886         | 1 911            | 1 941         | 1 937         | 1 934         | 1 931         | 1 925         | 40                        | 14                     | 28                               |
| KVB                      | 1 680         | 1 689         | 1 688         | 1 685         | 1 694         | 1 688            | 1 620         | 1 629         | 1 634         | 1 630         | 1 650         | -44                       | -38                    | 44                               |
| KRK                      | 1 702         | 1 709         | 1 694         | 1 707         | 1 700         | 1 703            | 1 667         | 1 667         | 1 668         | 1 664         | 1 672         | -28                       | -32                    | 4                                |
| HLK                      | 675           | 677           | 676           | 680           | 686           | 677              | 725           | 735           | 728           | 731           | 719           | 33                        | 42                     | 44                               |
| SMK                      | 717           | 726           | 712           | 715           | 716           | 718              | 712           | 710           | 700           | 703           | 706           | -10                       | -12                    | 10                               |
| AKU                      | 2 073         | 2 072         | 2 072         | 2 066         | 2 078         | 2 070            | 2 009         | 2 018         | 2 010         | 2 008         | 2 017         | -61                       | -53                    | 33                               |
| KDI                      | 2 070         | 2 076         | 2 081         | 2 085         | 2 079         | 2 081            | 2 013         | 2 031         | 2 025         | 2 017         | 2 009         | -69                       | -71                    | 65                               |
| KRG                      | 111           | 113           | 112           | 115           | 112           | 113              | 124           | 124           | 126           | 126           | 120           | 7                         | 7                      | 9                                |
| OSS                      | 1 637         | 1 631         | 1 630         | 1 642         | 1 687         | 1 634            | 1 566         | 1 569         | 1 565         | 1 574         | 1 595         | -92                       | -39                    | 9                                |
| STA                      | 319           | 320           | 319           | 326           | 334           | 322              | 303           | 304           | 301           | 299           | 308           | -26                       | -14                    | 9                                |
| <b>OUS</b>               | <b>16 912</b> | <b>16 982</b> | <b>16 993</b> | <b>17 019</b> | <b>17 064</b> | <b>16 998</b>    | <b>15 898</b> | <b>15 957</b> | <b>15 926</b> | <b>15 905</b> | <b>16 008</b> | <b>-1 056</b>             | <b>-990</b>            | 241                              |

| Månedsværk variabeltlønnede | sep          | okt          | nov          | des          | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept         | okt          | nov          | des          | Hittil i år  | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA                         | 427          | 368          | 361          | 384          | 360           | 371              | 379          | 291          | 278          | 283          | 321          | -39                       | -50                    | 33                               |
| MED                         | 147          | 149          | 141          | 154          | 147           | 148              | 133          | 121          | 121          | 135          | 129          | -18                       | -19                    | 19                               |
| KKN                         | 168          | 156          | 161          | 169          | 140           | 162              | 213          | 160          | 160          | 147          | 158          | 19                        | -3                     | 42                               |
| KVB                         | 125          | 107          | 113          | 113          | 101           | 111              | 128          | 110          | 120          | 115          | 109          | 8                         | -1                     | 22                               |
| KRK                         | 89           | 75           | 86           | 84           | 73            | 82               | 110          | 84           | 76           | 69           | 81           | 8                         | -1                     | 1                                |
| HLK                         | 62           | 49           | 58           | 53           | 48            | 53               | 73           | 56           | 56           | 55           | 53           | 5                         | -1                     | 17                               |
| SMK                         | 40           | 31           | 43           | 36           | 33            | 37               | 47           | 33           | 35           | 33           | 35           | 2                         | -2                     | 1                                |
| AKU                         | 214          | 217          | 213          | 232          | 211           | 221              | 290          | 247          | 238          | 255          | 235          | 24                        | 14                     | 47                               |
| KDI                         | 62           | 65           | 69           | 72           | 59            | 69               | 96           | 81           | 71           | 74           | 73           | 13                        | 4                      | 8                                |
| KRG                         | 3            | 3            | 4            | 3            | 3             | 3                | 2            | 2            | 1            | 3            | 2            | -1                        | -1                     | -0                               |
| OSS                         | 247          | 210          | 225          | 215          | 192           | 217              | 206          | 156          | 153          | 149          | 169          | -23                       | -47                    | 31                               |
| STA                         | 2            | 5            | 3            | 6            | 4             | 4                | 1            | 1            | 2            | 2            | 2            | -2                        | -3                     | 1                                |
| <b>OUS</b>                  | <b>1 673</b> | <b>1 434</b> | <b>1 476</b> | <b>1 520</b> | <b>1 379</b>  | <b>1 477</b>     | <b>1 677</b> | <b>1 342</b> | <b>1 311</b> | <b>1 321</b> | <b>1 368</b> | <b>-11</b>                | <b>-109</b>            | 220                              |



# Bemanning

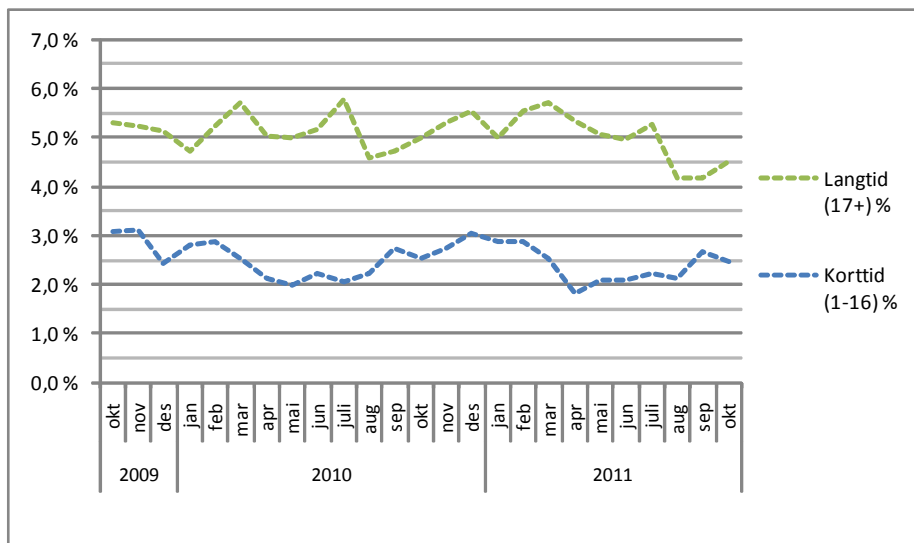
## Innleie av helsepersonell per klinikk (kostnader omregnet til årsverk)

| Innleie fra vikarbyrå | sep          | okt          | nov          | des          | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept         | okt          | nov        | des      | Hittil i år  | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|------------|----------|--------------|---------------------------|------------------------|
| PHA                   | 7,8          | 6,3          | 5,7          | 17,7         | 4,1           | 9,9              | 2,8          | 3,8          | 2,3        | -        | 7,9          | 3,7                       | -2,0                   |
| MED                   | 17,1         | 11,7         | 24,0         | 27,1         | 17,5          | 21,0             | 11,3         | 17,8         | 22,0       | -        | 15,6         | -1,9                      | -5,4                   |
| KKN                   | 11,5         | 23,9         | 50,2         | 73,9         | 24,8          | 49,3             | 26,9         | 30,1         | 36,2       | -        | 27,7         | 2,9                       | -21,6                  |
| KVB                   | 18,9         | 21,4         | 24,3         | 36,2         | 21,9          | 27,3             | 44,4         | 39,0         | 35,7       | -        | 34,2         | 12,3                      | 6,9                    |
| KRK                   | 16,2         | 14,5         | 15,7         | 23,5         | 12,2          | 17,9             | 12,8         | 7,4          | 12,3       | -        | 12,1         | -0,1                      | -5,8                   |
| HLK                   | 27,1         | 24,7         | 26,0         | 46,7         | 22,3          | 32,5             | 10,1         | 13,5         | 16,3       | -        | 16,8         | -5,5                      | -15,6                  |
| SMK                   | 8,0          | 9,3          | 8,7          | 19,4         | 9,7           | 12,4             | 9,6          | 13,5         | 16,9       | -        | 12,1         | 2,4                       | -0,3                   |
| AKU                   | 52,7         | 45,2         | 46,6         | 50,3         | 43,3          | 47,4             | 53,4         | 57,8         | 60,0       | -        | 48,3         | 5,0                       | 1,0                    |
| KDI                   | 5,6          | 5,3          | 6,5          | 11,8         | 4,5           | 7,8              | 3,0          | 2,9          | 0,0        | -        | 5,5          | 1,0                       | -2,3                   |
| KRG                   | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0           | 0,0              | -            | -            | -          | -        | 0,0          | 0,0                       | -                      |
| OSS                   | -11,4        | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,1           | 0,0              | 0,6          | -            | 0,5        | -        | 0,3          | 0,2                       | 0,3                    |
| STA                   | -1,1         | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0           | 0,0              | -            | -            | -          | -        | 0,0          | 0,0                       | -                      |
| <b>SUM</b>            | <b>152,3</b> | <b>162,2</b> | <b>207,6</b> | <b>306,6</b> | <b>160,6</b>  | <b>225,5</b>     | <b>178,3</b> | <b>182,1</b> | <b>205</b> | <b>-</b> | <b>180,9</b> | <b>20,3</b>               | <b>-44,6</b>           |

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.

# Utvikling sykefravær



## Sykefraværslengder, per oktober

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

# Sykefravær per klinikk

| Sykefraværsprosent | sep        | okt        | nov        | des        | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept       | okt      | nov | des | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------------|------------|----------|-----|-----|-------------|---------------------------|------------------------|
| PHA                | 8,4        | 8,6        | 8,7        | 9,2        | 8,1           | 8,8              | 7,0        | 7,1      | -   | -   | 7,8         | -0,3                      | -1,0                   |
| MED                | 6,4        | 6,6        | 7,0        | 7,7        | 6,9           | 7,1              | 5,9        | 6,5      | -   | -   | 6,6         | -0,3                      | -0,5                   |
| KKN                | 7,1        | 7,5        | 8,4        | 8,1        | 7,2           | 8,0              | 6,5        | 6,5      | -   | -   | 7,5         | 0,2                       | -0,5                   |
| KVB                | 6,2        | 6,4        | 7,3        | 8,6        | 6,8           | 7,4              | 7,8        | 7,7      | -   | -   | 7,5         | 0,6                       | 0,0                    |
| KRK                | 5,8        | 6,0        | 6,9        | 7,6        | 6,5           | 6,8              | 5,7        | 5,7      | -   | -   | 6,2         | -0,3                      | -0,6                   |
| HLK                | 5,7        | 5,0        | 5,4        | 5,7        | 6,7           | 5,4              | 5,6        | 5,7      | -   | -   | 5,7         | -0,9                      | 0,4                    |
| SMK                | 6,4        | 7,4        | 7,5        | 8,4        | 7,0           | 7,7              | 6,3        | 5,8      | -   | -   | 6,8         | -0,1                      | -0,9                   |
| AKU                | 8,5        | 8,1        | 8,8        | 9,4        | 7,9           | 8,8              | 8,0        | 7,9      | -   | -   | 8,1         | 0,2                       | -0,6                   |
| KDI                | 6,8        | 6,7        | 7,2        | 8,1        | 6,5           | 7,3              | 6,0        | 6,1      | -   | -   | 6,2         | -0,2                      | -1,1                   |
| KRG                | 5,0        | 5,1        | 5,0        | 6,1        | 5,0           | 5,4              | 4,0        | 5,4      | -   | -   | 5,0         | 0,1                       | -0,4                   |
| OSS                | 10,7       | 10,9       | 11,4       | 11,3       | 10,0          | 11,2             | 9,0        | 9,6      | -   | -   | 9,8         | -0,1                      | -1,4                   |
| STA                | 3,5        | 3,2        | 3,3        | 3,1        | 3,4           | 3,2              | 3,2        | 3,5      | -   | -   | 3,8         | 0,4                       | 0,6                    |
| <b>OUS</b>         | <b>7,4</b> | <b>7,5</b> | <b>8,0</b> | <b>8,6</b> | <b>7,4</b>    | <b>8,1</b>       | <b>6,9</b> | <b>7</b> | -   | -   | <b>7,4</b>  | <b>-0,1</b>               | <b>-0,7</b>            |



# Månedssrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

## Innhold:

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

## November 2011

# Utvalgte nøkkeltall

| Rapportering november 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 % |
| <b>Pasientbehandling</b>               |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |   |               |                      |
| Somatikk                               | DRG-poeng totalt                 | 19 163                | 18 277   | 886                | 4,8 %            | 200 080              | 195 676  | 4 404              | 2,3 %              | 215 026   | -14 946       | -7,0 %               |
|  | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 8 704                 | 8 965    | -261               | -2,9 %           | 95 876               | 97 842   | -1 966             | -2,0 %             | 105 915   | -10 039       | -9,5 %               |
|  | Dagopphold                       | 7 000                 | 6 368    | 632                | 9,9 %            | 69 156               | 69 331   | -175               | -0,3 %             | 78 400  | -9 244        | -11,8 %              |
|  | Polikliniske konsultasjoner      | 68 437                | 63 328   | 5 109              | 8,1 %            | 722 302              | 674 097  | 48 205             | 7,2 %              | 764 637   | -42 335       | -5,5 %               |
| Voksen psykiatri                       | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 110                   | 118      | -8                 | -6,6 %           | 1 318                | 1 266    | 52                 | 4,1 %              | 2 723   | -1 405        | -51,6 %              |
|  | Liggedøgn                        | 6 261                 | 7 633    | -1 372             | -18,0 %          | 75 353               | 82 078   | -6 725             | -8,2 %             | 109 158   | -33 805       | -31,0 %              |
|  | Dagbehandling                    | 46                    | 381      | -335               | -87,9 %          | 633                  | 3 635    | -3 002             | -82,6 %            | 5 169   | -4 536        | -87,8 %              |
|  | Polikliniske konsultasjoner      | 7 877                 | 5 826    | 2 051              | 35,2 %           | 63 727               | 60 847   | 2 880              | 4,7 %              | 94 895  | -31 168       | -32,8 %              |
| Barne- og ungdoms psykiatri            | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 12                    | 11       | 1                  | 7,8 %            | 134                  | 120      | 14                 | 11,9 %             | 133   | 1             | 0,8 %                |
|  | Liggedøgn                        | 353                   | 519      | -166               | -31,9 %          | 4 553                | 5 577    | -1 024             | -18,4 %            | 6 514   | -1 961        | -30,1 %              |
|  | Dagbehandling                    | 278                   | 407      | -129               | -31,8 %          | 3 486                | 4 075    | -589               | -14,4 %            | 4 530   | -1 044        | -23,0 %              |
|  | Polikliniske konsultasjoner      | 4 513                 | 4 329    | 184                | 4,2 %            | 43 304               | 45 209   | -1 905             | -4,2 %             | 65 297  | -21 993       | -33,7 %              |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold)    | 259                   | 250      | 9                  | 3,5 %            | 3 004                | 2 690    | 314                | 11,7 %             | 2 709   | 295           | 10,9 %               |
|  | Liggedøgn                        | 3 035                 | 3 092    | -57                | -1,9 %           | 34 986               | 33 141   | 1 845              | 5,6 %              | 35 991  | -1 005        | -2,8 %               |
|  | Dagbehandling                    | 35                    | 44       | -9                 | -20,9 %          | 602                  | 487      | 115                | 23,7 %             | 209   | 393           | 188,0 %              |
|  | Polikliniske konsultasjoner      | 897                   | 780      | 117                | 15,0 %           | 8 209                | 8 609    | -400               | -4,7 %             | 11 730  | -3 521        | -30,0 %              |
| <b>Organisasjon og ledelse</b>         |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |   |               |                      |
| Andel korridor pas.                    | Somatikk                         | 1,7 %                 | 0 %      | 1,7 %              |                  | 1,1 %                | 0 %      | 1,1 %              |                    | Dette ble ikke rapportert i 3. tertial 2010 pga manglende data etter innføring av PasDoc på RH. |               |                      |
|  | Psyisk helsevern                 | 0,0 %                 | 0 %      | 0,0 %              |                  | 0,0 %                | 0 %      | 0,0 %              |                    |   |               |                      |
| Liggedgr UK-pasienter                  | Somatikk                         | 0,0 %                 |          |                    |                  | 1,2 %                |          |                    |                    |   |               |                      |
|  | Psyisk helsevern                 | 0,0 %                 |          |                    |                  | 0,1 %                |          |                    |                    |   |               |                      |
| Andel fristbrudd                       | Somatikk                         | 9,1 %                 | 0 %      |                    |                  | 12,5 %               | 0 %      |                    |                    |   |               |                      |
|  | Psyisk helsevern                 | 8,3 %                 | 0 %      |                    |                  | 11,3 %               | 0 %      |                    |                    |   |               |                      |
|  | TSB                              | 17,6 %                | 0 %      |                    |                  | 17,9 %               | 0 %      |                    |                    |   |               |                      |
| <b>Økonomi og personell</b>            |                                  |                       |          |                    |                  |                      |          |                    |                    |   |               |                      |
| Økonomi                                | Resultat                         | -9 985                | -8 823   | -1 162             | -0,1 %           | -658 185             | -296 967 | -361 218           | -2,2 %             | -   | -             | -                    |
| Personell                              | Årsverk totalt (brutto desember) | 17 226                | 16 304   | -922               | -5,7 %           | 17 376               | 16 603   | -773               | -4,7 %             | 18 443  | -1 066        | -5,8 %               |
| Sykefravær                             | Sykefravær oktober               | 7,0 %                 | 7,4 %    | -0,4 %             | -0,4 %           | 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 %   |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------------------|---------------|
|  | aug           | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor  | aug           | sep           | okt           | nov           | Hittil i år    |                           |               |
| Medisinsk klinikk *                            | 2 626         | 3 009         | 2 943         | 3 043         | 3 004         | 31 961         | 2 100         | 2 292         | 2 449         | 2 358         | 25 031         | -6 930                    | -21,7 %       |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag                | 3 731         | 4 497         | 4 315         | 4 881         | 4 197         | 48 014         | 3 588         | 4 600         | 4 496         | 4 892         | 46 883         | -1 131                    | -2,4 %        |
| Kvinne- og barneklivikken                      | 2 796         | 3 151         | 2 880         | 3 273         | 2 967         | 32 770         | 2 715         | 2 758         | 2 600         | 2 809         | 30 598         | -2 172                    | -6,6 %        |
| Kreft- og kirurgiklinikken **                  | 3 815         | 4 486         | 4 153         | 4 283         | 4 265         | 45 600         | 3 559         | 3 998         | 3 732         | 3 871         | 42 385         | -3 215                    | -7,1 %        |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken *              | 2 019         | 2 546         | 2 470         | 2 745         | 2 343         | 26 476         | 2 239         | 2 608         | 2 487         | 2 708         | 27 646         | 1 170                     | 4,4 %         |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi ** | 1 287         | 1 571         | 1 657         | 1 576         | 1 498         | 16 573         | 1 267         | 1 522         | 1 350         | 1 651         | 15 676         | -897                      | -5,4 %        |
| Akuttklinikken                                 | 643           | 870           | 855           | 854           | 795           | 8 702          | 683           | 567           | 616           | 615           | 7 132          | -1 570                    | -18,0 %       |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon        | 103           | 153           | 97            | 120           | 87            | 1 219          | 83            | 140           | 124           | 110           | 1 243          | 24                        | 2,0 %         |
| Stab   |               |               |               |               |               |                |               | 3             | 1             |               | 12             | 12                        |               |
| Ukjente fagenheter                             |               |               |               |               |               |                | 14            | 21            | 5             | 2             | 373            | 373                       |               |
| <b>Sum Oslo universitetssykehus</b>            | <b>17 020</b> | <b>20 283</b> | <b>19 370</b> | <b>20 775</b> | <b>19 156</b> | <b>211 315</b> | <b>16 248</b> | <b>18 509</b> | <b>17 860</b> | <b>19 016</b> | <b>196 979</b> | <b>-14 336</b>            | <b>-6,8 %</b> |

Kilde: LIS; oppdatert 7.12 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 3 341 DRG-poeng per NOV 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

| Klinikk                                     | Bud 2011       | Bud per nov    | Resultat<br>hitil | Avvik        |              |
|---|----------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|
|   |                |                |                   | i antall     | i %          |
| Medisinsk klinikk                           | 27 273         | 25 056         | 26 918            | 1 862        | 7,4 %        |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag             | 53 016         | 48 851         | 48 250            | -601         | -1,2 %       |
| Kvinne- og barneklirikken                   | 34 261         | 31 486         | 30 689            | -797         | -2,5 %       |
| Kreft- og kirurgiklinikken                  | 43 588         | 40 435         | 39 971            | -464         | -1,1 %       |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken             | 28 874         | 26 562         | 27 647            | 1 085        | 4,1 %        |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 20 239         | 18 661         | 18 451            | -210         | -1,1 %       |
| Akuttklinikken                              | 7 792          | 7 153          | 7 131             | -22          | -0,3 %       |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon     | 76             | 70             | 116               | 46           | 66,3 %       |
| Biologiske lm                               | 1 928          | 1 812          | 1 614             | -198         | -10,9 %      |
| Fellesposter                                | (4 825)        | (4 409)        | -641              | 3 768        | -85,5 %      |
| <b>SUM</b>                                  | <b>212 221</b> | <b>195 676</b> | <b>200 146</b>    | <b>4 470</b> | <b>2,3 %</b> |

Kommentar:

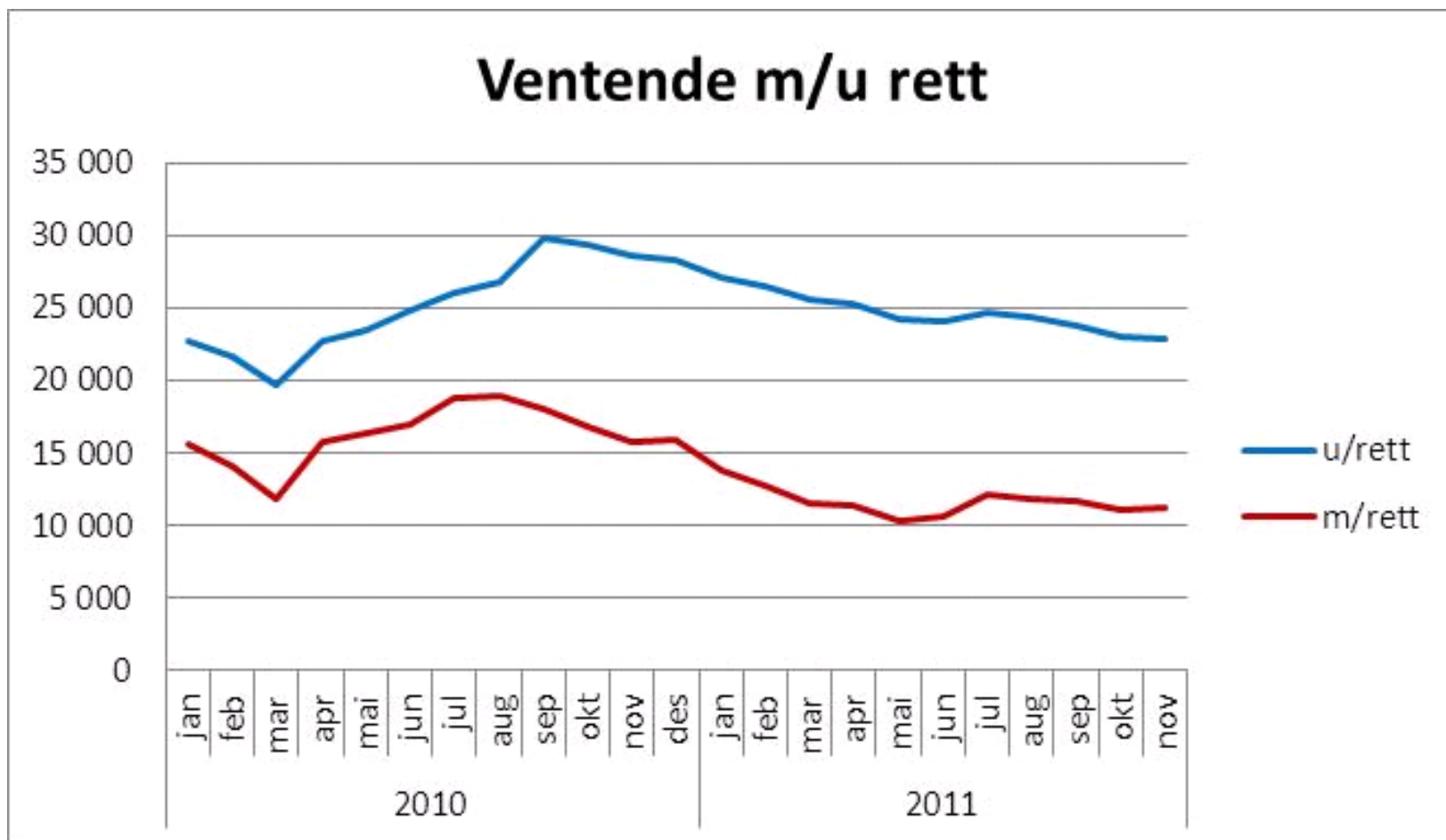
Det er tatt utgangspunkt i revidert DRG-budsjett før implementering av ny NPR-melding ut fra Felles registreringspraksis.

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

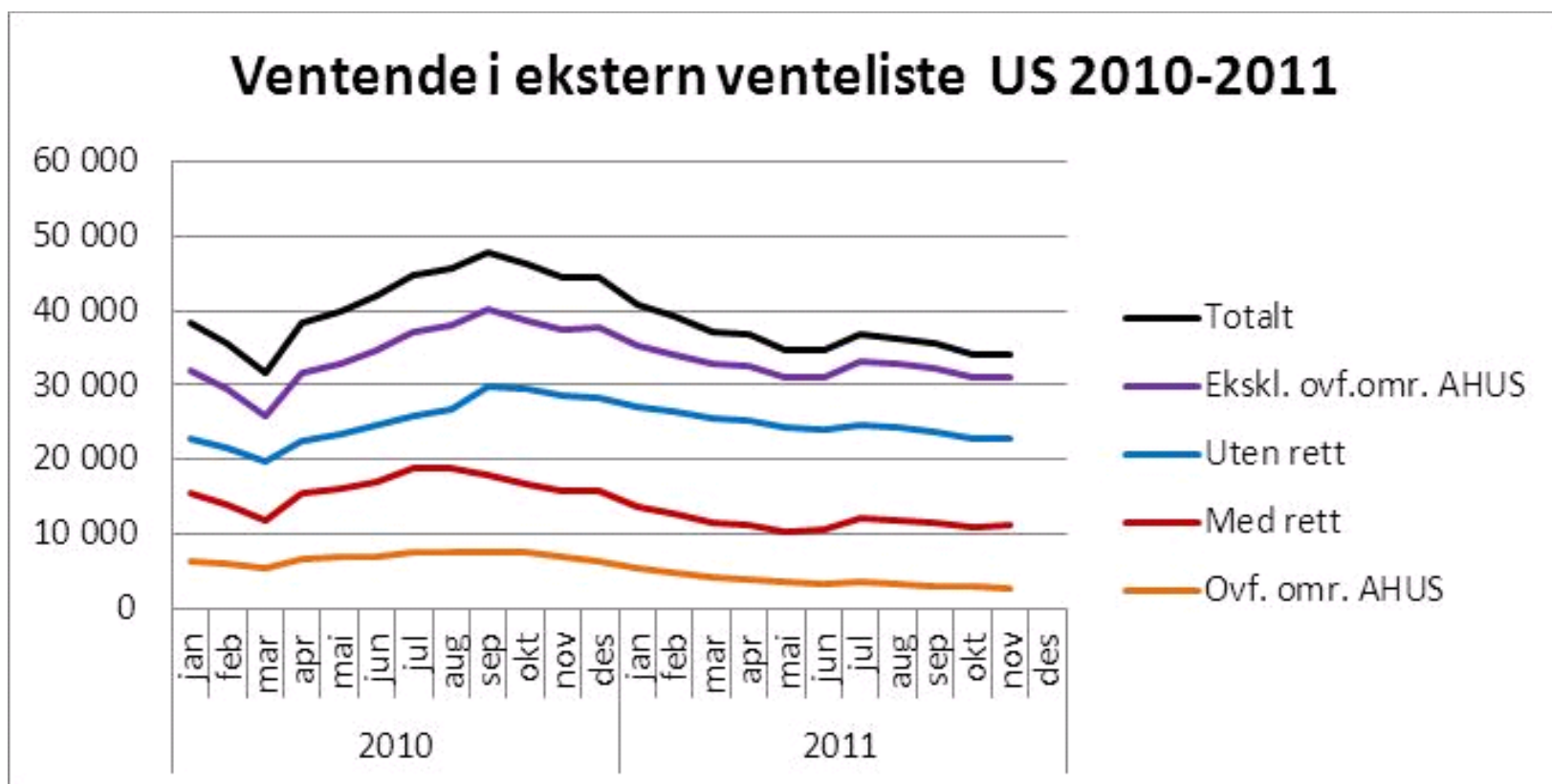
Budsjettet er periodisert ut fra klinikkenes egen vurdering av aktivitetsprofil gjennom året, slik det ble vurdert i begynnelsen av januar 2011. Flytting av budsjett mellom Medisin og HLK er gjennomført.

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

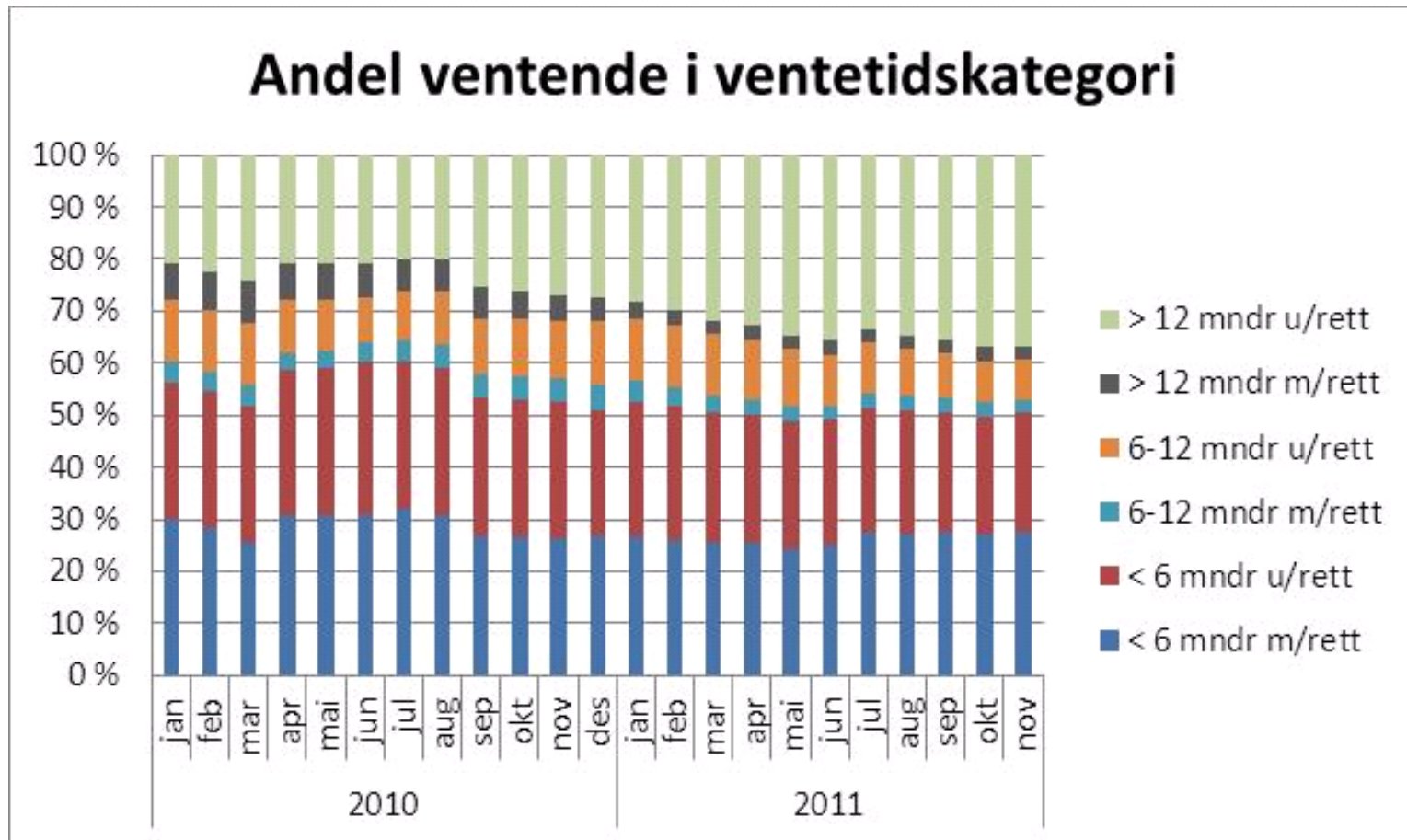
# Utvikling antall ventende



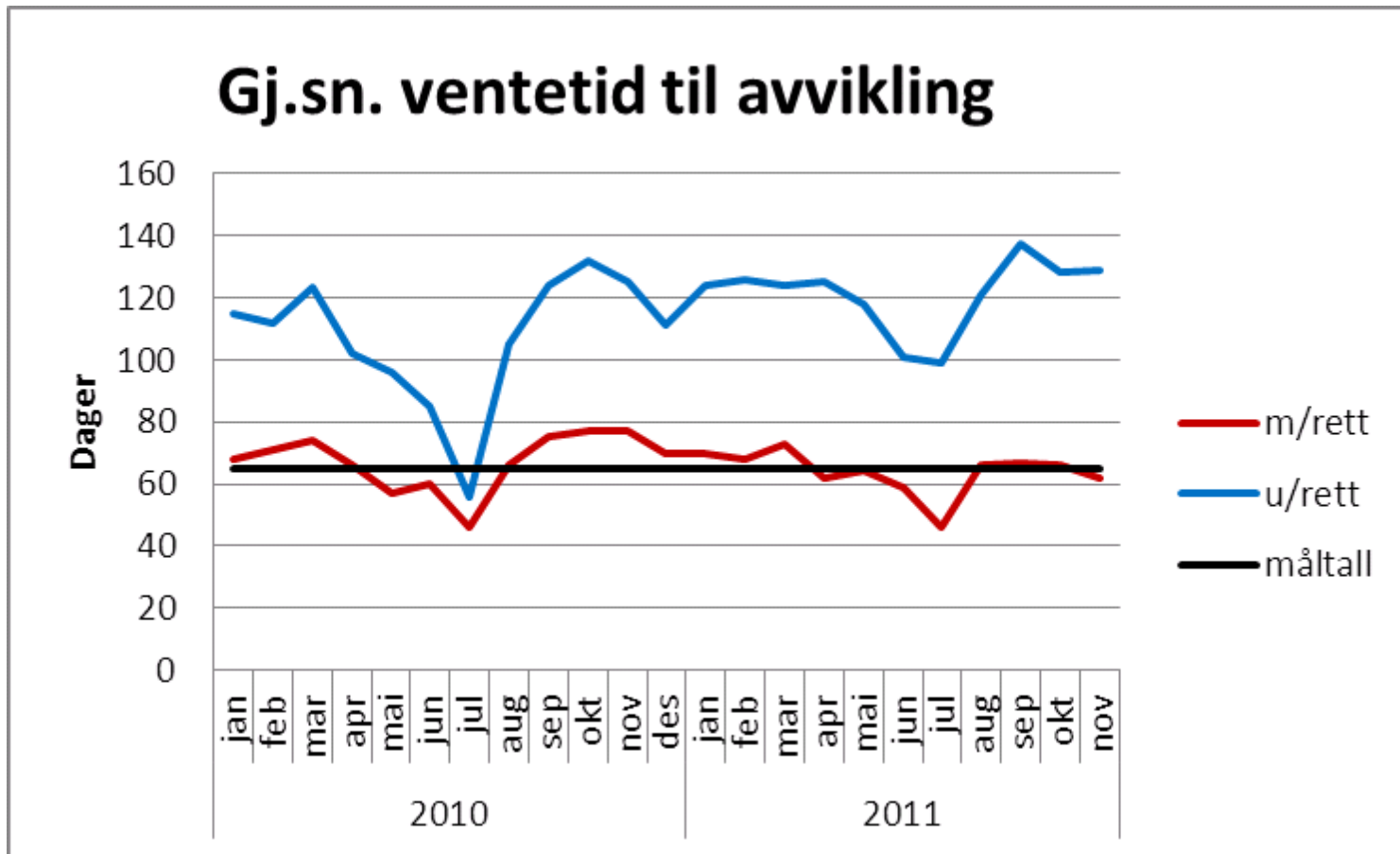
# Utvikling antall ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (Totalt og ekskl overføringsområdet AHUS)



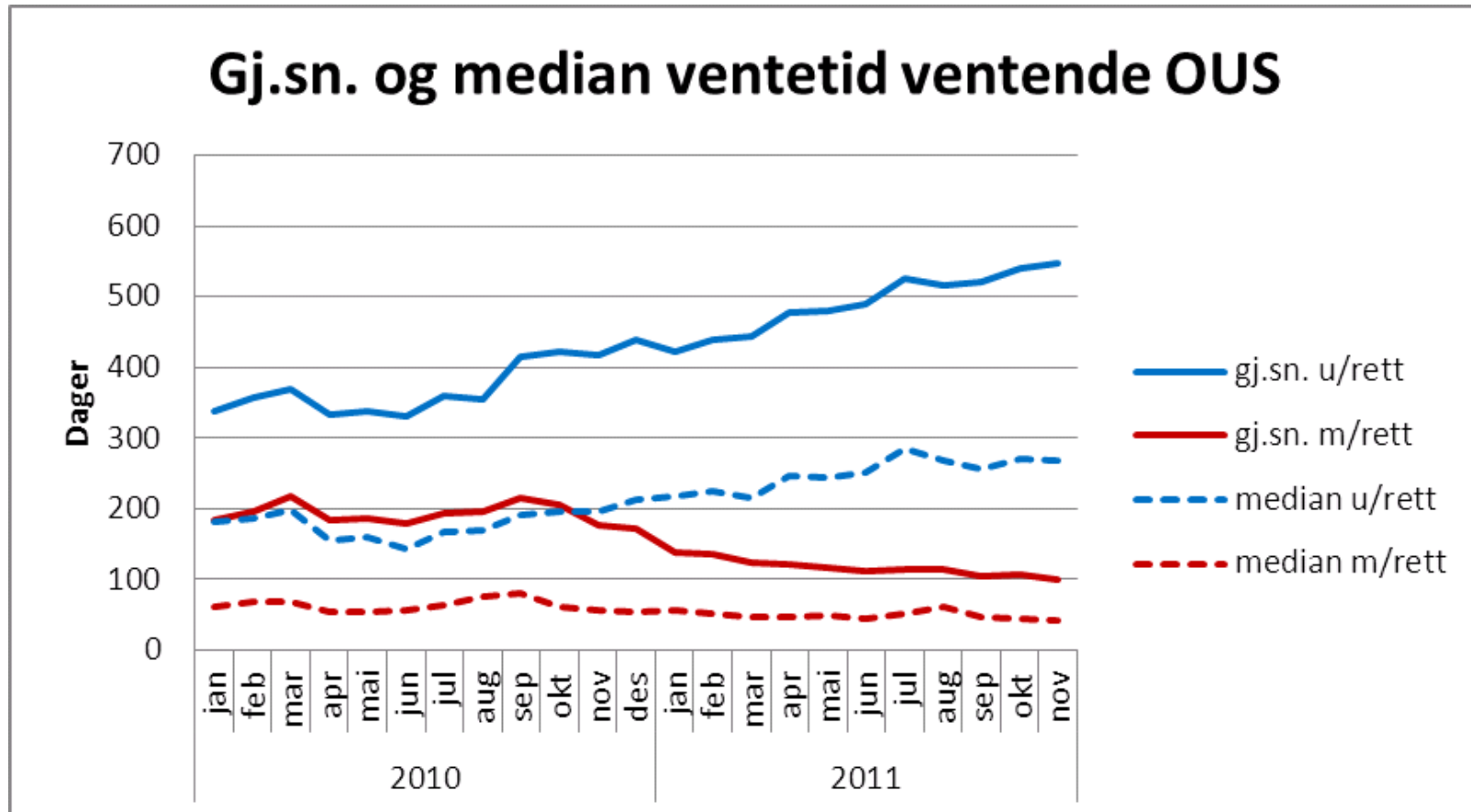
# Ventende i venteliste-kategorier



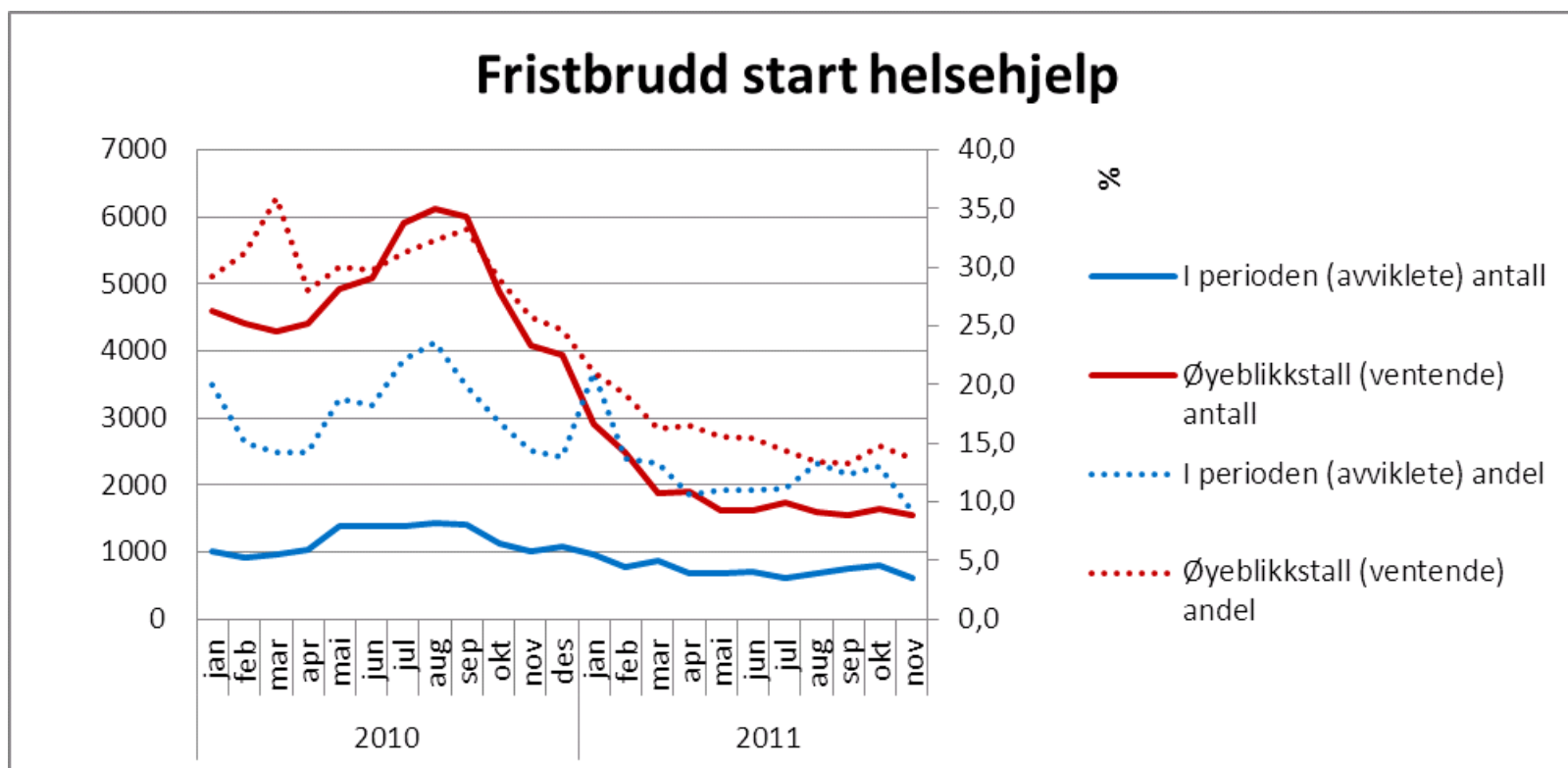
# Ventetid til avvikling



# Ventetid for ventende



# Fristbrudd



# Økonomisk resultat

| ØBAK-linje  | Resultat hittil   | Budsjett hittil   | Avvik           |
|---|-------------------|-------------------|-----------------|
| Basisramme  | 9 096 950         | 9 096 950         | 0               |
| ISF egne pasienter                                      | 2 171 636         | 2 205 428         | -33 792         |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet                      | 579 638           | 458 222           | 121 416         |
| ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler UTENFOR sykehus | 23 932            | 26 798            | -2 866          |
| Gjestepasienter   | 405 298           | 466 770           | -61 472         |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 953 255         | 1 814 130         | 139 125         |
| Polikliniske inntekter                                  | 344 505           | 356 978           | -12 473         |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"                    | 24 883            | 17 203            | 7 680           |
| Andre øremerkede tilskudd                               | 914 105           | 908 886           | 5 218           |
| Andre driftsinntekter                                   | 654 256           | 594 620           | 59 636          |
| <b>Sum driftsinntekter</b>                              | <b>16 168 458</b> | <b>15 945 987</b> | <b>222 471</b>  |
| Kjøp av offentlige helsetjenester                       | 92 386            | 53 763            | 38 624          |
| Kjøp av private helsetjenester                          | 189 175           | 186 933           | 2 242           |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 003 276         | 1 846 202         | 157 074         |
| Innleid arbeidskraft                                    | 138 479           | 79 014            | 59 465          |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 38 668            | 70 675            | -32 007         |
| Lønn til fast ansatte                                   | 7 466 687         | 7 529 691         | -63 004         |
| Overtid og ekstrahjelp                                  | 970 038           | 496 585           | 473 453         |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift                         | 1 964 540         | 1 896 124         | 68 416          |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft     | -491 531          | -398 157          | -93 374         |
| Annen lønn  | 1 325 609         | 1 269 504         | 56 104          |
| Avskrivninger   | 785 399           | 830 158           | -44 759         |
| Nedskrivninger  | 0                 | 0                 | 0               |
| Andre driftskostnader                                   | 2 256 462         | 2 287 930         | -31 468         |
| <b>Sum driftskostnader</b>                              | <b>16 739 189</b> | <b>16 148 422</b> | <b>590 766</b>  |
| <b>Driftsresultat</b>                                   | <b>-570 731</b>   | <b>-202 436</b>   | <b>-368 295</b> |
| Finansinntekter   | 24 401            | 24 390            | 11              |
| Finanskostnader   | 111 855           | 118 921           | -7 066          |
| Finansresultat  | -87 453           | -94 531           | 7 078           |
| <b>Ordinært resultat</b>                                | <b>-658 185</b>   | <b>-296 967</b>   | <b>-361 218</b> |

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



# Økonomisk resultat

|  | Årsbudsjett       | Budsjettert<br>hittil | Akkumulert avvik fra budsjett |                 |                 |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|
|  |                   |                       | Inntekt                       | Kostnad         | Resultat        |
| PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIG    | 1 766 677         | 1 613 713             | 6 423                         | -42 967         | -36 544         |
| MED MEDISINSK KLINIKK                    | 1 013 644         | 929 053               | 77 544                        | -95 094         | -17 550         |
| KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG      | 1 703 137         | 1 557 676             | 12 875                        | -119 405        | -106 531        |
| KVB KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN            | 1 358 063         | 1 240 271             | 12 427                        | -54 471         | -42 043         |
| KRK KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN          | 1 337 123         | 1 224 576             | 10 576                        | -56 852         | -46 276         |
| HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN      | 750 215           | 687 655               | 29 112                        | -100 034        | -70 922         |
| SMK KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN O   | 736 312           | 681 444               | -14 033                       | -41 993         | -56 025         |
| AKU AKUTTKLINIKKEN                       | 1 927 325         | 1 758 305             | 15 509                        | -108 021        | -92 512         |
| KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVE   | 1 936 071         | 1 767 687             | 25 633                        | -45 420         | -19 788         |
| OSS OSLO SYKEHUSSERVICE                  | 1 842 940         | 1 655 420             | 17 497                        | -47 318         | -29 820         |
| KRG KREFTREGISTERET                      | 126 141           | 114 749               | 7 850                         | -7 850          | 0               |
| STA DIREKTØRENS STAB                     | 1 112 232         | 1 009 374             | 22 904                        | 70 571          | 93 475          |
| FPO FELLESPOSTER                         | 2 165 364         | 2 012 162             | 4 464                         | 67 182          | 71 646          |
| AS KONSERN                               | -12 250           | -9 133                | 0                             | -8 045          | -8 045          |
| <b>RESULTAT</b>                          | <b>17 762 994</b> | <b>16 242 953</b>     | <b>228 781</b>                | <b>-589 715</b> | <b>-360 935</b> |
| Eliminering internt kjøp og salg (netto) |                   |                       |                               |                 | -283            |
| Resultat etter eliminering               |                   |                       |                               |                 | -361 218        |

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap. [http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?level=4&section\\_dim\\_id=200822](http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?level=4&section_dim_id=200822)

# Bemannings indikatorer

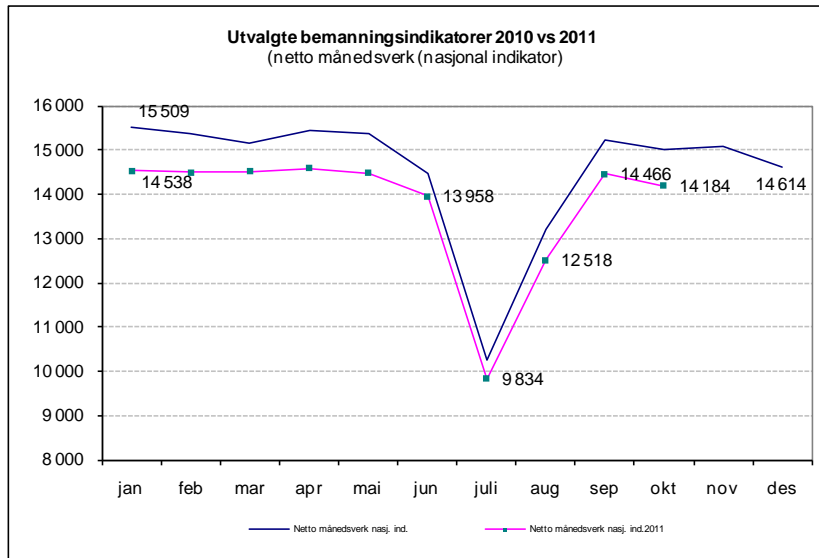
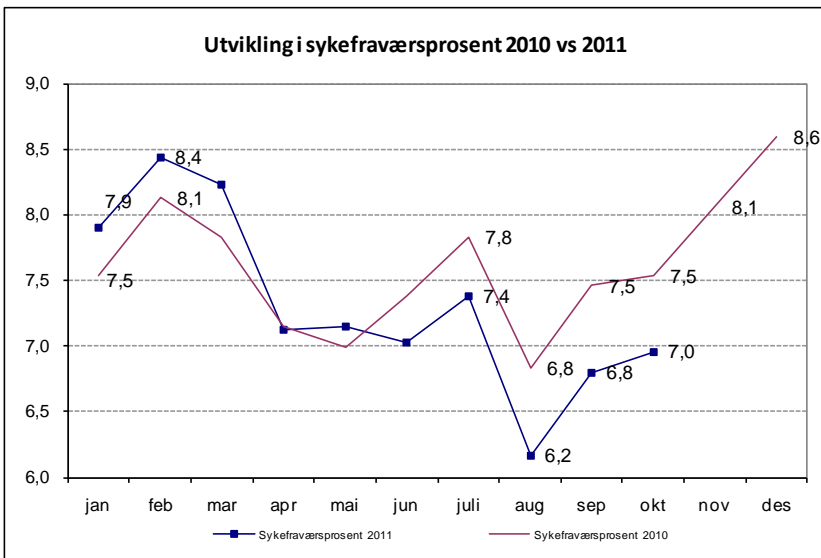
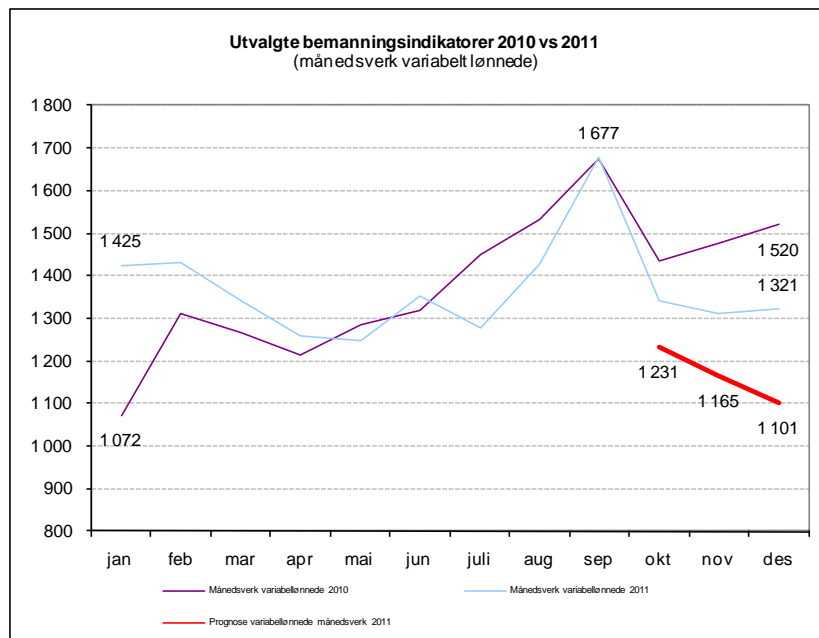
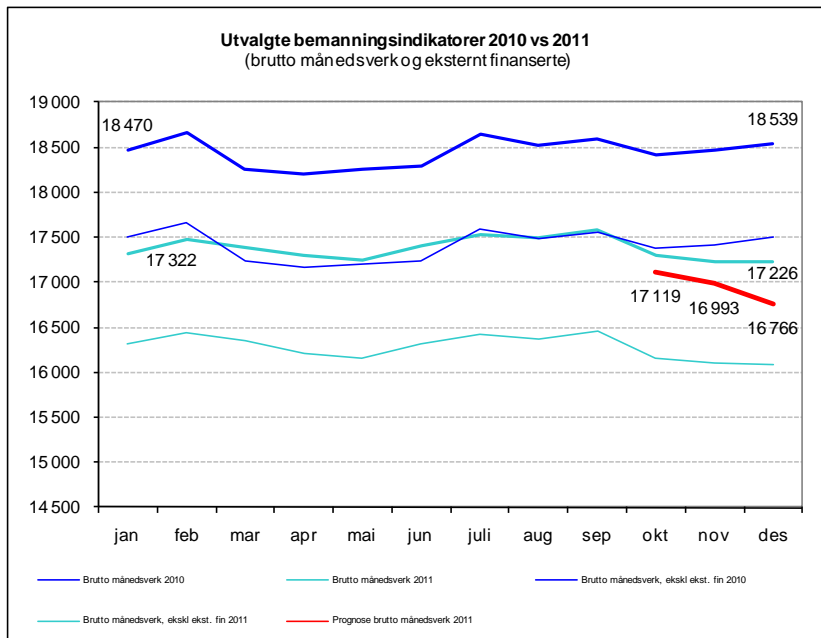
## (til og med desember)

| Indikator                                     | Faktisk 2010 |        |        |        |               |                   |            | Faktisk 2011 |        |        |        |             | Endring fra 4 kvartal i fjor | Endring fra hittil i fjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|---|--------------|--------|--------|--------|---------------|-------------------|------------|--------------|--------|--------|--------|-------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
|   | sep          | okt    | nov    | des    | Hittil i fjor | 4. kvartal i fjor | Snitt 2010 | sept         | okt    | nov    | des    | Hittil i år |                              |                           |                                  |
| Brutto månedsverk                             | 18 585       | 18 416 | 18 469 | 18 540 | 18 443        | 18 475            | 18 443     | 17 575       | 17 298 | 17 236 | 17 226 | 17 376      | -1 099                       | -1 068                    | 460                              |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 17 579       | 17 401 | 17 452 | 17 531 | 17 441        | 17 461            | 17 441     | 16 449       | 16 158 | 16 091 | 16 088 | 16 278      | -1 184                       | -1 163                    | 359                              |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert        | 1 006        | 1 014  | 1 017  | 1 009  | 1 003         | 1 013             | 1 003      | 1 127        | 1 140  | 1 145  | 1 137  | 1 098       | 85                           | 95                        | 101                              |
| Innleie fra vikarbyrå                         | 152          | 162    | 208    | 307    | 161           | 225               | 173        | 178          | 182    | 205    | -      | 181         | -45                          | 20                        | -                                |
| Månedsverk månedslønnede                      | 16 912       | 16 982 | 16 993 | 17 019 | 17 064        | 16 998            | 17 064     | 15 898       | 15 957 | 15 926 | 15 905 | 16 008      | -990                         | -1 056                    | 241                              |
| Månedsverk variabellønnede                    | 1 673        | 1 434  | 1 476  | 1 520  | 1 379         | 1 477             | 1 379      | 1 677        | 1 342  | 1 311  | 1 321  | 1 368       | -109                         | -11                       | 220                              |
| Netto månedsverk nasj. ind.                   | 15 259       | 15 033 | 15 081 | 14 591 | 14 527        | 14 902            | 14 578     | 14 466       | 14 184 | -      | -      | 13 758      | -1 143                       | -769                      | -                                |
| Sykefraværsprosent                            | 7,4          | 7,5    | 8,0    | 8,6    | 7,4           | 8,1               | 7,6        | 6,9          | 7,0    | -      | -      | 7,4         | -0,7                         | -0,1                      | -                                |

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

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

# Bemanningsutvikling



# Bemanningsutvikling per yrkesgruppe

| Stillingskategori<br>Ressursbruk i brutto månedsverk | Andel per des |                |               |                | Endring per des      |                    |
|--|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------------|--------------------|
|  | Hittil i fjor | Andel 2010     | Hittil i år   | Andel 2011     | Endring i<br>årsverk | Endring i<br>andel |
| (1) LEGER  | 2 412         | 13,1 %         | 2 293         | 13,2 %         | -120                 | 0,1                |
| (2) SYKEPLEIEPERSONELL                               | 6 682         | 36,2 %         | 6 258         | 36,0 %         | -424                 | -0,2               |
| (3) LABORATORIEPERSONELL                             | 939           | 5,1 %          | 933           | 5,4 %          | -6                   | 0,3                |
| (4) ANNET FAGPERSONELL I PASIENTBEHANDLING           | 2 422         | 13,1 %         | 2 218         | 12,8 %         | -204                 | -0,4               |
| (5) FORSKNINGS- OG FAGUTVIKLINGSPERSONELL            | 738           | 4,0 %          | 780           | 4,5 %          | 42                   | 0,5                |
| (6) LEDERE   | 1 228         | 6,7 %          | 1 155         | 6,6 %          | -74                  | 0,0                |
| (7) ADM-/KONTORPERSONELL                             | 2 107         | 11,4 %         | 1 944         | 11,2 %         | -162                 | -0,2               |
| (8) TEKNISK-/FORSYNINGSPERSONELL                     | 1 862         | 10,1 %         | 1 730         | 10,0 %         | -131                 | -0,1               |
| (9) Ukjent   | 53            | 0,3 %          | 64            | 0,4 %          | 11                   | 0,1                |
| <b>Totalt OUS</b>                                    | <b>18 443</b> | <b>100,0 %</b> | <b>17 376</b> | <b>100,0 %</b> | <b>-1 068</b>        | <b>0,0</b>         |

# Bemanning

## Brutto månedsverk per klinikk

| Brutto månedsverk | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA               | 3 001         | 2 937         | 2 949         | 2 969         | 2 944         | 2 951            | 2 408         | 2 331         | 2 314         | 2 307         | 2 369         | -575                      | -582                   | -13                              |
| MED               | 1 615         | 1 638         | 1 646         | 1 640         | 1 647         | 1 642            | 1 320         | 1 310         | 1 317         | 1 331         | 1 363         | -285                      | -279                   | 43                               |
| KKN               | 2 049         | 2 060         | 2 071         | 2 088         | 2 025         | 2 073            | 2 153         | 2 097         | 2 094         | 2 078         | 2 084         | 58                        | 11                     | 70                               |
| KVB               | 1 805         | 1 796         | 1 801         | 1 798         | 1 795         | 1 798            | 1 748         | 1 740         | 1 754         | 1 745         | 1 760         | -36                       | -39                    | 67                               |
| KRK               | 1 792         | 1 784         | 1 781         | 1 791         | 1 773         | 1 785            | 1 777         | 1 751         | 1 743         | 1 733         | 1 753         | -20                       | -32                    | 5                                |
| HLK               | 736           | 726           | 733           | 732           | 734           | 731              | 798           | 791           | 784           | 786           | 772           | 38                        | 41                     | 61                               |
| SMK               | 757           | 757           | 756           | 751           | 749           | 755              | 759           | 743           | 735           | 736           | 741           | -7                        | -13                    | 11                               |
| AKU               | 2 287         | 2 289         | 2 284         | 2 299         | 2 289         | 2 291            | 2 299         | 2 265         | 2 248         | 2 263         | 2 252         | -37                       | -39                    | 80                               |
| KDI               | 2 132         | 2 141         | 2 150         | 2 157         | 2 138         | 2 149            | 2 109         | 2 111         | 2 096         | 2 090         | 2 082         | -56                       | -67                    | 72                               |
| KRG               | 113           | 115           | 116           | 119           | 115           | 117              | 126           | 126           | 127           | 128           | 122           | 7                         | 6                      | 9                                |
| OSS               | 1 884         | 1 840         | 1 855         | 1 858         | 1 879         | 1 851            | 1 771         | 1 724         | 1 718         | 1 723         | 1 765         | -114                      | -86                    | 40                               |
| STA               | 321           | 325           | 321           | 332           | 338           | 326              | 304           | 305           | 303           | 301           | 309           | -28                       | -17                    | 10                               |
| <b>OUS</b>        | <b>18 585</b> | <b>18 416</b> | <b>18 469</b> | <b>18 540</b> | <b>18 443</b> | <b>18 475</b>    | <b>17 575</b> | <b>17 298</b> | <b>17 236</b> | <b>17 226</b> | <b>17 376</b> | <b>-1 068</b>             | <b>-1 099</b>          | <b>460</b>                       |

| Brutto månedsverk, ekst. fin. | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA                           | 2 930         | 2 865         | 2 875         | 2 898         | 2 874         | 2 880            | 2 316         | 2 239         | 2 220         | 2 215         | 2 280         | -594                      | -600                   | -45                              |
| MED                           | 1 550         | 1 575         | 1 582         | 1 576         | 1 579         | 1 578            | 1 251         | 1 239         | 1 246         | 1 259         | 1 295         | -285                      | -283                   | 7                                |
| KKN                           | 2 010         | 2 019         | 2 028         | 2 045         | 1 984         | 2 031            | 2 115         | 2 059         | 2 051         | 2 033         | 2 046         | 61                        | 15                     | 73                               |
| KVB                           | 1 679         | 1 667         | 1 671         | 1 667         | 1 673         | 1 668            | 1 610         | 1 598         | 1 611         | 1 600         | 1 620         | -53                       | -49                    | 59                               |
| KRK                           | 1 510         | 1 503         | 1 501         | 1 510         | 1 490         | 1 505            | 1 474         | 1 450         | 1 439         | 1 432         | 1 459         | -30                       | -46                    | 7                                |
| HLK                           | 711           | 702           | 710           | 709           | 710           | 707              | 766           | 757           | 750           | 752           | 745           | 35                        | 39                     | 55                               |
| SMK                           | 691           | 693           | 703           | 710           | 690           | 702              | 697           | 684           | 686           | 692           | 688           | -2                        | -14                    | 23                               |
| AKU                           | 2 280         | 2 282         | 2 276         | 2 290         | 2 282         | 2 283            | 2 293         | 2 259         | 2 239         | 2 255         | 2 245         | -37                       | -38                    | 79                               |
| KDI                           | 1 932         | 1 936         | 1 936         | 1 943         | 1 938         | 1 939            | 1 894         | 1 891         | 1 876         | 1 870         | 1 869         | -69                       | -69                    | 41                               |
| KRG                           | 1             | 0             | 0             | 0             | 0             | 0                | 0             | 0             | 0             | 0             | 0             | 0                         |                        | -                                |
| OSS                           | 1 883         | 1 839         | 1 854         | 1 857         | 1 878         | 1 850            | 1 771         | 1 724         | 1 717         | 1 722         | 1 764         | -114                      | -86                    | 39                               |
| STA                           | 313           | 317           | 311           | 322           | 330           | 317              | 260           | 257           | 255           | 255           | 265           | -65                       | -52                    | 20                               |
| <b>OUS</b>                    | <b>17 579</b> | <b>17 401</b> | <b>17 452</b> | <b>17 531</b> | <b>17 441</b> | <b>17 461</b>    | <b>16 449</b> | <b>16 158</b> | <b>16 091</b> | <b>16 088</b> | <b>16 278</b> | <b>-1 163</b>             | <b>-1 184</b>          | <b>359</b>                       |



# Bemanning

## Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

| Månedsværk månedslønnede     | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|
| PHA                          | 2 574         | 2 569         | 2 587         | 2 585         | 2 584         | 2 581            | 2 029         | 2 040         | 2 036         | 2 024         | 2 048         | -536                      | -533                   | -46                              |
| MED                          | 1 468         | 1 490         | 1 505         | 1 487         | 1 500         | 1 494            | 1 187         | 1 189         | 1 196         | 1 195         | 1 234         | -266                      | -260                   | 23                               |
| KKN                          | 1 881         | 1 905         | 1 910         | 1 919         | 1 886         | 1 911            | 1 941         | 1 937         | 1 934         | 1 931         | 1 925         | 40                        | 14                     | 28                               |
| KVB                          | 1 680         | 1 689         | 1 688         | 1 685         | 1 694         | 1 688            | 1 620         | 1 629         | 1 634         | 1 630         | 1 650         | -44                       | -38                    | 44                               |
| KRK                          | 1 702         | 1 709         | 1 694         | 1 707         | 1 700         | 1 703            | 1 667         | 1 667         | 1 668         | 1 664         | 1 672         | -28                       | -32                    | 4                                |
| HLK                          | 675           | 677           | 676           | 680           | 686           | 677              | 725           | 735           | 728           | 731           | 719           | 33                        | 42                     | 44                               |
| SMK                          | 717           | 726           | 712           | 715           | 716           | 718              | 712           | 710           | 700           | 703           | 706           | -10                       | -12                    | 10                               |
| AKU                          | 2 073         | 2 072         | 2 072         | 2 066         | 2 078         | 2 070            | 2 009         | 2 018         | 2 010         | 2 008         | 2 017         | -61                       | -53                    | 33                               |
| KDI                          | 2 070         | 2 076         | 2 081         | 2 085         | 2 079         | 2 081            | 2 013         | 2 031         | 2 025         | 2 017         | 2 009         | -69                       | -71                    | 65                               |
| KRG                          | 111           | 113           | 112           | 115           | 112           | 113              | 124           | 124           | 126           | 126           | 120           | 7                         | 7                      | 9                                |
| OSS                          | 1 637         | 1 631         | 1 630         | 1 642         | 1 687         | 1 634            | 1 566         | 1 569         | 1 565         | 1 574         | 1 595         | -92                       | -39                    | 9                                |
| STA                          | 319           | 320           | 319           | 326           | 334           | 322              | 303           | 304           | 301           | 299           | 308           | -26                       | -14                    | 9                                |
| <b>OUS</b>                   | <b>16 912</b> | <b>16 982</b> | <b>16 993</b> | <b>17 019</b> | <b>17 064</b> | <b>16 998</b>    | <b>15 898</b> | <b>15 957</b> | <b>15 926</b> | <b>15 905</b> | <b>16 008</b> | <b>-1 056</b>             | <b>-990</b>            | 241                              |
| Månedsværk variabelt lønnede | sep           | okt           | nov           | des           | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept          | okt           | nov           | des           | Hittil i år   | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor | Restutfordring ift prognose 2011 |
| PHA                          | 427           | 368           | 361           | 384           | 360           | 371              | 379           | 291           | 278           | 283           | 321           | -39                       | -50                    | 33                               |
| MED                          | 147           | 149           | 141           | 154           | 147           | 148              | 133           | 121           | 121           | 135           | 129           | -18                       | -19                    | 19                               |
| KKN                          | 168           | 156           | 161           | 169           | 140           | 162              | 213           | 160           | 160           | 147           | 158           | 19                        | -3                     | 42                               |
| KVB                          | 125           | 107           | 113           | 113           | 101           | 111              | 128           | 110           | 120           | 115           | 109           | 8                         | -1                     | 22                               |
| KRK                          | 89            | 75            | 86            | 84            | 73            | 82               | 110           | 84            | 76            | 69            | 81            | 8                         | -1                     | 1                                |
| HLK                          | 62            | 49            | 58            | 53            | 48            | 53               | 73            | 56            | 56            | 55            | 53            | 5                         | -1                     | 17                               |
| SMK                          | 40            | 31            | 43            | 36            | 33            | 37               | 47            | 33            | 35            | 33            | 35            | 2                         | -2                     | 1                                |
| AKU                          | 214           | 217           | 213           | 232           | 211           | 221              | 290           | 247           | 238           | 255           | 235           | 24                        | 14                     | 47                               |
| KDI                          | 62            | 65            | 69            | 72            | 59            | 69               | 96            | 81            | 71            | 74            | 73            | 13                        | 4                      | 8                                |
| KRG                          | 3             | 3             | 4             | 3             | 3             | 3                | 2             | 2             | 1             | 3             | 2             | -1                        | -1                     | -0                               |
| OSS                          | 247           | 210           | 225           | 215           | 192           | 217              | 206           | 156           | 153           | 149           | 169           | -23                       | -47                    | 31                               |
| STA                          | 2             | 5             | 3             | 6             | 4             | 4                | 1             | 1             | 2             | 2             | 2             | -2                        | -3                     | 1                                |
| <b>OUS</b>                   | <b>1 673</b>  | <b>1 434</b>  | <b>1 476</b>  | <b>1 520</b>  | <b>1 379</b>  | <b>1 477</b>     | <b>1 677</b>  | <b>1 342</b>  | <b>1 311</b>  | <b>1 321</b>  | <b>1 368</b>  | <b>-11</b>                | <b>-109</b>            | 220                              |



# Bemanning

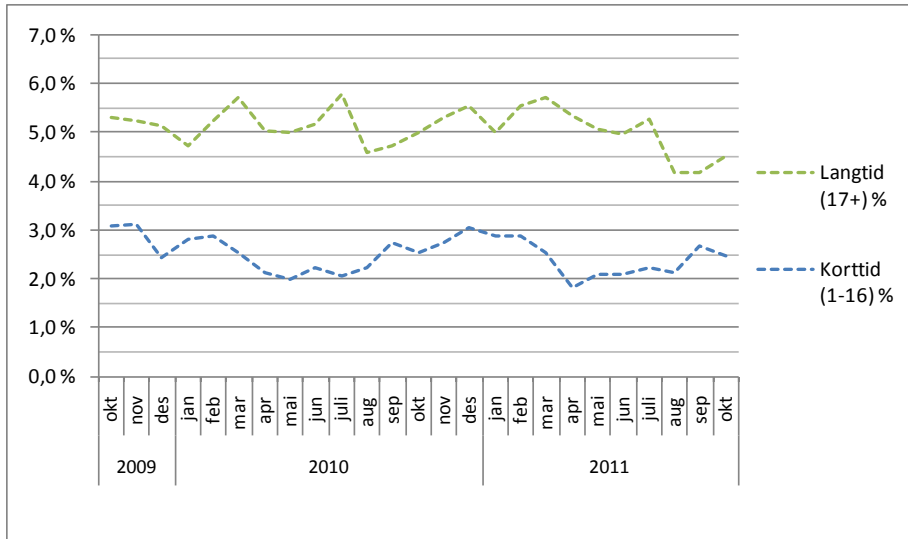
## Innleie av helsepersonell per klinikk (kostnader omregnet til årsverk)

| Innleie fra vikarbyrå | sep          | okt          | nov          | des          | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept         | okt          | nov        | des      | Hittil i år  | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|------------|----------|--------------|---------------------------|------------------------|
| PHA                   | 7,8          | 6,3          | 5,7          | 17,7         | 4,1           | 9,9              | 2,8          | 3,8          | 2,3        | -        | 7,9          | 3,7                       | -2,0                   |
| MED                   | 17,1         | 11,7         | 24,0         | 27,1         | 17,5          | 21,0             | 11,3         | 17,8         | 22,0       | -        | 15,6         | -1,9                      | -5,4                   |
| KKN                   | 11,5         | 23,9         | 50,2         | 73,9         | 24,8          | 49,3             | 26,9         | 30,1         | 36,2       | -        | 27,7         | 2,9                       | -21,6                  |
| KVB                   | 18,9         | 21,4         | 24,3         | 36,2         | 21,9          | 27,3             | 44,4         | 39,0         | 35,7       | -        | 34,2         | 12,3                      | 6,9                    |
| KRK                   | 16,2         | 14,5         | 15,7         | 23,5         | 12,2          | 17,9             | 12,8         | 7,4          | 12,3       | -        | 12,1         | -0,1                      | -5,8                   |
| HLK                   | 27,1         | 24,7         | 26,0         | 46,7         | 22,3          | 32,5             | 10,1         | 13,5         | 16,3       | -        | 16,8         | -5,5                      | -15,6                  |
| SMK                   | 8,0          | 9,3          | 8,7          | 19,4         | 9,7           | 12,4             | 9,6          | 13,5         | 16,9       | -        | 12,1         | 2,4                       | -0,3                   |
| AKU                   | 52,7         | 45,2         | 46,6         | 50,3         | 43,3          | 47,4             | 53,4         | 57,8         | 60,0       | -        | 48,3         | 5,0                       | 1,0                    |
| KDI                   | 5,6          | 5,3          | 6,5          | 11,8         | 4,5           | 7,8              | 3,0          | 2,9          | 0,0        | -        | 5,5          | 1,0                       | -2,3                   |
| KRG                   | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0           | 0,0              | -            | -            | -          | -        | 0,0          | 0,0                       | 0,0                    |
| OSS                   | -11,4        | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,1           | 0,0              | 0,6          | -            | 0,5        | -        | 0,3          | 0,2                       | 0,3                    |
| STA                   | -1,1         | 0,0          | 0,0          | 0,0          | 0,0           | 0,0              | -            | -            | -          | -        | 0,0          | 0,0                       | 0,0                    |
| <b>SUM</b>            | <b>152,3</b> | <b>162,2</b> | <b>207,6</b> | <b>306,6</b> | <b>160,6</b>  | <b>225,5</b>     | <b>178,3</b> | <b>182,1</b> | <b>205</b> | <b>-</b> | <b>180,9</b> | <b>20,3</b>               | <b>-44,6</b>           |

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.

# Utvikling sykefravær



## Sykefraværslengder, per oktober

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



# Sykefravær per klinikk

| Sykefraværsprosent | sep        | okt        | nov        | des        | Hittil i fjor | 4. kvartal ifjor | sept       | okt      | nov | des | Hittil i år | Endring fra hittil i fjor | Endring fra 4.kv ifjor |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------------|------------|----------|-----|-----|-------------|---------------------------|------------------------|
| PHA                | 8,4        | 8,6        | 8,7        | 9,2        | 8,1           | 8,8              | 7,0        | 7,1      | -   | -   | 7,8         | -0,3                      | -1,0                   |
| MED                | 6,4        | 6,6        | 7,0        | 7,7        | 6,9           | 7,1              | 5,9        | 6,5      | -   | -   | 6,6         | -0,3                      | -0,5                   |
| KKN                | 7,1        | 7,5        | 8,4        | 8,1        | 7,2           | 8,0              | 6,5        | 6,5      | -   | -   | 7,5         | 0,2                       | -0,5                   |
| KVB                | 6,2        | 6,4        | 7,3        | 8,6        | 6,8           | 7,4              | 7,8        | 7,7      | -   | -   | 7,5         | 0,6                       | 0,0                    |
| KRK                | 5,8        | 6,0        | 6,9        | 7,6        | 6,5           | 6,8              | 5,7        | 5,7      | -   | -   | 6,2         | -0,3                      | -0,6                   |
| HLK                | 5,7        | 5,0        | 5,4        | 5,7        | 6,7           | 5,4              | 5,6        | 5,7      | -   | -   | 5,7         | -0,9                      | 0,4                    |
| SMK                | 6,4        | 7,4        | 7,5        | 8,4        | 7,0           | 7,7              | 6,3        | 5,8      | -   | -   | 6,8         | -0,1                      | -0,9                   |
| AKU                | 8,5        | 8,1        | 8,8        | 9,4        | 7,9           | 8,8              | 8,0        | 7,9      | -   | -   | 8,1         | 0,2                       | -0,6                   |
| KDI                | 6,8        | 6,7        | 7,2        | 8,1        | 6,5           | 7,3              | 6,0        | 6,1      | -   | -   | 6,2         | -0,2                      | -1,1                   |
| KRG                | 5,0        | 5,1        | 5,0        | 6,1        | 5,0           | 5,4              | 4,0        | 5,4      | -   | -   | 5,0         | 0,1                       | -0,4                   |
| OSS                | 10,7       | 10,9       | 11,4       | 11,3       | 10,0          | 11,2             | 9,0        | 9,6      | -   | -   | 9,8         | -0,1                      | -1,4                   |
| STA                | 3,5        | 3,2        | 3,3        | 3,1        | 3,4           | 3,2              | 3,2        | 3,5      | -   | -   | 3,8         | 0,4                       | 0,6                    |
| <b>OUS</b>         | <b>7,4</b> | <b>7,5</b> | <b>8,0</b> | <b>8,6</b> | <b>7,4</b>    | <b>8,1</b>       | <b>6,9</b> | <b>7</b> | -   | -   | <b>7,4</b>  | <b>-0,1</b>               | <b>-0,7</b>            |

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity.



**Oslo universitetssykehus HF**

**Styremøte 15. desember 2011**

| <b>Oversikt over tabeller til styresak 143/2011 Budsjett 2012</b> |  |
|---|--|
| 1.  | Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2012                     |
| 2.  | Andre inntektsforutsetninger                                 |
| 3.1   | Måltall for somatikk 2012                                    |
| 3.2   | Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2012    |
| 4.  | Resultatbudsjett 2012  |
| 5.  | Rammetildeling til klinikkene 2012                           |
| 6.  | Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2012 |
| 7.  | Bemanningsbudsjett for 2012                                  |
| 8.  | Investeringsbudsjett for 2012                                |
| 9.  | Estimert kontantstrøm for 2012                               |
| 10.   | Estimert balanse for 2012                                    |
|   |  |

TABELL 1 - Inntektsramme 2012

Beløp i tusen kroner

| Inntektsramme 2012  | Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF 05.12.2011 |
|---|--|
| <b>Basisramme foregående år, 2011</b>   | <b>9 527 091</b>                               |
| <b>Justeringer 2011:</b>  |  |
| Gjestepasientoppgjør VOP 2011, korrigeret pga datafeil                        | -5 237   |
| Insentivmidler til økte praksisplasser, videreføring av tilskudd fra 2011     | 1 285  |
| <b>Strukturelle endringer:</b>  |  |
| 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  |
| <b>Implementering av inntektsmodeller:</b>                                    |  |
| Somatikk  | -90 937  |
| Psykisk helsevern   | -41 695  |
| TSB   | -3 758   |
| Pensjon   | -6 200   |
| Kapital   | -11 418  |
| Korrigerings somatikk- modellen-privat rehab.                                 | 41 254   |
| <b>Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF:</b>                                 |  |
| 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   |
| <b>Basisramme 2012 før statsbudsjettet</b>                                    | <b>9 291 884</b>                               |
| Lønns- og prisvekst 2012 (3,10%) Grunnlag 9.291,884 mill.kr                   | 288 100  |
| <b>Andre endringer fra Prop. 1:</b>   |  |
| 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, korrigerings sfa 3,3% økt enhetspris                 | 1 195  |
| <b>Nye tiltak 2012:</b>   |  |
| 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  |
| Fylkesandeler, ny beregning   | 10 000   |
| Kompetansetjenester, videreføring av regionale tilbud                         | 7 500  |
| <b>Basisramme 2012</b>  | <b>9 920 024</b>                               |
| Fra post 78, øremerket fra HOD  | 214 067  |
| Strategiske midler, fra post 72   | 156 344  |
| <b>Sum forskning</b>  | <b>370 411</b>                                 |
| Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78                     | 67 220   |
| Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78                                    | 95 921   |
| <b>Sum kompetansesentre</b>   | <b>163 141</b>                                 |
| 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  |
| <b>Sum statlige tilskudd</b>  | <b>217 507</b>                                 |
| <b>Sum faste inntekter 2012</b>   | <b>10 671 083</b>                              |
| ISF- døgn, dag, poliklinikk (191.753 Drg-poeng = "Sørge for ansvar")          | 2 930 676                                      |
| ISF - Biologiske legemidler   | 0  |
| ISF - Posedialyse   | 5 262  |
| KMF-refusjoner (20%)  | 0  |
| <b>Sum ISF- refusjoner</b>  | <b>2 935 938</b>                               |
| <b>Inntekter i alt 2012</b>   | <b>13 607 021</b>                              |



**TABELL 3.1 - Måltall for somatikk 2012**

| <b>Døgnbehandling</b>                       | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|---|----------------------|---------------------|----------------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 105 913              | 105 913             | 104 094              |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling           | 498 790              | 490 790             | 473 749              |

| <b>Dagbehandling</b>   | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Antall dagbehandlinger | 75 358               | 75 358              | 70 747               |

| <b>Poliklinisk virksomhet</b>                      | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|--|----------------------|---------------------|----------------------|
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 731 035              | 767 587             | 767 130              |

| <b>Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus</b>   | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|---|----------------------|---------------------|----------------------|
| Sum DRG totalt for biologiske legemidler for alle pasienter hvor resept er utstedt fra eget HF (eieransvaret) | 1 928                | 1 928               | 1 928                |

| <b>Totalt antall DRG-poeng</b>  | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|---|----------------------|---------------------|----------------------|
| Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pasienter fra egen region)  | 194 521              | 201 449             | 191 753              |
| Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem. - resept utstedt av eget HF.) | 212 221              | 215 921             | 206 527              |

**TABELL 3.2 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2012**

|   | Måltall 2011 | Estimat 2011 | Måltall 2012 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| <b>Psykisk helsevern</b>  |              |              |              |
| <b>Psykisk helsevern for voksne (VOP)</b>                                 |              |              |              |
| <b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>              |              |              |              |
| 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       |
| <b>Kjøp fra private institusjoner (VOP)</b>                               |              |              |              |
| Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt                               |              | 11           | 12           |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt   | 11 000       | 11 000       | 11 000       |
| <b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>  |              |              |              |
| 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       | 49 189       |
| <b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)</b> |              |              |              |
| 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        |
| Antall polikliniske konsultasjoner uten refusjon                          | 11 369       | 13 000       | 11 631       |

**TABELL 4 - Resultatbudsjett 2012**

Beløp i tusen kroner

| <b>Resultatbudsjett</b>                                 | <b>Budsjett 2011</b> | <b>Estimat 2011 1)</b> | <b>Budsjett 2012</b> |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| Basisramme  | 9 924 662            | 9 924 662              | 10 076 368           |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling                     | 2 392 313            | 2 346 071              | 2 335 479            |
| ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet             | 497 119              | 616 286                | 567 806              |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering                   | 0                    | 0                      | 0                    |
| ISF-refusjon kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus | 28 509               | 28 509                 | 29 468               |
| Utskrivningsklare pasienter                             | 0                    | 0                      | 23 966               |
| Gjestepasienter   | 505 603              | 435 603                | 477 458              |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 971 678            | 2 066 678              | 2 011 022            |
| Polikliniske inntekter                                  | 392 943              | 397 943                | 411 115              |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"                    | 19 172               | 24 172                 | 24 862               |
| Andre øremerkede tilskudd 2)                            | 984 836              | 937 836                | 839 166              |
| Andre driftsinntekter                                   | 646 159              | 716 159                | 686 063              |
| <b>Sum driftsinntekter</b>                              | <b>17 362 994</b>    | <b>17 493 919</b>      | <b>17 482 773</b>    |
| Kjøp av offentlige helsetjenester                       | 58 913               | 108 913                | 128 346              |
| Kjøp av private helsetjenester                          | 198 428              | 203 428                | 139 711              |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 016 163            | 2 136 163              | 1 970 539            |
| Innleid arbeidskraft                                    | 86 574               | 146 574                | 84 788               |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 77 084               | 57 084                 | 62 746               |
| Lønn til fast ansatte                                   | 8 232 565            | 8 192 565              | 8 131 584            |
| Overtid og ekstrahjelp                                  | 540 231              | 990 231                | 786 258              |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift                         | 2 070 279            | 2 144 279              | 2 073 365            |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft     | -434 416             | -539 416               | -464 198             |
| Annen lønn  | 1 394 434            | 1 444 434              | 1 433 141            |
| Avskrivninger   | 905 635              | 885 635                | 800 000              |
| Nedskrivninger  | 0                    | 0                      | 0                    |
| Andre driftskostnader                                   | 2 516 258            | 2 553 183              | 2 588 926            |
| <b>Sum driftskostnader</b>                              | <b>17 662 148</b>    | <b>18 323 073</b>      | <b>17 735 206</b>    |
| <b>Driftsresultat</b>                                   | <b>-299 154</b>      | <b>-829 154</b>        | <b>-252 433</b>      |
| Finansinntekter   | 28 887               | 28 887                 | 18 394               |
| Finanskostnader   | 129 733              | 119 733                | 165 961              |
| <b>Finansresultat</b>                                   | <b>-100 846</b>      | <b>-90 846</b>         | <b>-147 567</b>      |
| <b>Ordinært resultat</b>                                | <b>-400 000</b>      | <b>-920 000</b>        | <b>-400 000</b>      |

Noter:

- 1) Estimat 2011 er iht rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF pr. 31.10.2011. Oppdateres etter rapportering for november
- 2) Nivået på klinikkens øremerkede tilskudd er ikke endelig fastsatt
- 3) Budsjett per linje kan bli noe endret i avslutningen av detaljbudsjetteringen før leveranse av periodisert budsjett til Helse Sør-Øst RHF 12.01.2012.

**TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2012**

Beløp i tusen kroner

| Klinikk 1) |   | Eksterne inntekter    |                   |                         | Utgiftsramme          |                   |                         | DRG-poeng 2)          |                   |                         |
|------------|---|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|
|            |   | 2012<br>Ordinær drift | 2012<br>Øremerket | 2012<br>Totalt budsjett | 2012<br>Ordinær drift | 2012<br>Øremerket | 2012<br>Totalt budsjett | 2012<br>Ordinær drift | 2012<br>Øremerket | 2012<br>Totalt budsjett |
| A          | Klinikk psykisk helse og avhengighet          | 254 831               | 63 870            | 318 701                 | 1 617 743             | 63 870            | 1 681 613               | 0                     | 0                 | 0                       |
| B          | Medisinsk klinikk                             | 49 524                | 53 836            | 103 360                 | 906 405               | 53 836            | 960 241                 | 27 072                | 0                 | 27 072                  |
| C          | Klinikk for kirurgi og nevrofag               | 278 313               | 38 555            | 316 868                 | 1 575 480             | 38 555            | 1 614 035               | 51 054                | 0                 | 51 054                  |
| D          | Kvinne- og barneklubben                       | 56 266                | 141 178           | 197 444                 | 1 178 255             | 141 178           | 1 319 433               | 33 193                | 0                 | 33 193                  |
| EG         | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 67 923                | 250 101           | 318 024                 | 1 642 593             | 250 101           | 1 892 694               | 61 695                | 0                 | 61 695                  |
| F          | Hjerte-, lunge- og karklubben                 | 8 095                 | 37 166            | 45 261                  | 734 693               | 37 166            | 771 859                 | 29 893                | 0                 | 29 893                  |
| H          | Akuttklubben                                  | 21 532                | 11 991            | 33 523                  | 1 880 136             | 11 991            | 1 892 127               | 7 798                 | 0                 | 7 798                   |
| I          | Klinikk for diagnostikk og intervensjon       | 427 067               | 169 914           | 596 981                 | 1 639 783             | 169 914           | 1 809 697               | 70                    | 0                 | 70                      |
| J          | Oslo sykehuservice                            | 191 672               | 2 500             | 194 172                 | 1 763 236             | 2 500             | 1 765 736               | 0                     | 0                 | 0                       |
|            | Stab, eksklusiv IKT                           | 2 585                 | 161 018           | 163 603                 | 345 277               | 161 018           | 506 295                 | 0                     | 0                 | 0                       |
|            | Stab, IKT                                     | 0                     | 0                 | 0                       | 754 604               | 0                 | 754 604                 | 0                     | 0                 | 0                       |
|            | Kreftregisteret                               | 0                     | 129 027           | 129 027                 | 0                     | 129 027           | 129 027                 | 0                     | 0                 | 0                       |
|            | Fellesposter u/finans 3) 4)                   | 15 065 809            | 0                 | 15 065 809              | 2 637 845             | 0                 | 2 637 845               | 1 928                 | 0                 | 1 928                   |
|            | Fellesposter, DRG-groupereffekt mv            | 0                     | 0                 | 0                       | 0                     | 0                 | 0                       | -6 176                | 0                 | -6 176                  |
|            | <b>Sum Klinikker mv</b>                       | <b>16 423 617</b>     | <b>1 059 156</b>  | <b>17 482 773</b>       | <b>16 676 050</b>     | <b>1 059 156</b>  | <b>17 735 206</b>       | <b>206 527</b>        | <b>0</b>          | <b>206 527</b>          |

Noter:

1. Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkens budsjetter.
2. Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i registreringspraksis, intern fordeling, nye DRG-vekter, ny grupper mv.
3. Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
4. Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger hos klinikkene), overlegepermisjoner, biologiske legemidler, gjestepasienter, avskrivninger og en risikoavsetning



**TABELL 6 - Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2012**

Beløp i tusen kroner

| <b>Utgiftsrammer 2011</b>     |  | <b>1 697 866</b> |
|-------------------------------|--|------------------|
| Endringer gjennom 2011        | Budsjettrevisjoner tom Lønnsoppgjør 2010                     | 43 990           |
|                               | Budsjettrevisjoner 2011                                      | -447             |
|                               | Overføring til andre klinikker, utdanningsstipendier         | -1 100           |
|                               | Overføring til andre klinikker                               | -3 291           |
| Endringer for 2012            | Balanserte endringer knyttet til øremerkede inntekter        | 0                |
|                               | Balanserte endringer knyttet til klinikkens ordinære drift   | -36 581          |
|                               | Prisjustering drift 2012                                     | 4 464            |
| Nasjonale kompetansetjenester | Prisjustering eksisterende tjenester ( 3,3%)                 | 766              |
|                               | Tildeling av 2 nye kompetansetjenester                       | 4 449            |
| Tildelinger fra HSØ           | LAR, overføring til Ahus                                     | -21 725          |
|                               | Korreksjon TSB hovedstaden                                   | -23 000          |
|                               | Kompensasjon for bortfall av historisk gjestepas.oppgjør TSB | 4 000            |
|                               | Gjestepasientoppgjør VOP 2011,korrigert pga datafeil         | -5 237           |
|                               | RASP- utvidet kapasitet (spiseforstyrrelser)                 | 10 000           |
|                               | Hørsel og psykisk helse- årseffekt av bevilgning 2011        | 1 650            |
|                               | Hørsel og psykisk helse, utvidet døgntilbud                  | 3 300            |
|                               | Særreaksjonsordning, dømt til behandling                     | 1 500            |
|                               | Soningsenhet for ungdom under 18 år                          | 989              |
|                               | Prisjustering av dommerassistert narkotikaprogram            | 20               |
| <b>Budsjett 2012</b>          |  | <b>1 681 613</b> |

| <b>Eksterne inntekter 2011</b>          |  | <b>336 588</b> |
|---|--|----------------|
| Endringer for 2012                      | Balanserte endringer knyttet til øremerkede inntekter      | 0              |
|   | Balanserte endringer knyttet til klinikkens ordinære drift | -36 581        |
|   | Prisjustering (Gjestepas, pol. kons. og andre innt. 3,3%)  | 8 594          |
| Nasjonale kompetansetjenester           | Prisjustering eksisterende tjenester ( 3,3%)               | 766            |
|   | Tildeling av 2 nye kompetansetjenester                     | 4 449          |
| Tildelinger fra HSØ                     | Særreaksjonsordning, dømt til behandling                   | 1 500          |
|   | Soningsenhet for ungdom under 18 år                        | 989            |
|   | Insentivmidler poliklinikk psyk. (HSØ)                     | 2 376          |
|   | Prisjustering av dommerassistert narkotikaprogram          | 20             |
| <b>Budsjett eksterne inntekter 2012</b> |  | <b>318 701</b> |

**TABELL 7 - Bemanningsbudsjett for 2012**

| Klinikk |   | Brutto årsverk 1)        |               |
|---------|---|--------------------------|---------------|
|         |   | Faktisk pr november 2011 | Budsjett 2012 |
| A       | Klinikk psykisk helse og avhengighet          | 2 311                    | 2 212         |
| B       | Medisinsk klinikk                             | 1 317                    | 1 193         |
| C       | Klinikk for kirurgi og nevrofag               | 2 094                    | 1 918         |
| D       | Kvinne- og barneklirikken                     | 1 754                    | 1 730         |
| EG      | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 2 479                    | 2 372         |
| F       | Hjerte-, lunge- og karklinikken               | 783                      | 730           |
| H       | Akuttlinikken                                 | 2 247                    | 2 146         |
| I       | Klinikk for diagnostikk og intervensjon       | 2 096                    | 2 069         |
| J       | Oslo sykehuservice                            | 1 717                    | 1 560         |
|         | Kreftregisteret                               | 127                      | 127           |
|         | Staben 2)                                     | 306                      | 332           |
|         | <b>OUS Totalt</b>                             | <b>17 230</b>            | <b>16 389</b> |

- 1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte
- 2) Økningen i brutto årsverk for Staben skyldes at Behandlingsreiser er overført til Staben fra Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon. I tillegg er det en økning i budsjetterte årsverk for tillitsvalgte
- 3) Konvertering av lønnsmodell for overleger (A2 - Alternativ modell) kan påvirke budsjetterte brutto årsverk for 2012

**TABELL 8 - Investeringsbudsjett for 2012**

Beløp i millioner kroner

| Ordinær drift                          | Budsjett 2012 |
|--|---------------|
| IKT 1)                                 | 20            |
| Medisinskteknisk utstyr                | 158           |
| Bygg                                   | 75            |
| Annet                                  | 62            |
| <b>Sum investeringer ordinær drift</b> | <b>315</b>    |

1) Investeringer i IKT balanseføres i regnskapet til Sykehuspartner

| Omstilling  | Budsjett 2012 |
|---|---------------|
| Omstillingsinvesteringer (inkludert Dag 4 - arealprosjekter) 2) | 572           |

2) Finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Sør-Øst RHF

| IKT (forutsatt regionalt finansiert) | 2012       |
|--------------------------------------|------------|
| Felles klinisk informasjonsgrunnlag  | 110        |
| Nytt stråleterapisystem              | 13         |
| Fødejournal                          | 20         |
| Felles IKT-plattform (Fase 1)        | 3          |
| <b>Sum IKT</b>                       | <b>146</b> |

| Delprosjekt            | Dag 4- arealprosjekter   | 2010-2011  | 2012       |
|------------------------|--|------------|------------|
| DP00                   | Prosjektledelse og fellestiltak  | 16         | 7          |
| DP03                   | MR RH  | 18         | 25         |
| DP04                   | CT RH  | 22         |            |
| DP05                   | Nytt akutbygg Ullevål  | 30         | 140        |
| DP07                   | Postop og intensiv RH  | 10         | 9          |
| DP08                   | CT DNR   |            | 10         |
| DP09                   | Flytting kontorbrakker Ullevål   | 2          |            |
| DP12                   | Generell gynekologi  | 2          |            |
| DP15                   | Diagnostikk og intervensjon  | 6          | 25         |
| DP16                   | Vaskulær nevrokirurgi  | 1          |            |
| DP18                   | Kardiologi og onkologi barn  | 5          | 2          |
| DP19                   | Flytting administrasjon  | 0          |            |
| DP21                   | Hematologi   | 9          | 7          |
| DP24                   | Gynekologisk onkologi  | 5          | 29         |
| DP29                   | Plastikk og kjevekirurgi   | 13         |            |
| DP31                   | UPS RH   |            | 11         |
| DP 32                  | Adgangskontroll RH   |            | 3          |
| DP33                   | Infrastruktur RH   |            | 5          |
| OP 1                   | 8.etasje Radiumhospitalet  | 17         |            |
| OP 2                   | Automatisering lab KDI   | 17         |            |
| OP 3                   | IKT basisplattform   | 14         |            |
| OP 4                   | Kjøkken  | 10         |            |
| OP 5                   | Annet  | 7          |            |
|                        | Planleggingsutgifter div delprosjekter (DP 01, 02, 06, 13, 20, 23, 30) | 16         | 5          |
|                        | Reserve, uspesifisert provisorier                                      |            | 10         |
| <b>Sum grønn liste</b> |  | <b>219</b> | <b>286</b> |

## TABELL 9 - Estimert kontantstrøm for 2012

Beløp i millioner kroner

| <b>Forenklet fremstilling av kontantstrøm</b>                 | <b>Estimat 2012</b> |
|---|---------------------|
| <b>Inngående likviditetsbeholdning</b>                        | <b>-3 305</b>       |
| <i>Årsresultat</i>  | <i>-400</i>         |
| <i>Finansiering av investeringer til ordinær drift</i>        | <i>315</i>          |
| <i>Andre poster</i>   | <i>-349</i>         |
| <b>Likviditetsstrøm fra drift</b>                             | <b>-433</b>         |
| Likviditetsstrøm fra investeringer til ordinær drift          | <b>-315</b>         |
| Likviditetsstrøm fra omstillingsinvesteringer                 | <b>-572</b>         |
| Likviditetsstrøm fra finansiering av omstillingsinvesteringer | <b>500</b>          |
| <b>Utgående likviditetsbeholdning</b>                         | <b>-4 126</b>       |

## TABELL 10 - Estimert balanse for 2012

Beløp i millioner kroner

| <b>EIENDELER</b>                           | <b>01.01.2009</b> | <b>31.12.2009</b> | <b>31.12.2010</b> | <b>Estimat 31.12.2011</b> | <b>Estimat 31.12.2012</b> |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom    | 10 316            | 10 762            | 10 622            | 10 047                    | 9 546                     |
| MTU, inventar, transportmidler og lignende | 1 697             | 1 350             | 1 315             | 1 317                     | 1 333                     |
| Anlegg under utførelse                     | 1 696             | 987               | 554               | 404                       | 976                       |
| <b>Sum varige driftsmidler</b>             | <b>13 710</b>     | <b>13 099</b>     | <b>12 491</b>     | <b>11 769</b>             | <b>11 856</b>             |
| <b>Sum finansielle anleggsmidler</b>       | <b>961</b>        | <b>2 681</b>      | <b>4 555</b>      | <b>4 845</b>              | <b>5 084</b>              |
| <b>Sum omløpsmidler</b>                    | <b>2 752</b>      | <b>1 579</b>      | <b>1 540</b>      | <b>1 701</b>              | <b>1 701</b>              |
| <b>SUM EIENDELER</b>                       | <b>17 424</b>     | <b>17 359</b>     | <b>18 585</b>     | <b>18 315</b>             | <b>18 641</b>             |
| <b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>                | <b>01.01.2009</b> | <b>31.12.2009</b> | <b>31.12.2010</b> | <b>Estimat 31.12.2011</b> | <b>Estimat 31.12.2012</b> |
| <b>Sum egenkapital</b>                     | <b>8 708</b>      | <b>8 081</b>      | <b>8 615</b>      | <b>7 439</b>              | <b>7 039</b>              |
| <b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>   | <b>1 822</b>      | <b>2 229</b>      | <b>1 990</b>      | <b>2 329</b>              | <b>1 934</b>              |
| <b>Sum annen langsiktig gjeld</b>          | <b>1 502</b>      | <b>1 644</b>      | <b>1 681</b>      | <b>1 512</b>              | <b>1 812</b>              |
| Driftskreditt                              | 1 448             | 1 498             | 2 677             | 3 305                     | 4 126                     |
| Annen kortsiktig gjeld                     | 3 944             | 3 907             | 3 623             | 3 730                     | 3 730                     |
| <b>Sum kortsiktig gjeld</b>                | <b>5 392</b>      | <b>5 405</b>      | <b>6 299</b>      | <b>7 035</b>              | <b>7 856</b>              |
| <b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>                | <b>17 424</b>     | <b>17 359</b>     | <b>18 585</b>     | <b>18 315</b>             | <b>18 641</b>             |

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak – Saksframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

- I. Tabeller;
  - 1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF
  - 2. Andre inntektsforutsetninger
  - 3. Aktivitetsbudsjetter (somatikk, psykisk helsevern og TSB)
  - 4. Resultatbudsjett (ØBAK) (B2011, E2011 og B2012)
  - 5. Klinikkrammer
  - 6. Utgiftsramme klinikk A
  - 7. Bemanningsbudsjett (inkludert sykefravær)
  - 8. Investeringer
  - 9. Kontantstrøm
  - 10. Balanse
- II. Status for klinikkens budsjetter
- III. Overordnet risikovurdering
- IV. Drøftingsprotokoll (ettersendes)
- V. Referat fra AMU (ettersendes)

Utrykt vedlegg: Protokoller fra drøfting og AMU-møter i klinikkene

---

**SAK 143/2011      BESLUTNINGSSAK  
BUDSJETT 2012**

**FORSLAG TIL VEDTAK:**

1. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabellene 4 (driftsbudsjett) og 8 (investeringsbudsjett) i vedlegg I i styresak 140/2011. Styret tar til etterretning at avstemning i foretaksgruppen kan føre til endringer i budsjettet.*
2. *Styret har merket seg at det ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak som gir sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 for Oslo universitetssykehus HF. Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør komme tilbake med nye tiltak for å sikre gjennomføring av budsjettet.*

Oslo den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

## 2. SAMMENDRAG

Formålet med denne styresaken er å foreslå budsjett for drift og investeringer for Oslo universitetssykehus HF for 2012. Budsjettene vil være grunnlag for rapportering gjennom 2012. Fordi enkelte forhold på dette tidspunkt er uavklart - blant annet kan endelig versjon av Oppdrag og bestilling 2012 og kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF om budsjettet som skal sendes inn 12. desember og 12. januar 2012 føre til endringer - tas det forbehold om at det kan være nødvendig med korrigeringer.

## 3. Tidligere vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF

Styret for Oslo universitetssykehus HF behandlet i mai økonomisk langtidsplan for 2012-2015, og har deretter i hvert møte blitt orientert om arbeidet med budsjett 2012. Under gis en oversikt over styrets vedtak ved behandling av de ulike budsjettsakene:

| Sak      | Dato  | Vedtak  |
|----------|-------|---|
| 71/2011  | 23/6  | 1. Styret tar redegjørelsen for arbeidet med budsjett 2012 til orientering.   |
| 90/2011  | 19/8  | 1. Styret tar redegjørelsen om budsjett 2012 til etterretning.<br>2. Styret konstaterer at budsjetttrammen for 2012 krever en betydelig bemanningsreduksjon. Styret forutsetter at ny bemanning gjenspeiler de oppgaver som skal utføres samt sikrer forsvarlig pasientbehandling. Styret understreker viktigheten av at administrerende direktør innretter budsjettarbeidet slik at kravet til bemanningsreduksjon blir synliggjort i de enkelte enhetene.<br>3. Styret ber om å bli løpende orientert om arbeidet med budsjett 2012, herunder særlig prosessen med å redusere bemanningen og samtidig gjennomføre de pålagte aktivitetskravene.<br>4. Styret forutsetter at arbeidet med bemanningsreduksjon og budsjett skjer i tett dialog og samarbeid med de ansatte og organisasjoner på en slik måte at arbeidsmiljø og krav til kvalitet ivaretas. |
| 100/2011 | 29/9  | 1. Styret tar redegjørelsen om arbeidet med budsjett 2012 til orientering.  |
| 114/2011 | 27/10 | 1. Styret tar redegjørelsen om fremdrift i arbeidet med budsjett 2012 til orientering.<br>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.<br>3. Det vises til uavklarte punkter i rammefinansieringen fremlagt i saken. Styret ber administrerende direktør avklare dette med Helse Sør-Øst RHF.  |
| 130/2011 | 24/11 | 1. Styret tar orienteringen om arbeidet med budsjett 2012 til orientering.  |

Hovedstrategien for gjennomføringen av arbeidet med budsjett 2012 ble lagt frem i styresak 71/2011 og videre budsjettarbeid er gjennomført med hovedfokus på nødvendig tilpasning til et lavere kostnadsnivå gjennom reduksjon av bemanningen. I styresak 90/2011 er dette beskrevet på følgende måte:

*”Hovedutfordringer for Oslo universitetssykehus HF er å tilpasse kostnadsnivået, herunder særlig bemanningen, til de økonomiske rammene samtidig som helseforetaket skal gjennomføre pålagt aktivitetsnivå. Klinikken har mottatt foreløpige kostnadsrammer med en beregning av antall årsverk som klinikken kan planlegge med for 2012. Det forventes at klinikken utarbeider bemanningsplaner på laveste organisatoriske nivåer i tråd med budsjettforutsetningene. Hovedoppgaven i budsjettarbeidet vil for de fleste enheter være å avklare hvilke personellressurser (årsverk) de har plass for innenfor eget budsjett og deretter planlegge hvordan tildelt aktivitetskrav kan gjennomføres med de tilgjengelige ressursene. Dette vil være et usædvanlig krevende arbeid for klinikken, først og fremst fordi det forutsetter betydelig produktivitetsforbedringer. I tillegg vil planleggingene for 2012 medføre en omfattende nedbemanning i Oslo universitetssykehus HF”.*

#### **4. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

I denne styresaken legger administrerende direktør fram forslag til budsjettvedtak som skal være styrende for drift og investeringer i 2012. De økonomiske rammene for disse beslutningene er langt på vei bestemt utenfra i form av rammebevilgning, aktivitetsmål og resultatkrav samt tilgjengelig likviditet til investeringer. Hovedutfordringen i utarbeidelse av budsjettet har vært å sikre nødvendige tiltak, styringsgrep mv for å gjennomføre det foreslåtte budsjettet.

Budsjettet og de utfordringene det representerer viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til kravet om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet (minimumskrav) er satt av Helse Sør-Øst RHF. Det fremgår av de vedlagte tabellene at gjennomføring av dette krever en betydelig reduksjon i antall årsverk i foretaket fra 2011 til 2012. Statusrapportene fra klinikken viser videre at det på dette tidspunkt ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak for å styre mot det økonomiske resultatkravet for 2012. Samtidig viser likviditetsbudsjettet og balansebudsjettet at Oslo universitetssykehus HF har svekket sin økonomiske situasjon helt siden fusjonen 1.1.2009, og selv med en vellykket gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 vil dette fortsette gjennom 2012. Gjeldsoppbyggingen har økt og den kortsiktige likviditeten vil være kraftig svekket gjennom alle disse årene. Isolert sett skulle dette tilsi et svært stramt driftsbudsjett for 2012 for ved det å ta de første skritt for å komme inn på en bærekraftig økonomisk utvikling.

Administrerende direktør kan på dette tidspunkt ikke anbefale annet enn at styret vedtar det foreslått budsjettet med et resultatkrav på – 400 mill kroner. Hovedoppgaven i økonomistyringen for 2012 må være å unngå at det økonomiske resultatet blir enda svakere enn dette. Som følge av at det mangler tilstrekkelig med tiltak for å gjennomføre dette foreslår også administrerende direktør at styret gir i oppdrag å arbeide med nye tiltak fram mot neste styremøte.



Administrerende direktør ser med stor uro på den svekkelsen av foretakets økonomi som har foregått i årene siden fusjonen 1.1.2009. Administrerende direktør mener denne utfordringen må adresseres tydelig i forbindelse med arbeidet med økonomisk langtidsplan for 2013-2016. Første trinn på veien må imidlertid være å sikre gjennomføringen av det foreslåtte budsjettet for 2012.

## **5. FAKTAGRUNNLAG**

### **5.1 Om oppdraget til Oslo universitetssykehus HF for 2012**

#### **Generelt**

Oslo universitetssykehus har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehuset skal i tråd med nasjonale mål yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Forskning i sykehusene er viktig for å gjøre helsetjenesten i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi samt for å ivareta og veilede pasientene. Utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs i regi av arbeidsgiver. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring og mestring av sykdom viktig. Tidligere pasienters og pårørendes kunnskap er ofte viktig informasjon for andre som kommer i samme situasjon.

#### **Status for Oppdrag og bestilling 2012**

Helse Sør-Øst RHF utarbeider de enkelte helseforetakenes Oppdrag og bestilling for 2012. Dette vil bestå av årets krav, oppdrag og bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF som formidles videre til helseforetakene i regionen. I tillegg kommer spesifikke krav fra Helse Sør-Øst RHF. Krav som er gjort gjeldende i tidligere oppdrag og bestilling vil fortsatt gjelde.

Helse Sør-Øst RHF Oppdrag og bestilling 2012 for Oslo universitetssykehus HF forventes vedtatt i foretaksmøte i uke 6 og vil bli lagt frem for styret etter det.

#### **Aktivitetsforutsetninger**

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn en generell aktivitetsvekst i spesialisthelsetjeneste på om lag 1,4 pst på nasjonalt nivå fra 2011 til 2012. Denne vekstforutsetningen 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, antar departementet at etablering av øyeblikkelig hjelptilbud i kommuner vil gi en aktivitet i kommunene tilsvarende 0,8 pst av sykehusenes somatiske aktivitet, slik at aktiviteten i helseforetakene er forutsatt å øke med 0,3 pst samlet sett fra 2011 til 2012.

Aktivitetsmålene for Oslo universitetssykehus HF blir endelig avklart i Oppdrag og bestilling 2012. Under gis en kort beskrivelse over status for aktivitetsbudsjettene for somatikk, psykisk helsevern og TSB. Oslo universitetssykehus HF har vært i løpende dialog med Helse Sør-Øst RHF om aktivitetsmålene, og det legges til grunn at det nå ikke vil bli vesentlige endringer.

### *Somatikk*

Innenfor somatikken meldte Oslo universitetssykehus HF inn et foreløpig budsjett for antall DRG-poeng for 2012 på 209.438 (en netto reduksjon fra budsjett 2011 på om lag 2.700 DRG-poeng), hvorav 194.763 var knyttet til behandling av pasienter fra egen region ("sørge-for-ansvaret"). Dette hensyntok at haleaktiviteten i overføringsområdet til Akerhus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i det alt vesentlige avvikles for de fleste områder (permanente avtaler videreføres), konsekvenser av ISF-regelverk for 2012 (foreløpige beregninger) og en forventet reell aktivitetsvekst på 1,2 pst i 2012. Dette betyr at Oslo universitetssykehus HF initialt la til grunn en noe høyere reell aktivitetsvekst innenfor somatikken enn det som er forventet gjennomsnittlig vekst på regionalt nivå. Dette skyldtes dels at befolkningsveksten i Oslo er større enn på landsbasis. Videre var 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. Det var videre lagt til grunn at Oppdrag og bestilling 2012 vil spesifisere krav til aktivitetsvekst innen spesielle områder.

Helse Sør-Øst RHF har signalisert at aktiviteten ved Oslo universitetssykehus HF knyttet til pasienter fra overføringsområdene er for høy og har redusert antall budsjetterte DRG-poeng for pasienter fra egen region med om lag 3.000 DRG-poeng. Reduksjon i antall DRG-poeng gir en inntektsreduksjon for klinikkene, og deres utgiftsramme er derfor redusert relatert til dette. DRG-tallene som er lagt til grunn for budsjettet fremgår av vedlegg I-3.1.

### *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 er viktige faktorer i denne sammenheng, og det er stilt krav om en vekst på 6,5 pst på poliklinisk aktivitet innenfor laboratorie- og radiologitjenester. Det er gitt begrenset finansiering 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 vil Oslo universitetssykehus HF foreta en gjennomgang av underliggende aktivitet med tanke på å redusere de kliniske avdelingenes øvrige forbruk av radiologi- og laboratorietjenester slik at intensjonene i statsbudsjettet kan nås.

### *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)(Vedlegg I-3.2)*

Innenfor voksenpsykiatrien er det lagt inn en reduksjon i antall utskrivinger og liggedøgn, mens det er lagt inn en forventet økning i antall polikliniske konsultasjoner på om lag 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.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien viser 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. For antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det planlagt med en økning på 4,5 pst fra estimat for 2011.

For poliklinisk aktivitet innenfor TSB er det foreløpig budsjettert med en økning i refusjonsberettigede konsultasjoner på 7 pst fra estimat for 2011. Samtidig forventes en reduksjon i antall ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner på 10 pst, slik at totalt antall konsultasjoner reduseres med om lag 3 pst. Reduksjonen i de ikke-refusjonsberettigede konsultasjonene relateres til nedtrekk / driftsreduksjoner ifm redusert ramme (overføring til Akershus universitetssykehus HF) og bemanningstilpasninger. Det er videre budsjettert 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 er relatert til overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF.

### **Prioritering innenfor somatikken**

RHF-styresak 85-2010 *Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst* skal følges opp. Det er en stor utfordring at målet for 2012 er at 80 pst av kreftpasienter skal ha et forløp innenfor anbefalte forløpstider. Det er videre en stor utfordring at antallet kreftpasienter øker betydelig mer enn budsjettets forutsetninger om aktivitetsvekst. Det er manglende kapasitet i billeddiagnostikk (røntgen og nukleærmedisin) og noe i patologi som i dag gir flaskehals i kreftutredning. Det må lages og iverksettes en plan for å redusere ventetid for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.

Lands- og regionsfunksjoner utgjør i underkant av to tredeler av den somatiske aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF. Det har vært en betydelig økning i transplantasjonsaktivitet, traumer og nevrokirurgi i 2011 som det er forventet vil fortsette inn i 2012. Det vil videre bli gitt prioritet til områder der pasienter med rett til prioritert helsehjelp har svært lang ventetid, som barneortopedi, må fortsette. Den økte kapasiteten i ablasjonsbehandling må kontinueres.

Økningen i pasienter som trenger behandling for aldersbetinget makuladegenerasjon (AMD) fortsetter. Dette er en flerregional oppgave hvor Oslo universitetssykehus HF også utfører behandling for sykehusområdet til Akershus universitetssykehus HF.

### **Forskning**

Helse Sør-Øst RHF foreløpige oppdrag innbefatter en rekke ambisiøse oppgaver for Oslo universitetssykehus HF. Flere mål og tiltak er en oppfølging av regional forskningsstrategi og samsvarer godt med Oslo universitetssykehus HF sin vedtatte forskningsstrategi og handlingsplan. De fleste oppgaver i oppdraget vil være mulig å løse på tilfredsstillende vis. Følgende områder vil være særlig krevende å innfri:

- Det stilles krav om at foretakets ressursbruk til forskning, målt i kroner, øker i 2012 i forhold til 2011. Dette er i tråd med vedtatte mål i Helse Sør-Øst RHF forskningsstrategi. Oslo universitetssykehus HF bes videre i 2012 om å fremlegge en langsiktig plan for opptrapping av helseforetakets ressursbruk til forskning. I henhold til vedtatt handlingsplan for forskning skal klinikkene skjerme forskning i pågående omstillinger, kombinert med en offensiv satsing på økt ekstern finansiering. Eksterne midler kanaliseres gjennom ulike finansieringskilder, og midler forvaltes dels av sykehuset og dels av Universitetet i Oslo. På grunn av de store økonomiske utfordringene i drift av foretaket er det ikke planlagt for konkret vekst finansiert av interne midler i 2012. Et sterkt press på medisinsk aktivitet og støttefunksjoner i klinikk gir et indirekte press på forskningsaktivitet og ressursbruk. Også forskeres kombinasjon av klinikk og forskningsvirksomhet er under sterkt press, noe som også er et vesentlig poeng i forskningsrådets nasjonale fagevaluering. En satsing på styrkede forskningsgrupper med tilstrekkelig kritisk masse er blant de viktigste tiltak

for å oppnå forbedret konkurranseevne. Også styrket støtte til internasjonale finansieringsordninger, primært EU, planlegges sammen med Universitetet i Oslo.

- Det stilles økte krav med hensyn til å styrke infrastrukturen for kliniske multisenterstudier. Problemstillingen er også adressert i gjeldende forskningsstrategi og handlingsplan. Kliniske studier er krevende prosesser logistisk, ofte på tvers av klinikker og med behov for tjenester fra radiologi og laboratoriepersonell. Sykehuset forventes også å bidra til interregionalt og nasjonalt samarbeid om gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier.

### **Innovasjon**

I utkastet til Oppdrag og bestilling 2012 forventes det økt innovasjonsaktivitet, både på kort og lang sikt. I 2011 har Oslo universitetssykehus HF opplevd et redusert tilfang av oppfinnelser og patentsøknader. Det arbeides med målrettede tiltak og gjennomføring av vedtatt innovasjonsstrategi, men med svært begrensede interne ressurser.

### **Utdanning av helsepersonell**

Oslo universitetssykehus HF er landets største utdanningsinstitusjon med grunnutdanning, etter- og videreutdanning av helsepersonell fra videregående skoler, høyskoler og universitet. I den pågående omstillingen, er det grunn til å være aktsom slik at ikke kompetansen over svekkes og sykehuset får mangel på spesialpersonell og dermed fare for lavere kvalitet og pasientsikkerhet.

God praksisopplæring og ivaretagelse av utdanningsfunksjoner er krevende i pågående flytte- og omstillingsprosesser, og det krever en fortløpende tett involvering av universitet og høyskoler når lokalisering, pasientflyt og organisasjonsstrukturer i sykehuset endres. Dette påvirker universitetet i særlig stor grad.

For Oslo universitetssykehus HF vil det være sentralt å få på plass en ny avtale med Universitetet i Oslo vedrørende arealbruk.

I utkastet til Oppdrag og bestilling 2012 forventes det et økt antall praksisplasser for helse- og sosialfaglig personell. Det forventes videre at helseforetaket skal sørge for at ansatte til enhver tid får tilstrekkelig opplæring til å sikre et kvalitativt godt og forsvarlig tjenestetilbud. Alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning forutsettes dekket av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond. Det skal utvikles planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene. Det er ikke satt av egne midler til dette sentralt, og aktivitetene må dekkes innenfor klinikkens/avdelingens budsjetter.

Styret vil bli forelagt en utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF, hvor etter- og videreutdanningsbehov spesielt vil bli adressert som strategisk mål.

### **Opplæring av pasienter og pårørende**

Oslo universitetssykehus HF har opprettet en seksjon for Pasient- og pårørendeopplæring i direktørens stab (PPO) som har ansvar for det strategiske LMS-arbeidet ved sykehuset. Det er også opprettet et faglig LMS nettverk hvor de ulike klinikkene, brukerutvalget, forskning og kommunehelsetjenesten deltar for å bidra til foretakets mål for pasient- og pårørendeopplæring. Pasient- og pårørendeopplæring omfatter informasjon, veiledning og undervisning, gitt individuelt og i grupper. For å styrke helsepersonells kompetanse når de bidrar med pasient- og pårørendeopplæring, gjennomfører PPO helsepedagogiske kurs i 2012.

Helsepersonell har plikt til å bidra til at mindreårige barn som pårørende får informasjon og nødvendig oppfølging. Dette arbeidet ivaretas i sykehuset ved opprettelsen av "Råd for barn som pårørende" med oppnevning fra de ulike klinikkene, brukerutvalget og kommunehelsetjenesten. For de barneansvarlige i sykehuset etableres det kompetansehevingstilbud, forankret i PPO og nettverket. Samhandlingsreformen har et hovedfokus på å ivareta mennesker med kronisk sykdom/nedsett funksjonsevne. I utviklingen av gode pasientforløp arbeides det systematisk med å forankre forberedende informasjon og opplæring før og etter behandling i sykehuset. PPO vil i samarbeide med Oslo kommune, arbeide for å utvikle pasient- og pårørendeopplæringsfeltet som en del av tilbudet på Samhandlingsarena Aker. På grunn av de store økonomiske utfordringene foretaket står over for må nye tiltak i stor grad bli ivaretatt ved ekstern finansiering.

### Særskilte mål for 2012

Helse Sør-Øst RHF har satt blant annet følgende mål for helseforetaksgruppen frem til 2014:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Alle helseforetakene i regionen skal angi egne resultatmål i 2012 i arbeidet med å oppnå disse målene for regionen frem mot 2015. Oslo universitetssykehus HF har meldt inn følgende forslag til mål for 2012 på de nevnte områdene:

| Mål innen 2015   | Foretakets mål for 2012   |
|--|---|
| Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd | <p>Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter med rett til prioritert helsehjelp skal være innenfor det nasjonale måltallet for ventetid. Det lages avdelingsvise ventelistestatistikker og handlingsplaner for pasientgrupper med rett til prioritert helsehjelp som har lang ventetid.</p> <p>Ryddearbeidet i ventelister for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp ferdigstilles og kvalitetssikres. Alle pasienter uten rett til prioritert helsehjelp med forventet lang ventetid skal informeres om dette. Rutinene for hvordan dette gjøres skal kvalitetssikres.</p> <p>Andel fristbrudd skal være under 7 pst i 2012.</p> |
| Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 pst               | <p>For 2012 har foretaket som mål å ikke ha innsidens av sykehusinfeksjoner over landsgjennomsnittet. Sist kjente tall for landsgjennomsnittet er fra 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bypass 5,9 %</li> <li>• Keisersnitt 6,8 %</li> <li>• Hofteprotese-total 3,2 %</li> <li>• Hofteprotese-hemi 5,5 %</li> <li>• Kolecystektomi 6,3 %</li> <li>• Kolon 17,9 %</li> </ul>  |
| Pasienten får timeavtale                                     | Foretaket har som mål å innen utgangen av 2012 etablere at  |

|  |  |
|--|--|
| sammen med bekreftelse på mottatt henvisning | alle henviste pasienter får avklart time i tilbakemelding. |
|--|--|

### **Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen innføres fra 1. januar 2012 (jf styresak 133/2011). Intensjonene i Samhandlingsreformen skal gjennomføres over tid, men noen endringer trer i kraft allerede fra årsskiftet, blant annet beslutningen om kommunal medfinansiering for medisinske opphold og konsultasjoner. De midlene som stilles til disposisjon for kommunene i sammenheng med dette, er trukket fra statsbudsjettets ISF-post. Oslo universitetssykehus HF legger til grunn at den kommunale medfinansieringen er inntektsnøytral for et gitt pasientvolum.

Det er videre besluttet at kommunene skal etablere et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 2016. Oppbyggingen av et slikt tilbud skal finansieres ved uttrekk fra basisbevilgningen til de regionale helseforetakene og fra sykehusene/foretakene. Oslo universitetssykehus HF har fått et uttrekk på 8 mill kroner i 2012. Beløpet vil øke de neste tre årene. Det ligger til rette for at Oslo kommune vil ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp på plass i god tid før 2016. Et slikt tilbud vil forventes å representere en avlastning for sykehusets akuttmottak.

Ansvar for utskrivingsklare overføres til kommunene fra 1.januar 2012. Fra den datoen kan sykehuset sende regning til kommunene fra første døgn. Beløpet er satt til 4000 kroner pr døgn. For å kunne sende regning er det en rekke forutsetninger som må være oppfylt fra sykehusets side. En intern arbeidsgruppe har utarbeidet rutiner for registrering av planlagt utskrivelsesdato slik at faktureringen blir riktig. Før arbeidet ble ferdigstilt, har det vært møter med bydeler og klinikker for å sikre at de nye rutinene og prosessene knyttet til dialogen med kommunene/bydelen blir tilfredsstillende. Stab samhandling og internasjonalt samarbeid har tilbudt klinikkene kursing i de nye rutinene. Oslo universitetssykehus HF er trukket 24 mill kroner i forbindelse med endring i ansvar for utskrivingsklare pasienter. Det er stor usikkerhet knyttet til denne endring i praksis, men det har vært gjort en betydelig innsats fra bydelenes side for å møte denne utfordringen.

Betaling for utskrivingsklare pasienter gjelder kun innen somatikken. Det er grunn til å følge nøye utviklingen i antall utskrivingsklare innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling.

I henhold til Kommunehelseslovens § 6-1, er kommunene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende pålegger Spesialisthelsetjenesteloven de regionale helseforetakene å sørge for at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene. Dette arbeidet er godt i gang i Oslo og partene kan bygge på en godt etablert avtale- og samarbeidsstruktur. Samarbeidsavtalene skal være på plass innen 31.1.2012. Administrerende direktør vil kunne orientere nærmere om avtale og avtalestruktur i styrets neste møte.

## **5.2 Inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF**

Vedlegg I-1 gir oversikt over rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF. Denne ble sist oppdatert med endringer fra Helse Sør-Øst RHF 5.12.2011. De siste endringene omfatter:

- Kompensasjon for fylkesandeler (generell rammeøkning på 10 mill kroner)
- Kompetansetjenester, videreføring av regionale tilbud (rammeøkning på 7,5 mill kroner)
- Midler til forskning (370,4 mill kroner)
- Nytt nivå for DRG-poeng relatert til "sørge-for-ansvaret" til Helse Sør-Øst RHF
- Nivå for posedialyse 2012

Øvrige inntektsforutsetninger fremkommer av vedlegg I-2.

Rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF tar utgangspunkt i tildelt ramme for 2011 og er justert for strukturelle endringer, implementering av inntektsmodell og andre endringer/prioriteringer fra Helse Sør-Øst RHF. Som det fremkommer av vedlegg I-1 er foretakets faste inntektsramme (faste inntekter) på 10,7 mrd kroner. Dette inkluderer basistilskudd, midler til forskning, nasjonale kompetansetjenester og andre statlige tilskudd. Videre er det budsjettet med aktivitetsbaserte inntekter på om lag 5,9 mrd kroner. Basert på foreløpig informasjon fra Helse Sør-Øst RHF om midler til forskning, er det budsjettet med 370 mill kroner til forskning finansiert med regionale midler. Det er tatt forbehold om godkjenning av fordelingen i RHF styremøte 20.12.

### **5.3 Driftsbudsjett 2012: Intern ressursfordeling og prioritering og samlet budsjett**

Resultatbudsjett 2012 fremkommer i vedlegg I-4, klinikkens rammetildeling i vedlegg I-5 og bemanningsbudsjett i vedlegg I-7. For klinikk Psykisk helse og avhengighet fremkommer alle endringer som er innarbeidet i budsjett 2012 i vedlegg I-6.

#### **Prosess og status for klinikkvise rammer**

Arbeidet med intern ressursfordeling for 2012 startet før sommeren, og klinikkene fikk tilsendt foreløpige planleggingsrammer og oversikt over beregnet behov for årsverksreduksjoner 1.7. Hensikten var å tydeliggjøre hvilken bemanning hver enkelt enhet kan finansiere innenfor budsjett 2012 så tidlig som mulig.

Det fremlagte budsjettet er basert på leveranser fra klinikkene 2.12.2011 innenfor tildelte rammer. Frem til 16.12.2011 vil klinikkene arbeide med å ferdigstille detaljerte og periodiserte budsjetter som skal inngå i levering av endelig og periodisert budsjett 2012 til Helse Sør-Øst RHF tidlig i januar 2012. Det kan også bli endringer relatert til ferdigstilling av eiers Oppdrag og bestilling for 2012. Videre vil midler budsjettet sentralt til finansiering av mer tekniske forhold (for eksempel lønnsoppgjør) bli fordelt på et senere tidspunkt. Dette er forhold som i utgangspunktet skal være økonomisk nøytrale, dvs at de i seg selv ikke skal påvirke klinikkens utfordringsbilde for 2012.

Klinikkens rammer er i 2012-priser med unntak av lønn hvor rammen foreløpig er tilpasset lønnsnivå før lønnsoppgjøret i 2011. Konsekvenser av lønnsoppgjør 2011 er budsjettet under fellesposter og vil bli tilført klinikkene i januar. Videre er klinikkens DRG-rammer for 2012 foreløpig fastsatt ut fra ISF-regelverket for 2011. Estimert effekt av endrede vektorer for 2012 er midlertidig budsjettet sentralt. Videre vil DRG-budsjettene bli justert ut fra rapportering på felles registreringspraksis og rapportering på ut fra kodeansvarlig fagenhet (medisinsk ansvarlig enhet). Justering for disse forholdene planlegges gjort senest før første rapportering

for 2012. Det er holdt igjen en reserve på utgiftssiden for å håndtere usikkerhet knyttet til blant annet pensjon, IKT-driftsbudsjett m.m.

Gjennom hele budsjettprosessen har det vært tydeliggjort at klinikkens budsjetter skal være salderte og at dette innebærer at alle budsjettkrav skal være synliggjorte på laveste nivå (der kostnadene påløper) og at det ikke skal være uløste budsjettkrav på nivåer som ikke har direkte forutsetninger for å løse disse. For å sikre riktig eierskap til utfordringene skal kravene i utgangspunktet plasseres der de kan løses. Det er presisert at under ingen omstendigheter skal dette være høyere enn nivå 3, og helst lavere. Det er videre forutsatt at slike uløste utfordringer skal være ledsaget av en plan for hvordan uløste utfordringer skal gjøres om til konkrete tiltak/kostnadsreduksjoner/ årsverksreduksjoner og en midlertidig plan for hva som antas å være mulige tiltaksområder (for eksempel legenes tjenesteplaner, standardisering av bemanning på post m.m.). På dette tidspunktet er imidlertid ikke hele utfordringsbildet i alle klinikkene håndtert på denne måten. Dette skyldes først og fremst sen avklaring av DRG-budsjettet (som isolert sett innbar krav til om lag 100 mill kroner i kostnadsreduksjon i klinikkene.)

### **Interne prioriteringer av aktivitet og ressurser**

Ved tildeling av budsjettammer til klinikkene er det tatt utgangspunkt i den enkelte klinikkens ramme for 2011. Det innebærer at klinikkens budsjetter i stor grad er videreført korrigeret for ekstraordinære forhold i 2011, ny ekstern finansiering for 2012, omlegginger i finansieringen og eksterne og interne prioriteringer. De viktigste interne prioriteringene er:

- Skjevfordeling av forutsatt aktivitetsvekst og tilhørende utgiftsramme. Det er budsjettert med høyere vekst enn gjennomsnittet i klinikkene Kreft, kirurgi og transplantasjon, og Kirurgi og nevrofag. Videre er det foretatt endringer med utgangspunkt i aktivitetsnivå i 2011 korrigeret ned for anslått overkapasitet for overføringsområdet for Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.
- Traumatologi er tildelt en økt ramme på 4 mill kroner.
- For prehospitaltjenester er det innarbeidet en særskilt intern omfordeling på 15 mill kroner i tillegg til finansiering av 13 årsverk (9,1 mill kroner) som ble besluttet våren 2011.
- Midler til felles klinisk kompetanseprogram for sykepleiere 1,6 mill kroner (Medisinsk klinikk)
- Finansiering av enhet for organisasjon og kodeverk 2 mill kroner (OSS), økt controllerkapasitet i regnskap 0,8 mill kroner (OSS) og Prosjekt "Transaksjonstunge HR-prosesser" 4,3 mill kroner (OSS).
- Frikjøpte tillitsvalgte (økt antall knyttet til omstillingsprosessen) 8,2 mill kroner.

Klinikkens utgiftsrammer for 2012 inkluderer også 200 mill kroner i midlertidig finansiering knyttet til at foretaket har budsjettert med et underskudd også for 2012. Denne midlertidige finansieringen er differensiert på tilsvarende måte som i 2011.

### *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 knyttet til utviklingsprosjekter. Store deler av IKT-budsjettet er knyttet til tjenester som leveres fra Sykehuspartner. Utviklingsprosjektene vil omfatte både lokale og regionale IKT-prosjekter. I de lokale prosjektene inngår felles fakturabehandlingssystem, innkjøp og logistikk, felles



GAT, RIS/PACS m.m., samt at det er budsjettert med økte kostnader for avskrivning på ferdigstilte prosjekter.

Det er på dette tidspunkt stor usikkerhet til IKT-kostnadene i 2012, da det foreløpig er en rekke forhold i budsjettet som må avklares mellom foretaket og Sykehuspartner. 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. Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner er videre i dialog vedrørende nødvendige avklaringer av IKT-budsjettene for alle helseforetakene i regionen. Helse Sør-Øst RHF meldte 4.12 at de vil komme tilbake til saken i løpet av kort tid.

#### *Samhandlingsreformen: Inntektskrav utskrivningsklare pasientene*

Inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF er redusert med om lag 24 mill kroner i 2012 knyttet til etablering av ordning for fakturering av utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken. Basert på faktisk nivå for liggedøgn utskrivningsklare pasienter og foreslått døgnpris, er dette fordelt til klinikkene som inntektskrav (eksterne inntekter).

#### *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 1.1.2011. Beregningene fra pensjonsleverandørene viser en pensjonskostnad for 2012 på om lag 2.080 mill kroner. Eventuelle endringer av de økonomiske forutsetningene/parametrene knyttet til pensjonsberegningen, og oppdatering av bestand per utgangen av 2011 (som også hensyntar reduksjon i bemanning gjennom 2011), vil påvirke kostnaden. I budsjett 2012 er det tatt hensyn til forventet reduksjon i pensjonskostnader på om lag 35 mill kroner relatert til planlagt bemanningsreduksjon i 2012. Det knytter det seg fortsatt usikkerhet til de endelige pensjonskostnadene for 2012.

#### *Finans*

For 2012 er det foreløpig budsjettert med 18 mill i finansinntekter og 166 mill i finanskostnader, dvs et negativt finansresultat på 147 mill kroner. Dette er en økning på 47 mill kroner fra 2011, noe som først og fremst gjenspeiler resultatforventningene i 2011 og forutsetningene for budsjett 2012, herunder et budsjettert underskudd på 400 mill kroner. Det er lagt til grunn et rentenivå på 3,5 pst for rentekostnader og 3,2 pst for renteinntekter.

#### *Prioritering mellom funksjonsområder*

Det er i utkastet til Oppdrag og bestilling 2012 forutsatt en større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk og at omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.

I vedlegg I-6 gis en detaljert oversikt over endringer i utgiftsrammen til Klinikken for psykisk helse og avhengighet. I budsjett 2012 er psykisk helsevern og rus skjermet i forhold til de innsparingskravene som er lagt på de somatiske klinikkene og støttefunksjonene.

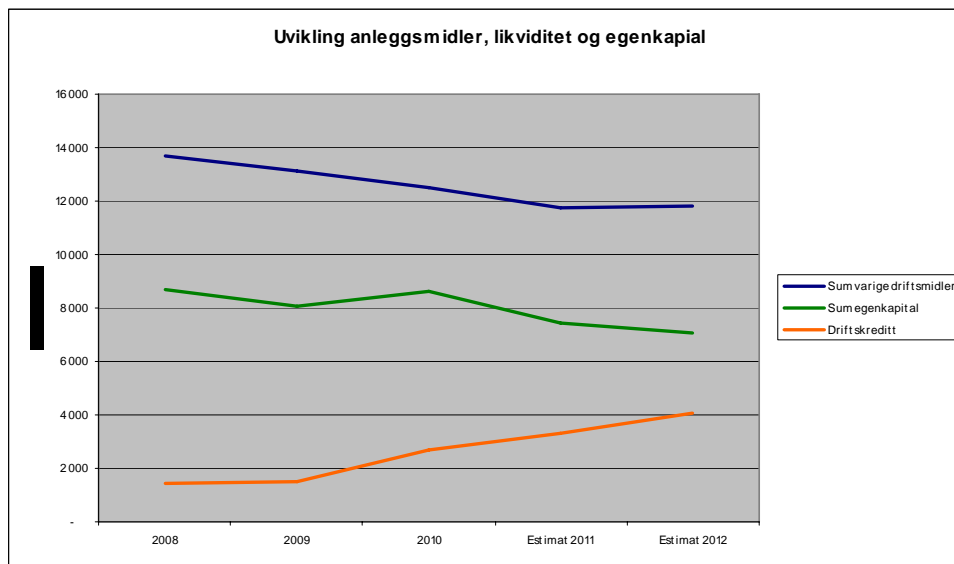
### Overordnet driftsbudsjett for Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg I-4 gjengir det foreslåtte driftsbudsjettet for Oslo universitetssykehus HF for 2012. Samlet er det budsjettet med sum driftsinntekter på 17,5 mrd kroner. Dette er om lag uendret fra estimat for samlede inntekter i 2011. Hensyntatt prisøkning innebærer budsjett 2012 en reell reduksjon i budsjetterte inntekter sammenliknet med estimat 2011 på om lag 3 pst. I reduksjonen inngår blant annet bortfall av omstillingsmidler, overføring til Akershus universitetssykehus HF innenfor rusområdet og reduserte DRG-inntekter som følge av bortfall av haleaktivitet, groupereffekt 2012 og redusert DRG-ramme 2012. Artsfordelingen av kostnadene er slik den kan summeres opp fra klinikkenes budsjetter. Det fremgår av tabellen at det budsjetteres med nominell reduksjon i varekostnader og de samlede lønnskostnadene.

### Likviditet

Estimert likviditetsbeholdning ved utgangen av 2011 er -3.305 mill kroner, jf vedlegg I-9. Likviditetssituasjonen i 2012 forverres med 433 mill kroner fra drift med det foreslåtte budsjettet. Dette skyldes negativt årsresultat på 400 mill kroner, avskrivningskostnader og inntekter uten kontanteffekt, samt betaling av pensjonspremie for 2011 i 2012. Likviditetssituasjonen forverres ytterligere med investeringsutbetalinger knyttet til videreføring av drift (315 mill kroner) og omstilling (netto 72 mill kroner). På bakgrunn av dette anslås en utgående likviditet på – 4.126 mill kroner i 2012.

Vedlegg I-10 viser estimat på balansen ved utgangen av 2012 sammenliknet med de øvrige årene etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF. Det er tre forhold som er av spesiell interesse som fremgår av figuren nedenfor (alt i mill kroner). Figuren viser at bokført verdi på varige driftsmidler er redusert jevnt. Figuren viser også at egenkapital er redusert og at driftskreditten øker. Den positive midlertidige utviklingen i egenkapitalen i 2010 skyldes pensjonsreformen og tilpasningen av finansieringen av helseforetakene til denne.



### Gjennomføring av driftsbudsjettet i 2012

I tidligere styresaker om budsjett 2012 ble det anslått at budsjettkravet for 2012 (-400 mill kroner i underskudd) ville innebære et krav til kostnadsreduksjoner på 7-800 mill kroner fra 2011 til 2012 og krav til en bemanningsreduksjon på om lag 1.000 årsverk samtidig som aktiviteten skal være om lag uendret. Nedjustering av DRG-målet har isolert sett økt kravet til

kostnadsreduksjoner med ytterligere om lag 100 mill kroner, men samtidig er kravet til aktivitet redusert tilsvarende.

På bakgrunn av klinikkens tilbakemeldinger på budsjetttrammene er det foretatt en oppstilling av i hvilken grad det foreligger tiltak eller nedbemanningsplaner som møter disse kravene. Tabellen nedenfor gir en oppsummering av status:

| Ekskl eksternt finansierte, Nov. 2011 |                        |                          |                        |   |                             |                            |                     |  |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|---------------------|--|
| Klinikk                               | Behov for årsverksred. | Spesifisert årsverksred. | restutfordring årsverk | Spesifiserte                            | Budsjett tiltak 2012 i mnok | Restutfordring 2012 i mnok | Tiltak i % av behov |  |
|                                       |                        |                          |                        | Uspes. årsverksreduksjoner i % av behov |                             |                            |                     |  |
| A PHA                                 | 74                     | 74                       | -                      | 100 %                                   | 117                         | -                          | 100 %               |  |
| B MED                                 | 122                    | 82                       | 40                     | 67 %                                    | 54                          | 36                         | 60 %                |  |
| C KKN                                 | 177                    | 85                       | 92                     | 48 %                                    | 67                          | 90                         | 43 %                |  |
| D KVB                                 | 54                     | 22                       | 40                     | 35 %                                    | 57                          | 24                         | 70 %                |  |
| E KKT                                 | 139                    | 52                       | 87                     | 37 %                                    | 52                          | 52                         | 50 %                |  |
| F HLK                                 | 60                     | 41                       | 19                     | 68 %                                    | 48                          | 25                         | 66 %                |  |
| H AKU                                 | 106                    | 58                       | 48                     | 55 %                                    | 41                          | 28                         | 59 %                |  |
| I KDI                                 | 19                     | 19                       | 0                      | 98 %                                    | 50                          | -                          | 100 %               |  |
| J OSS                                 | 192                    | 67                       | 125                    | 35 %                                    | 60                          | 50                         | 55 %                |  |
| Stab eks IKT og frikjøpte tillitsv.   | 25                     | 25                       | -                      | 100 %                                   | 32                          | -                          | 100 %               |  |
| <b>SUM</b>                            | <b>968</b>             | <b>525</b>               | <b>451</b>             | <b>54 %</b>                             | <b>577</b>                  | <b>305</b>                 | <b>65 %</b>         |  |

Tabellen viser at foretaket samlet har tiltak og nedbemanningsplaner som dekker i størrelsen inntil to tredeler av utfordringsbildet, hensyntatt også noe budsjettert reserve.

## 5.4 Investeringsbudsjett 2012

Vedlegg I-8 viser forslag til investeringsbudsjett for 2012. Budsjettet er basert på den informasjon vi nå har om tilgjengelig likviditet til investeringer. Det tas forbehold for at det kan komme ytterligere presiseringer av investeringsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF.

### MTU

Oslo universitetssykehus HF har en stor beholdningsverdi av MTU der den gjennomsnittlige levealder grenser opp mot maksimal levealder. Den bokførte verdien er 1,1 mrd kroner, mens anskaffelseskostnadene kan anslås i størrelsen vel 3 mrd kroner. Den høye gjennomsnittsalderen medfører en økende hyppighet av faktiske kassasjoner som må erstattes for ikke å komme i en situasjon med driftsavbrudd. I investeringsbudsjettet er det avsatt nær 160 mill kroner til MTU-investeringer i 2012. Et investeringsnivå på om lag 160 mill kroner vil ikke kunne hindre at innen et relativt kort tidsrom vil over halvparten av utstyrsparken være over teknisk levealder. Dette vil føre til økte reparasjons- og vedlikeholdskostnader, samt lengre nedetid av diverse utstyr. Gjennomsnittsalderen på det medisinsktekniske utstyret forventes å øke med cirka 0,6 år pr år.

### Eiendom

Oslo universitetssykehus HF besitter en eiendomsmasse på om lag 1 million kvm. Det er et presserende behov for investeringer for å imøtekomme myndighetspålagte krav. Tilsynsrapporter melder om stort behov for oppgradering i teknisk standard av bygningsmassen. Noen utbedringsprosjekter er inkludert som en del av utviklingsprosjektene. Uten en minimal grad av utbedringer i den gamle bygningsmassen kan Oslo

universitetssykehus HF komme i en situasjon der eksterne myndigheter krever stans i bruk. I budsjettet er det tatt høyde for denne type investeringer med om lag 75 mill kroner i 2012.

#### *Andre investeringer*

Andre investeringer skal dekke behov for løpende fornyelse av utstyr som maskiner, kjøretøy, inventar og utstyr. I tillegg er det lagt inn diverse mindre investeringer som erfaringsmessig vil påløpe i resterende del av virksomheten. Totalt beløper disse investeringene seg til om lag 60 mill kroner i 2012.

#### *Investeringer i IKT*

Investeringsbehovet for 2012 er i "Områdeplan IKT 2011 – 2015" for Oslo universitetssykehus HF estimert til 200 mill kroner, der 20 mill kroner antas å måtte finansieres av helseforetaket. Tidligere års modell for lokal delfinansiering ved regional finansiering av prosjekter er nå fjernet. Det innebærer at prosjekter av regional karakter vil være fullt ut regionalt finansiert. I tråd med områdeplanens prioriteringer er hovedfokus for 2012 å ivareta stabil drift, videre arbeid med en felles IKT-plattform og et felles klinisk informasjonsgrunnlag, samt konsolidering av administrative løsninger innen innkjøp, lønn og personal. Det er begrensede muligheter for IKT-investeringer innenfor Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Dette medfører at andre prosjekter må vurderes kritisk, deriblant tiltak innen elektronisk kurve (Metavision), Meldingsløftet og regionalt prosjekt for Fødejournal.

IKT-investeringene finansieres i alle hovedsak av regionale likviditet etter beslutninger i Helse Sør-Øst RHF. Det er påregnet regional finansiering av tiltakene innen felles IKT-plattform og felles klinisk informasjonsgrunnlag, samt ferdigstilling av nytt system for stråleterapi. I tillegg er det fra Oslo universitetssykehus HF uttrykt sterkt behov for å iverksette tiltak rundt laboratoriesystem og spesielt RIS/PACS. Det er imidlertid lite sannsynlig at de to siste tiltakene vil startes opp for Oslo universitetssykehus HF i 2012 av avtalemessige og finansieringsmessige årsaker. Det har lenge vært behov for gjennomgående systemstøtte for fødselsområde, spesielt på Ullevål som er uten IKT-system på området. Regionalt prosjekt for Fødejournal har planlagt utrulling ved Oslo universitetssykehus HF i 2012. Det er også pågående aktivitet innenfor elektronisk kurve og Meldingsløftet, med helt eller delvis regional finansiering i 2011, som har planlagt videreføring i 2012. På grunn av de begrensede mulighetene for IKT-investeringer må det påregnes at ikke alle de tre sistnevnte vil bli videreført i 2012. Samlet kan det bli regional finansiering av prosjekter ved Oslo universitetssykehus HF på i størrelsesorden 150 mill kroner.

Balanseføring av investeringer i IKT gjøres i regnskapet til Sykehuspartner og avskrives i tråd med regionale regler. Avskrivningene inngår i tjenestepreis som faktureres Oslo universitetssykehus HF.

Prioriterte lokale IKT-investeringer for 2012 er estimert til 20 mill kroner. Hovedsakelig omfatter dette konsolidering av administrative løsninger, deriblant innen innkjøp, faktura og logistikk. Det inngår også tiltak for å sikre fortsatt stabil drift av enkelttjenester.

#### *Omstillingsinvesteringer (herunder større bygg)*

Total ramme til omstillingsinvesteringer for 2010-2014 er 1 500 mill kroner (såkalte Dag 4-investeringer, heretter kalt fase 1 i samlokalisering). Det er til nå igangsatt prosjekter for om lag halvparten av denne rammen.

Status for igangsatte prosjekter:

Oppdaterte investeringsprognose for alle delprosjektene som er under gjennomføring/er gjennomført som del av Dag 4-arealtiltak viser at påløpte omstillingsinvesteringer innen utgangen av 2011 trolig vil være på om lag 220 mill kroner. Prognose for 2012 for disse prosjektene er om lag 290 mill kroner, hvorav om lag halvparten til nytt akuttbygg på Ullevål sykehus (se vedlegg I-8).

Følgende delprosjekter er ferdig gjennomført:

DP 04 - økt CT-kapasitet ved Rikshospitalet som følge av samlokaliseringer.  
DP 08 - økt CT-kapasitet ved Radiumhospitalet som følge av samlokaliseringer.  
DP 09 - flytting av kontorbrakker ved Ullevål grunnet nytt Akuttbygg.  
DP 12 - samlokalisering av generell gynekologi ved Ullevål.  
DP 16 - samling av vaskulær nevrokirurgi ved Rikshospitalet.

Følgende delprosjekter er under gjennomføring:

DP 03 - økt MR-kapasitet ved Rikshospitalet som følge av samlokaliseringer.  
DP 05 - nytt Akuttbygg ved Ullevål som vil understøtte overføring av aktivitet fra Aker til Ullevål.  
DP 07 - økning av postoperativ- og intensivkapasitet som understøtter overføring av regionsfunksjoner til Rikshospitalet.  
DP 18 - samlokalisering av barnekardiologi og barneonkologi ved Rikshospitalet.  
DP 19 - administrative samlokaliseringer.  
DP 21 - samlokalisering av hematologi ved Rikshospitalet.  
DP 29 - samlokaliseringa av plastikk-kirurgi og kjevekirurgi ved Rikshospitalet.  
DP 31 - UPS (avbruddsfri strømforsyning) ved Rikshospitalet som følge av økt belastning knyttet til samlokaliseringer hvilket medfører overskridelse av nåværende systems kapasitet.

Følgende delprosjekter er under planlegging:

DP 15 - samlokaliseringstiltak innen laboratediagnostikk og intervensjon inkl etablering av felles eksternt prøvemottak ved Ullevål. Når forprosjektrapport er ferdig vil denne legges frem styret for godkjennelse.  
DP 24 - samlokalisering av gynekologisk onkologi ved Radiumhospitalet. Når forprosjektrapport er ferdig vil denne legges frem styret for godkjennelse.  
DP 32 - adgangskontroll ved Rikshospitalet.  
DP 33 - infrastrukturtiltak ved Rikshospitalet knyttet til kjøling, trafo, gass og varme som følge av samlokaliseringstiltak.

De to siste delprosjektene må til fordi nye og flere oppgaver på Rikshospitalet medfører overskridelse av nåværende systems kapasitet. Forventet investering er på under 10 mill kroner.

Status for ikke vedtatte prosjekter:

Det gjenstår om lag 750 mill kroner som er disponible for ikke-vedtatte prosjekter for å gjennomføre samlokalisering av funksjoner. Tabellen under viser oversikt over foreløpig forventet investeringspådrag for de samlokaliseringstiltak som nå vil gå til forprosjektfasen for ytterligere detaljering. Flere prosjekter vil følge på etter hvert som helhetlige planen for samlokaliseringer legges.

| Omstillingsprosjekter - prosjekter på hold (gul liste) inkl nye samlokaliseringstiltak | Kommentarer   | Kostnads-estimat 2012 |
|--|---|-----------------------|
| <b>Psykisk helse og avhengighet</b>  |   |                       |
| Samlokalisering BUP (barn og ungdom dag/døgn) til Sognsvannsvn                         | Estimert av intern forvalter  | 10                    |
| Samlokalisering avhengighetsbeh Ullevål  | Estimert av intern forvalter  | 20                    |
| Flytte Alderspsykiatri til Ullevål fra Grønland  | Estimert av intern forvalter  | 1                     |
| <b>Indremedisin</b>  |   |                       |
| Flytting indremedisinsk virksomhet fra Aker til Ullevål inkl optimalisering            | Estimater fra DP 20 (gul liste) = 110 MNOK er revurdert grunnet planer om nytt pasientbygg                                      | 28                    |
| Økt stuekapasitet for pacemaker og ICD-innleggelse Ullevål                             | Estimerte kostnader på 6,9 MNOK   | 7                     |
| <b>Nevrologi og ortopedi</b>   |   |                       |
| Nevrologi – intern flytting inn i lokaler etter gynekologisk onkologi (Ullevål)        | Estimater fra DP 25 (gul liste) = 70 MNOK er revurdert grunnet planer om nytt pasientbygg                                       | 1                     |
| Ortopedi – intern flytting inn i lokaler etter nevrologi for samling (Ullevål)         |   | 12                    |
| <b>Gastrokirurgi og urologi</b>  |   |                       |
| Flytting Gastrokir virksomhet fra Aker til Ullevål                                     | Estimater fra DP 27 (gul liste) = 60 MNOK er revurdert grunnet planer om nytt pasientbygg                                       | 10                    |
| Flytting Urologisk virksomhet fra Aker til Ullevål                                     | Estimater fra DP 26 (gul liste) og DP XX (urologi poliklinikk) = totalt 47 MNOK er revurdert grunnet planer om nytt pasientbygg | 2                     |
| <b>Diagnostikk og intervensjon</b>   |   |                       |
| MR Radiumhospitalet  | Estimater fra DP xx (gul liste) = 25 MNOK   | 25                    |
| Økt gjennomlysningskapasitet for endoskopisk virksomhet på Ullevål.                    | Estimerte kostnader på 10 MNOK  | 10                    |
| Oppgradering av radiologi knyttet til overflytting av ortopedi fra Aker                | Estimert kostnad for oppgradering av eksisterende maskin  | 2                     |
| <b>Annet inkl prosjektering</b>  |   |                       |
| Prosjektledelse  |   | 10                    |
| IKT - RIS/PACS-konsolidering Aker - Ullevål  |   | 3                     |
|  |   | <b>141</b>            |

Flere av prosjektene som nå går til forprosjektfasen baserer seg på tidligere utredninger/mulighetsstudier som er gjennomført i forbindelse med Dag 4-arealtiltak. Andre prosjekter omhandler samlokaliseringer innen psykisk helse og avhengighet, da det tidligere ikke har vært planlagt omstillingsprosjekter innenfor disse fagfeltene. I tillegg er det visse prosjekter som knytter seg til understøttelse av tidligere gjennomførte eller pågående samlokaliseringer og funksjonsfordelinger. Dette gjelder følgende:

- Økt behov for stuekapasitet ved Ullevål for hjertemedisinske prosedyrer (innleggelse av ICD og pacemaker) som følge av overføring av hjertemedisin fra Aker til Ullevål.
- Økt behov for gjennomlysningskapasitet for avansert endoskopisk virksomhet (ERCP og stentinnleggelser) ved Ullevål som følge av overføring av gastromedisin fra Aker til Ullevål og for å understøtte funksjonsfordeling av gastro-onkologi til Ullevål.
- Økt behov for MR-kapasitet ved Radiumhospitalet grunnet samlokalisering av gynekologisk onkologi.
- Økt behov for radiologisk kapasitet ved Ullevål som følge av overføring av ortopedi fra Aker til Ullevål.

Forprosjektrapporter for byggeprosjekter som estimeres til 10 mill kroner eller mer vil bli forelagt styret for godkjenning.

## 5.5 Involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Drøfting av budsjettet.

Budsjettrammene stiller krav til store kostnadsreduksjoner i 2012. Dette har gjort arbeidet med budsjett 2012 krevende og stilt store krav til foretakets ansatte og ledere i hele organisasjonen. God involvering av ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten har derfor vært vektlagt i arbeidet med budsjett 2012, og det har vært forutsatt at tillitsvalgte og vernetjenester på alle nivåer blir invitert til å delta i budsjettprosessen. Dette ble spesielt understreket ved utsendelse av i de interne budsjettskrivene.

Klinikkene har gjennomført drøftinger av klinikkens budsjetter med klinikktilitsvalgte. Klinikkene har også behandlet egne budsjetter i arbeidsmiljøutvalgene (AMU). Protokoller fra klinikkens drøftemøter og referat fra behandling i AMU er oversendt og gjennomgått i

sykehusledelsen (uttrykt vedlegg til denne styresaken). Disse er videre oversendt tillitsvalgte i forkant av drøfting på sykehusnivå. Behandling av budsjettforslag 2012 i foretakets AMU skjer 8. desember. Drøfting med foretakstillitsvalgte gjennomføres tirsdag 13. desember. Protokoll fra dette ettersendes til styret så snart disse foreligger.

## **5.6 Risiko- og konsekvensvurderinger av budsjett 2012**

Oslo universitetssykehus HF skal yte fullt ut forsvarlige helsetjenester, utvikle og ivareta et trygt og stimulerende arbeidsmiljø som skal kjennetegnes av god arbeidsorganisering, faglig og personlig utvikling, konstruktive tilbakemeldinger, medvirkning og fornøyde pasienter. God kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Budsjett 2012 utfordrer sykehusets mål innen pasientaktivitet, forskning, arbeidsmiljømålinger og økonomisk handlingsrom.

Klinikkene har vurdert risiko knyttet til gjennomføring av foreslåtte tiltak i budsjett 2012. Vurderingene er utformet i lys av planlagt aktivitet (styringsmål) og foreslåtte kostnadsreducerende tiltak knyttet til driftsbudsjettet. Driftsbudsjettene for hver klinikk er foreløpig ikke saldert. Nye tiltak som en saldering av budsjettet vil kreve, er følgelig ikke risikovurdert.

Klinikkenes vurderinger er kategorisert innen områdene pasientbehandling, forsknings- og utdanningsaktivitet, arbeidsmiljø, omdømme og økonomi. Klinikkenes tekstlige innspill er deretter oppsummert på foretaksnivå. På bakgrunn av identifiserte risikoelementers sannsynlighet og konsekvens er oppsummeringen satt opp i matriser for risiko- og sårbarhet innen de nevnte kategoriene (vedlegg III). I en vurdering av både drifts- og investeringsbudsjett for 2012 vil etterslepet av investeringer innen bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT samlet forsterke risikokomponentene pasientbehandling, arbeidsmiljø og omdømme.

Risikomatrisene i vedlegg III viser at det foreslåtte budsjett for 2012 er forbundet med stor risiko i forhold til økonomisk balanse, høy risiko i arbeidsmiljø og moderat for pasientbehandling, forskning og utdanning. For å redusere risiko er sykehuset i gang med å utarbeide risikoreducerende tiltak, herunder særlig tiltak for sikre gjennomføring innenfor tildelt økonomisk ramme.

Klinikk

Klinikk Psykisk helse og avhengighet - PHA

**Notat til OUS – 02.12.2011 (oppdatert 08.12)****DEL 1 – KLINIKK (maks 6 sider)****1. Nøkkeltall for klinikken:**

|   |       |
|---|-------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>1</sup>                               | 2.218 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> – Estimert fra OUS | 2.144 |
| Behov for reduksjon   | 74    |

| År  | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| Estimert antall DRG poeng <sup>2</sup>                            |      |      |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>3</sup> |      | (*)  |
| 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.

**a. Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)**

| Avdeling                      | Brutto årsverk <sup>1</sup> november 2011 | Brutto årsverk <sup>1</sup> innenfor budsjett 2012 (Estimat) |  |
|-------------------------------|---|--|--|
| Rus- og avheng. behand. (SRA) | 399                                       | 367  |  |
| Land og Region (LoR)          | 478                                       | 491  |  |
| Lokalfunksjoner (LOK)         | 956                                       | 978  |  |
| Barn og ungdom (BUP)          | 326                                       | 275  |  |
| Forskning og utvikling (FoU)  | 46  | 55   |  |
| <b>Stab</b>                   | 13  | 21   |  |
| Generelt                      |   | -43  |  |
| Sum                           | 2218                                      | 2144   |  |
|                               |   |  |  |

<sup>1</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger<sup>2</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.<sup>3</sup> 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.



### **Klinikken**

Budsjetterte årsverk på 2.144 for 2012 baserer seg på totalt antall godkjente stillinger som også inkluderer vakante, ikke besatte stillinger. Vakante, ikke besatte stillinger pr november 2011 er ikke inkludert i brutto månedsverk på 2.218 årsverk. Nødvendigheten av reduksjon i antall årsverk er vurdert utfra nivået på totalt antall stillinger og de kostnadene disse representerer i budsjettet for 2012.

### **SRA**

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

Det planlegges for en endret drift med totalt sett en redusert bemanning på ca 50 årsverk (herunder også overføring til A-hus). Det planlegges i 2012 å styrke den polikliniske virksomheten, kort tids- og dag avdelingen ved enheten.

### **LoR**

Det blir opphør av oppgaver knyttet til Magnus gate som er en bo og rehabiliteringsenhet under avdeling for Førstegangssykose. Oppgavene som er ved Magnus gate opphører ved klinikken og betraktes videre som et kommunalt ansvar. Det er 7 årsverk ved denne enheten som blir tatt ut fra 01.02.12. Enkelte enheter innen Lands og region (LoR) blir i 2012 bemanningsmessig styrket sammenlignet med bemanningsnivået pr. nov. 2011.

### **BUP**

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. Det planlegges en reduksjon i årsverk på 44 for 2012.

### **LOK**

Det er planlagt reduksjon av 6 behandlings plasser innenfor Avdeling for Spesialisert Døgnbehandling på Dikemark. Reduksjonen 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. Enkelte deler av virksomheten innen LOK blir i 2012 bemanningsmessig styrket sammenlignet med bemanningsnivået pr. nov. 2011.

### **FoU**

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse og rus (TSB) er gjennomgående vesentlig lavere enn innen somatikken. Økningen i denne avdelingen skyldes til dels at vakante, ikke besatte stillinger er planlagt besatt i 2012. Klinikken vurderer den bemanningsmessige satsingen innen forskningsenheten som en viktig premisse for å styrke forskningen innen psykisk helse og rus.

### **Stab**

Det gjennomføres ingen økning i årsverkene innenfor klinikkstaben. I tabell 2 a fremkommer det en økning fra november 2011 på 8 årsverk, Dette skyldes at disse stillingene i dag besettes av innleide vikarer/konsulenter, pga forsinkelse i ansettelsesprosessen. Disse vil bli permanent besatt som faste stillinger.

### **Generelt**

Reduksjonen i årsverk på 43 gjennomføres ved en reduksjon av ekstravakter og overtid. Det søkes løst ved å etablere en vikarpool ved klinikken for å benytte overtallige, samt en

ytterligere reduksjon ved en strengere godkjenning ved vurdering av nødvendigheten for ekstravakter og overtid.

**b. De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012**

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012  | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|--------------------------------|
| <b>SRA.</b> Redusere antall plasser med 32  | 49                             |
| <b>LoR.</b> Nedleggelse av Magnusgt fra 02.01.12  | 5,5                            |
| <b>BUP.</b> Dimensjonering av spesial avd. til red. opptaksområde                                     | 20                             |
| <b>LOK.</b> Nedleggelse av 6 behandlingsplasser   | 10                             |
| <b>Generelt.</b> Etablering av vikarpool og strengere godkjenning ved bruk av ekstravakter / overtid. | 32,8                           |

**3. Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket**

Klinikk HR har basert på input fra Sentral HR videresendt en bestilling til klinikkenes 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 kostnads bevissthet ut i klinikken. I forbindelse med budsjettarbeidet gjennomføres en kritisk vurdering av kostnadsnivåene på de ulike artene på alle områder i klinikken.

*Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012*

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

**5. 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 arena fleksibelt. Tiltaket reduserer kostnadene samtidig som det også genererer inntekter.

**6. 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 førstegangpsykososer 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 Magnus gate 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.

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

Klinikken hovedutfordring blir å balansere / saldere budsjettet inkludert de betydelige omstillings- og overtallighetskostnader som er knyttet til organisasjonsmessige endringer.

Det er inkludert i budsjettet kalkulerte kostnader på 32,8 mill kr knyttet til nødvendige omstillinger i klinikken.

Klinikken arbeider aktivt med å etablere tiltak som har som målsetting å dekke inn omstillings- og overtallighetskostnadene, samtidig som framtidig driftsorganisasjon etableres med overordnet målsetting om forsvarlig pasientbehandling.

Følgende tiltak etableres:

- etablering av vikarpool ved klinikken for å benytte overtallige ved nødvendige ekstravakter og overtid
- ytterligere reduksjon av ekstravakter / overtid ved strengere godkjenning ved vurdering av nødvendighet

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

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

**Pasientsikkerheten** vurderes fra medium til stor risiko på grunn av en rekke forhold. Det ene er raskere turnover på behandlingen og færre på vakt. Store organisatoriske endringer kan forstyrre fokuset på pasientbehandling. Pasientene får ikke like god informasjon om behandlingen fra 1. linje pga hyppige endringer av tilbudene, særlig innen BUP og RUS. Klinikken har en gammel og manglende vedlikeholdt bygningsmasse og står derfor i fare for ikke å kunne hente ut rasjonaliseringsgevinster samt endre tilbudet i ønsket retning. En siste risiko er kompetanseflukt ved usikkerhet om arbeidsforhold.

Kompenserende tiltak vil være økt kvalitet i vurderingene og bedre opplæring av personale, gi våre samarbeidspartnere oppdatert informasjon samt økt farten i vedlikehold og ombygging av våre fasiliteter.

Det er moderat til alvorlig risiko for at **aktivitetsnivået** vil bli lavere med redusert sengekapasitet og dermed risiko for flere fristbrudd. Fare for nedgang i produksjon grunnet uhensiktsmessig bygningsmasse og vedlikehold. Videre er det relativt stor risiko for at enheter som rammes av nedskjæringer og overtallighet vil mangle fullt fokus på drift og behandling.

Det viktigste tiltaket er å holde høy poliklinisk aktivitet og kapasitet på akutt funksjoner.

**Arbeidsmiljøet** vil påvirkes av at det vil bli strammet inn på fleksible ordninger og at færre vil være på vakt og dermed lavere beredskap. Med marginale bemanningsplaner og marginalt budsjett på ekstrahjelp, kan det være fare for AML-Brudd (overtidsbestemmelser). Det er moderat til stor risiko for at usikkerhet blant ansatte vedrørende framtidige arbeidsforhold og fare for overtallighet vil påvirke arbeidsmiljøet negativt. Videre vil det være stor risiko for at problemet rundt håndteringen av de overtallige vil påvirke arbeidsmiljøet.

Det er fare for økt sykefravær i gjennomføringsprosessen av nedbemanningen. Erfaring viser at sammenslåinger av enheter og nedbemanning må gis nødvendig tid og rom for tilpasning til ny organisasjon

Det vil bli iverksatt tiltak for å bedre opplæringen med fokusere på informasjon, involvering og medvirkning. Det arbeides med tiltak i forhold til de overtallige 55+, for å sikre en god avslutning på et langt arbeidsliv. Andre overtallige vil bli plassert inn i ledige vikariater.

Risikoen for endring i Klinikkenes **Omdømme** vurderes som høy pga av store bemannings reduksjoner som berører i stor grad eldre kvinnelige ansatte, samt ufaglært arbeidskraft, der muligheten til å få seg alternativt arbeid er vanskelig. 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.

Oppmerksomhet på kvaliteten og innholdet 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.

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

## 1. Nøkkeltall for klinikken

|  |       | 2011    | 2012    |
|--|-------|---------|---------|
| Brutto årsverk november 2011                         | 1 247 |         |         |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012              | 1125  |         |         |
| Behov for reduksjon                                  | 122   |         |         |
| Estimert antall DRG poeng                            |       | 29 202  | 26 762  |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % |       |         |         |
| Estimert antall opphold                              |       | 117 085 | 102 055 |
| 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 for å imøtekomme 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.

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 90 % ø.hj. innleggelser og et pasientbelegg på gjennomsnittlig 98 %, i gamle, lite driftseffektive lokaler vil ytterligere nedtrekk medføre uakseptabel reduksjon i kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

**Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)**

|   | Bruttoårsverk november 2011 | Bruttoårsverk innen budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| <b>Totalt budsjett MED klinikk (30.11.2011)</b>                 | 1 247                       | 1 125                             | 122                 |
| <b>Ramme fra sentralt (30.11.2011)</b>                          | 1 247                       | 1 125                             | 122                 |
| MED AKUTT MEDISINSK AVDELING                                    | 167                         | 161                               | 6                   |
| MED GASTROMEDISINSK AVDELING                                    | 84                          | 81                                | 3                   |
| MED GENERELL INDRE MEDISINSK AVDELING                           | 93                          | 87                                | 6                   |
| MED GERIATRISK AVDELING   | 192                         | 175                               | 17                  |
| MED HJERTE MEDISINSK AVDELING                                   | 56                          | 53                                | 3                   |
| MED HJERTE MEDISINSK AVDELING (fra F)                           | 163                         | 129                               | 34                  |
| MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING                                | 112                         | 107                               | 5                   |
| MED LUNGEMEDISINSK AVDELING                                     | 110                         | 99                                | 11                  |
| MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE                                | 80                          | 80                                | 0                   |
| MED NYREMEDIKINSK AVDELING                                      | 87                          | 81                                | 6                   |
| MED ENDO, FOREBYGG og FEDME                                     | 66                          | 66                                | 0                   |
| MED STAB  | 37                          | 39                                | -2                  |
| Omorganisering sengepost  |                             | -20                               | 20                  |
| Reduksjon i aktivitet HSØ krav                                  |                             | -24                               | 24                  |
| Avsatt risiko 1-2-3 mat, reduksjon aktivitet HSØ krav og tiltak |                             | 11                                | -11                 |
|   | <b>1 247</b>                | <b>1 125</b>                      | <b>122</b>          |

**Kommentar:** Tallene er angitt i brutto årsverk. Dette er en parameter som på avdelingsnivå har relativt store variasjoner uten at dette nødvendigvis reflekterer endringer i underliggende driftseffektivitet.

Ved sammenslåingen til OUS så Medisinsk klinikk at de historiske rammene ga skjeve forutsetninger for drift på enhetene. Klinikken valgte derfor i 2010 å oppløse de historisk betingede budsjetter og bygget dette opp fra bunnen av. Dette ble gjort med 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 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. Den balanserte endringen, formidlet 28. november 2011, med styrking av kostnadsramme og økt aktivitetskrav møter på lang vei dette nivået.

Samtidig har føringer fra HSØ ledet til et krav om redusert aktivitet i henhold til haleaktivitet. LR+ modellen som er benyttet til dette har gitt en reduksjon på 773 DRG i aktivitetskrav med en tilsvarende redusert kostnadsramme på 23,5 millioner for Medisinsk klinikk. LR+ modellen er kun presentert på klinikknivå og det er ikke mulig på så kort tid å identifisere denne fordelingen på avdelingsnivå på en rettferdig og gjennomiktig måte.

Medisinsk klinikk har tatt inn over seg alvorligheten i henhold til haleaktivitet og er i dialog med Ahus vedrørende spesifikke pasientgrupper. Foreløpig må vi avvike fra sentral føring om utfordring på laveste nivå og legge dette sentralt til analyser og interne prosesser er gjennomført. Vi vil justere budsjettene til de enheter som er berørt i forhold til den faktiske plan for reduksjon/overføring når dette er forankret.

I tillegg har vi identifisert et tiltak (omorganisering av sengeposter) som berører flere fagavdelinger med ukjent fordeling. Vi har derfor valgt å legge dette sentralt. Inntil arbeidet er planlagt og forankret.

For å håndtere risiko ved punktene nevnt over (LR+), innføring av 1-2-3 mat og sen i igangsettelse av omorganisering av sengeposter har vi lagt inn et nivå for dette på stab.

I april 2011 er det foretatt en organisatorisk endring ved tilbakevirkende kraft fra 01.01.2011. Ved sammenslåingen av de tre sykehusene Aker, Ullevål og Rikshospitalet ble hjertemedisinsk miljø splittet. Med den organisatoriske endringen i april 2011 ønsket man å samle det hjertemedisinske fagmiljøet i større grad og overførte blant annet PCI, pacemaker og ICD virksomheten til Medisinsk klinikk. Det økonomiske resultatet av dette er at Medisinsk klinikk har økt sin utfordring med ca. 33 mill. kr. som følge av enhetenes historiske budsjetter.

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. Etter justering for nye forhold gjenstår fortsatt en uløst utfordring på disse enhetene tilsvarende ca. 30 brutto årsverk. Under disse enheter en effekt av HINAS avtale på 6 mill lagt inn samt bemanningstiltak på 4 brutto årsverk.

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*

| <b>Virkemidlene for å redusere kostnadene I 2012</b>    | <b>Effekt på antall årsverk</b> | <b>Økonomisk effekt (mill kroner)</b> |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| Omorganisering av sengeposter                           | -20                             | -12 000                               |
| Akuttgeriatriske pasienter flyttes fra Aker til Ullevål | -18                             | -9 160                                |
| Reduserte varkostnad Hinas på hjerte (fra F)            | 0                               | -6 000                                |
| Redusere med 1200 kolonoskop Gastro                     | -3                              | -2 460                                |
| Avvikle beredskapsvakt Aker Hjerte                      | -3                              | -2 310                                |
| Avslutte aktivitet Aker Lunge                           | -6                              | -2 243                                |
| Avvikle Hjerterehabilitering                            | -4                              | -2 052                                |
| Nedlegge sykehjemsprosjektet Akutt                      | -4                              | -2 014                                |
| Områdefunksjon endoskopi Gastro                         | -3                              | -1 358                                |
| Reduksjon i tuberkolosekoordinatorer Lunge              | -1                              | -538                                  |
| Fullføring av bemanningsnormer (i gang satt 2011)       | -11                             | -6 050                                |
| Andre tiltak  | -9                              | -7 403                                |
|   | <b>-82</b>                      | <b>-53 588</b>                        |

**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 avviklet, ved at alle som er sykepleiere endrer stillingskode tilbake til riktig stillingskode, og beholder nåværende lønn. Nyansatte og vikarer får riktig stillingskode og lønn. Avviklingens 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 i denne leveringen 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 på mange områder har 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), sykkelig overvekt 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 innleggelse i sykehusets akuttmottak er Medisinsk klinikk behandlingsansvarlige for ca 70 % av pasientene. Over 95 % av dette er øyeblikkelig hjelp, hvor konfereringsvaktens vurderer om pasienten kan vente til neste dag/evt tilsees 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 innleggelse.

## **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 avdeling 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 klinikks 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 allmennlegevakt)
- 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 har forankret 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.

Medisinsk klinikk har en uløst utfordring på hjertemedisinsk avdeling etter overflytting av enheter til denne avdelingen fra annen klinikk. Av de 34 som ligger i tabell for bruttoårsverksred har enhetene tiltak for ca. 4 bruttoårsverk. Resterende utfordring er med dette 30 brutto årsverk og totalt 30 mill. kr. for disse enhetene underlagt hjertemedisinsk avdeling. Total restutfordring for MED er 36 mill. kr.

I og med budsjettering fra bunn med felles prinsipper har vi i utgangspunktet budsjettert stramt. Det er en risiko forbundet med at handlingsrommet til den enkelte enhet er innskrenket til et nivå hvor uforutsette forhold kan få forsterkede negative økonomiske effekter.

Klinikken jobber kontinuerlig med utfordringsbildet.

## **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 første levering til budsjett 2012. Tiltakene er inndelt i tre hovedområder; bemanningsreduksjon, aktivitetstilpasning og strukturelle tiltak.

Klinikkenes totale risikobilde i forbindelse med gjennomføring av identifiserte tiltak til første levering vurderes til å være forsvarlig, men krever kompenserende tiltak. Klinikkenes tre hovedområder ble risikovurdert under ett ifht de fire områdene. Flere konsekvenser av tiltak kan ikke klinikken løse alene, men er avhengig av overordnede strukturelle grep og tiltak på sykehusnivå.

Klinikken ser at nye budsjettkrav mottatt 28.11.2011 er krevende og forsterker misforholdet mellom arbeidsoppgaver og bemanning ytterligere. Redusert behandlingsskapasitet gjør det vanskelig å følge lovkravene, vi vil få økte ventetider og økende antall fristbrudd. Klinikken praktiserer allerede bemanningsnorm og delte stillinger. Det er ikke mulig å redusere ytterligere bemanning uten å redusere klinisk virksomhet. Dette vil kunne øke klinikkens utfordring med overbelegg og korridorsenger. Handlingsrommet der klinikken kan ta ned DRG er minimalt fordi 95% av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp pasienter, og gjennomsnittlig beleggsprosent er 98%.

Tileggskravene må analyseres og arbeides med før de kan fordeles ut i avdelingene, og vi tror at pålagt redusert aktivitet kan medføre større risiko for fristbrudd, lengre ventelister samt overbelegg på sengepostene. Vi mener at identifiserte tiltak er forsvarlige, men at arbeidet vi nå setter i gang for å imøtekomme ytterligere nye rammebetingelser og krav forverrer klinikkens risikobilde.

- Pasientsikkerheten under behandling

Klinikkens tidligere innmeldte tiltak synes forsvarlig og går ikke utover behandlingsskvaliteten 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 ikke klinikken 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 "Sykehjemsprosjekt".

Klinikken ser seg også nødt til å redusere eller avvikle ikke budsjettert virksomhet til andre (klinikker og) sykehus. Dette vil medføre dårligere opplevd tilbud til pasientene, 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 vi ved å ha fokus på fra døgn- til dagbehandling, kortere liggetid, effekt av nye rutiner for UK meldte 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 ifht aktivitet og turnus. Men høyt arbeidstempo gir økt arbeidspress på ledere og ansatte.

Store omstillinger og stadige endringer, samt økende opplevd arbeidpress kan medføre manglende motivasjon, som igjen kan gå utover kvalitet i pasientbehandlingen.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

KKN

**DEL 1 – KLINIKK****1. Nøkkeltall for klinikken:**

|  |      |
|--|------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>4</sup>            | 2053 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> | 1876 |
| Behov for reduksjon                                  | 177  |

| År   | 2011                                 | 2012  |
|--|--------------------------------------|---|
| Estimert antall DRG poeng <sup>5</sup>                             | 52200                                | 51 054 (plantall)   |
| Produktivitetssendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>6</sup> | Ca -8,5%                             | +3,5% (Forutsetter en produktivitetsøkning på 12 % fra 2011-2012) |
| Estimert antall opphold  | 320000                               | 313000  |
| 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 traumeseksjon 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.
- Effektiviseringer ved døgn/dag/poliklinikk – sengereduksjoner og etablering av større sengeenheter. Etablere dagenhet på Rikshospitalet (evt 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)

<sup>4</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>5</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

<sup>6</sup> 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.

- ❑ 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 <sup>1</sup><br>november<br>2011 | Brutto årsverk <sup>1</sup><br>innenfor<br>budsjett<br>2012 | Behov for<br>reduksjon<br>gitt resultat<br>november | Reduksjon<br>bestilt<br>avdeling* | Reduksjon<br>bestilt<br>avdeling*,<br>inkludert<br>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  |
| <b>Sum KKN</b>                                       | <b>2053</b>                                     | <b>1876</b>   | <b>177</b>  | <b>157,6</b>                      | <b>195,7</b>  |

\*Foreløpig bestilt nedbemanning gitt prognose oktober. Avdelingene har økt/reduisert 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 budsjetttramme 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 Gaustad. Dette vil, dersom det får ledelsesmessig tilslutning, innebære at større deler av ortopedisk virksomhet flyttes fra Gaustad 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 friggi 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.**

Det har vært adressert inn til sykehusets ledelse at det må tas en overordnet prioriteringsdiskusjon på sykehusnivå basert på volum av øyeblikkelig hjelp pasienter, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og særlig sårbare grupper (kreft, barn) om hvor de største kuttene i kostnadsramme og aktivitet skal tas. Ved budsjetttrunde 4 har klinikken fått ytterligere kutt i kostnadsramme på ca 20 millioner, som nå til sammen innebærer bemanningsreduksjon på over 10%. Klinikken har også fått et aktivitetsnedtrekk fra 2011 til 2012 på 1200 DRG poeng (utgjør 2,5%). Vi har foreløpig ikke rukket å konkretisere hva dette vil bety i evt. ytterligere årsverksreduksjon. Det er ikke diskutert i ledergruppen eller med de tillitsvalgte.

Klinikken har desidert flest pasienter på venteliste i OUS, størst antall av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og lengst ventetider. Klinikken har stor andel øyeblikkelig hjelp pasienter, ansvar for kirurgisk behandling av mange kreftpasienter; for eksempel hjernesvulster, ønh kreft, hudkreft og sarkomer. I tillegg har vi ansvar for det meste av kirurgisk behandling av barn med flere landsfunksjoner. Innen f.eks ortopedi, som har hatt en særdeles dårlig driftsutvikling, innebærer det foreløpig budsjettet redusert aktivitet som vil innebære krevende prioriteringer. Risiko for ytterligere økende ventelister og fristbrudd er reelt.

c. *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) | Helåreffekt 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 Gaustad | 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 døgn 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 flyttestrukturer



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.

Det er avgjørende at vi klarer å planlegge godt og at administrasjonen og samarbeidende klinikker bidrar til at dette kan gjennomføres på en god måte.

#### **6. 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.

#### **7. 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. I tillegg vil reell aktivitetsreduksjon gi noe reduserte varekostnader.

#### **8. 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.

#### **9. 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. Ventetidene vil øke, og ytterlige noen behandlingsområder der det ikke finnes behandlingstilbud utenfor OUS, vil få utfordringer mtp fristbrudd.

##### **Områder som må søkes skjermet/prioritert 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 heldøgnsinnleggelser 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.

### **10. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012**

#### **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 rygg smerter og pasienter med akutte rygg smerter. Begge de to siste er knyttet til FORMI (FOU)

#### **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 behandlingslinje 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

#### **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.

### **11. 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. Forutsetninger lagt under punkt 3; dvs samlokalisering av ikke traumatisk nevrokirurgi på Rikshospitalet og større samling av ortopedi på Ullevål krever at sykehusets ledelse tar en overordnet beslutning og er avgjørende tiltak for å saldere budsjettet. 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.

## **12. 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, gitt også at vi skal tilpasse oss en bemanning med 10% færre ansatte. 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 behandlingskvalitet (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. Våre tillitsvalgte er tydelige i sin kritikk her, særlig knyttet til ortopedi, nevrologi, øye og nevrokirurgi. Det kreves at vi hele tiden følger 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. Budsjettet har vært diskutert med de tillitsvalgte i flere møter på klinikknivå, de har kommet med innspill både på avdelings- og klinikknivå. Det er orientert i klinikkenes arbeidsmiljøutvalg og vi har drøftet budsjettet på klinikknivå. Vi har forståelse for at vi ikke har lykkes godt nok med involvering, samtidig er det viktig å se at ledere på alle nivå også har en vanskelig oppgave gitt kulturelle forskjeller, tradisjoner, interessekonflikter 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 prioriteringer på mange nivå.



Klinikk

Kvinne- og barneklubben (KVB)

**DEL 1 – KLINIKK (maks 6 sider)****1. Nøkkeltall for klinikken:**

|  |      |
|--|------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>7</sup>            | 1611 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> | 1557 |
| Behov for reduksjon                                  | 54   |

| År  | 2011   | 2012   |
|---|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng <sup>8</sup>                            | 33360  | 33193  |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>9</sup> | -3,96% | +1,0%  |
| Estimert antall opphold   | 156000 | 151000 |
| 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 <sup>1</sup> november 2011 | Brutto årsverk <sup>1</sup> innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|---|---|--|---------------------|
| Gynekologisk kreft <sup>10</sup>                    | 108                                       | 108  | 0                   |
| PFI & Kvinnehelse                                   | 2   | 2  | 0                   |
| Barneavdeling for nevrofag                          | 94  | 93   | 1                   |
| Barnemedisinsk avdeling                             | 498                                       | 489  | 9                   |
| Fødeavdelingen                                      | 382                                       | 369  | 13                  |
| Gynekologisk avdeling                               | 248                                       | 245  | 3                   |
| Nyfødtintensiv                                      | 250                                       | 224  | 26                  |
| 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 som trenger å sammenslås.

<sup>7</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>8</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Sent på høsten 2012 forventes Gynkrefts sengepost på Ullevål å flyttes til DNR og samlokaliseres med Gynkrefts sengepost der. Forventet bemanningsreduksjon på ca 5 årsverk.

- **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 misforståelse mellom henvisningskontoret og fødeenhetene slik at det ble henvist for få fødende til Ullevål høsten 2011.
- **Gynekologisk avdeling (Gyn):** Gyn fikk i 2011 kuttet budsjettmidlene sine 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 bare delvis en reduksjon i antall pasienter, og i større grad en vridning fra ”enkle” pasienter med tilstrekkelig finansiering (inkl. premature) til dårlig finansierte men ressurskrevende komplisert syke barn født til termin (inkl. misdannelser og fødselsasfyksi som nå behandles med hypotermi).

**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                           | 1,5                      | 2,7                            |
| Reduksjon variabel lønn og innleie                          | 6,6                      | 15,8                           |
| Medikamentbesparelser                                       | 0                        | 1,2                            |
| Samlokalisering (nye tiltak)                                | 6                        | 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                            |
| <b>Totalt</b>   | <b>32</b>                | <b>57</b>                      |

Disse tiltakene er ikke tilstrekkelig for å komme i budsjettbalanse i 2012. Vi mangler tiltak for ca 44 brutto årsverk og ca kr 24 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 8,5 årsverk da V. 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 samlokalisert med sengepost i 2.etg.

**Legenes arbeidstid og permisjoner:** Disse tiltakene gjelder ny vaktplan for hjertelegene (NB dette tiltaket er ikke ferdig utredet, drøftet og konkludert – prosess pågår), mindre bruk av legevikarer på Fødeavdelingen, og tettere oppfølging av leger i spesialisering.

**Reduksjon i variabel lønn og innleie:** Innplasseringsprosessen medførte 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.

**Medikamentbesparelser:** Se avsnitt 4 for informasjon.

**Samlokalisering:** Vi har tre store samlokaliseringprosjekter 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 misforståelser rundt riktig nivå på antall henvisninger hatt for få fødsler i perioden sept-des 2011. Dette er rettet opp og aktiviteten vil være etter plan i 2012.

Dersom avdelingene gjennomfører tiltakene i tråd med ovennevnte beregninger vil de ha følgende estimerte budsjettavvik i 2012 i million kroner:

| Avdeling,<br>mill kroner | Estimert<br>avvik 2011 | Endring<br>utgiftsrammer | Tiltak<br>effekt<br>2012 | Estimert<br>avvik 2012 |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Gynkreft                 | 0                      | -1                       | 1                        | 0                      |
| Gyn                      | -10                    | -1                       | 9                        | -2                     |
| Føde                     | -24                    | 1                        | 10                       | -14                    |
| Nyfødt                   | -30                    | -4                       | 14                       | -20                    |
| Nevrofag                 | 1                      | -6                       | 4                        | 0                      |
| Barnemed                 | -11                    | -7                       | 18                       | 0                      |
| Stab*                    | 31                     | -20                      | 1                        | 12                     |
| <b>Totalt KVB</b>        | <b>-43</b>             | <b>-38</b>               | <b>57</b>                | <b>-24</b>             |

\* Midler for midlertidig tillatt underskudd på kr 12 mill er plassert i Stab. Derfor går Stab med kr 12 mill i pluss i 2012, men disse midlene forsvinner i 2013.

Tabellen viser at alle avdelingene, bortsett fra Fødeavdelingen og Nyfødtintensivavdeling, vil være tilnærmet i balanse i 2012. Estimert negativt avvik for Kvinne- og barnekliviken er på kr 24 mill i 2012.

Ved utgangen av 2012 vil vi dog være i større grad tilpasset vårt budsjett, da 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 tiltaket ikke lagt inn i budsjettet, men vi bidrar 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 klinikkenes kostnader med minimum kr 0,5 mill eller påføre andre klinikker større utgifter.

Takket være gode prisrabatter som er oppnådd gjennom LIS-systemet vil vi oppnå en besparelse i medikamentkostnader på kr 1,2 mill i 2012 sammenlignet med 2011. Videre er det et potensiale på opptil ytterligere kr 0,9 mill i reduserte medikamentkostnader, men det fordrer endring i bruk av medikamenter. Vedrørende det siste jobber Barnemedisinsk avdeling og Nyfødtintensiv avdeling med å vurdere realismen i tiltakene og tallene, og disse 0,9 mill er foreløpig ikke lagt inn i budsjettet.

Tilblanding og kjøp av TPN utgjør en stor utgiftspost og ressursbruk for nyfødt intensiv på RH og U. Vi er i prosess med firma vedrørende kjøp av ferdigblandinger som vil kunne gi rimeligere innkjøp (enn kjøp av apotektillaget) og noe bemanningsreduksjon. Dette er foreløpig heller ikke lagt inn i budsjettet.

#### *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 nyfødtsscreening vil trolig innføres fra 1. mars 2012, men dette er en utvidelse av en funksjon og den er fullfinansiert over 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 til 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 og 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 kompetansenhet 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 i 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 gjennom uken 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 bør ikke redusere den samlede medisinske behandlingskvaliteten. De øvrige tiltakene vurderes heller ikke å 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 pasienttilstrømming 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 har behov for ulike typer tilrettelegging (inkl. fritak fra nattevakt) som i betydelig grad innskrenker deres mulighet til å delta i alle deler av arbeidet som tilligger den arbeidsgruppen vedkommende tilhører.

Påtvungede endringer som endring i innhold i arbeidet for den enkelte ved at pasientgrupper flyttes og oppgaver endres og at tidligere dagarbeidende må gå i helgeturnus vil for en del kunne redusere trivselen. Siden det er så mange samtidige endringer og presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig øket, er det dessverre en betydelig risiko for at arbeidsmiljøet forverres innen en del områder og yrkesgrupper.

- **Omdømme**

Økonomiske forhold og medieomtale har trolig gitt sykehuset og klinikken et svekket omdømme, både i befolkningen og i politisk miljøer. Ytterligere kutt i ressursbruken vil kunne øke risikoen for flere negative medieomtaler, 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 betydelig negativt av dagens ”manglende budsjettkontroll”, og en videreføring av dagens utgiftsnivå innebærer over tid trolig like stor samlet omdømmerisiko som de foreslåtte tiltakene.

|         |   |
|---------|---|
| Klinikk | Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken |
|---------|---|

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

|   |                    |
|---|--------------------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>11</sup>                                  | 2123 <sup>12</sup> |
| Brutto årsverk avvik <sup>14</sup> ift. prognose desember 2011 <sup>1</sup> | 28                 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup>                        | 1984               |
| Behov for årsverksreduksjon nov. 2011 til budsjett 2012                     | 139                |
| Spesifisert årsverksreduksjon   | 52                 |
| Uspesifisert restutfordring årsverk   | 87                 |

| År   | 2011   | 2012   |
|--|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng <sup>13</sup>                            | 63830  | 62621  |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>15</sup> | -6,5 % | 0,44%  |
| Estimert antall opphold  | 316000 | 320000 |
| Antall senger i klinikken  | 418    | 398    |

### 2. Forventet utgangsfart i form av brutto månedsverk<sup>1</sup> 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.

<sup>11</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>12</sup> Klinikken har en økning av eksternt finansierte gjennom 2011 på 23 årsverk.

<sup>13</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

<sup>14</sup> Avvik mellom faktisk tall november og prognose desember.

<sup>15</sup> 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           |
| <b>SUM Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken</b> | <b>52,05</b> | <b>52,255</b> |

Klinikken 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 klinikken 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. Sentralt i den videre håndteringen av klinikkens budsjettkrav er organisering av øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi og urologi etter at akuttmottaket på Aker legges ned.

Klinikkledelsen og involverte avdelinger ser for seg en løsning der all akutt kirurgi for gastrokirurgi samles til Ullevål og der løsningen for urologien vil bli avklart i videre prosess. Dette er ikke innarbeidet i de konkrete tiltakene, men mandat er utarbeidet med deltagelse av de involverte avdelinger og felles prosess vil starte opp medio desember. Dette vil ha full resultateffekt for senest andre halvår 2012. Klinikken vil basert på oppdaterte oversikter over overføringsprosessen mot Ahus og Vestre Viken, redusere kapasitet i avdelingene i henhold til dette.

Klinikken ønsker også 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 kvartal 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 87 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 klinikkenes 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 klinikkenes 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. Klinikken risikovurderingen 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 klinikkenes betyr det at aktiviteten i hovedsak kan 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 klinikkenes 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.

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.



Klinikkenes 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.

- **Omdømme**

Klinikkenes 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 klinikkenes krav om budsjettbalanse for 2012 for alle avdelinger vil med stor sannsynlig ramme pasientbehandling og klinisk forskning i et omfang som bedømmes som alvorlig.

Budsjett 2012 ble behandlet i klinikkenes arbeidsmiljøutvalg 01.12.2011. Det ble gjort følgende vedtak tilknyttet risiko- og konsekvensvurderingen:

Klinikk AMU er inneforstått med foretakets økonomiske situasjon, men er bekymret for virkningen på arbeidsmiljø og de ansatte ved gjennomføring av budsjettbalanse samtidig som vi er i en krevende omstillingsprosess. Klinikk AMU frykter at tiltakene medfører økt risiko mht arbeidspress/ tidspress/ sykefravær samt øker faren for ytterligere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser både for ledere og medarbeidere.

Budsjett prosessen er gjennomført innenfor stramme tidsrammer. Dette har medført at man ikke i tilstrekkelig grad har kunnet ivareta medvirkning og involvering på alle nivåer i klinikken.

Klinikk AMU fremhever at dette er særlig viktig i forhold til ivaretagelse av arbeidsmiljøet i en krevende omstillingsprosess, preget av stor usikkerhet knyttet til foretakets økonomiske situasjon.

Klinikk

HJERTE -LUNGE OG KAR KLINIKKEN HLK

**DEL 1 – KLINIKK (maks 6 sider)****1. Nøkkeltall for klinikken:**

|  |     |
|--|-----|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>16</sup>           | 763 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> | 703 |
| Behov for reduksjon                                  | 60  |

| År   | 2011   | 2012   |
|--|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng <sup>17</sup>                            | 29.824 | 29.825 |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>18</sup> | +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 Hjerter-, 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 helårs effekt 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. Samordning med TKA1 sengepost vil også bli vurdert. 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

<sup>16</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>17</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

<sup>18</sup> 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.

Det er svært viktig for både driftsøkonomi og faglig kvalitet at det kommer en rask beslutning om fremtidig plassering av Karavdelingen på Aker

### Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)

| Avdeling  | Brutto årsverk <sup>1</sup><br>november 2011 | Brutto årsverk <sup>1</sup><br>innenfor budsjett<br>2012 | Behov for<br>reduksjon |
|---|--|--|------------------------|
| HLK THORAXKIRURGISK<br>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<br>POLIKLINIKK              | 12   | 12   | 0                      |
| HLK INSTITUTT FOR<br>KIR FORSKNING              | 6  | 5,6  | -0,4                   |
| <b>HLK INSTITUTT FOR EKSP<br/>MED FORSKNING</b> | 15   | 15   | 0                      |
| HLK<br>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 sykepleiebemanning 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 klinikkssjef 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.

Klinikken vil tilstrebe å arbeide bedre på tvers av fagområder og driftsenheter, 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.

| Avdeling          | Seksjon/enhet:           | Sted:   | Avtale   | Varighet          | Type      | Har dokumentasjon | Vurdering av behov | Videre føres? |
|-------------------|--------------------------|---------|--|-------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------|
| 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 overtidstid  | ?                 | 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 perfusjonistjenesten.

#### 4. Reduksjon i varekostnader og andre kostnader (innkjøp)

Klinikken har god oversikt over priser og bruk av dyre implantater / driftsutstyr knyttet til dyre behandlinger. Dyre 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 drifts endringer 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,-. Antall pasienter som vil ha behov for en slik behandling er ca 5 stk pr. år Pasientene er 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 Thoraxadelingen:**

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 hjertex 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 gi 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)

- tilrettelagt arbeidsforhold

*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) |
|---------|----------------------|

## DEL 1 – KLINIKK (maks 6 sider)

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

|  |      |
|--|------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>19</sup>           | 2240 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> | 2134 |
| Behov for reduksjon                                  | 106  |

### 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. Dersom beredskap opprettholdes på alle lokalisasjoner, betyr dette 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 58 årsverk, 13 på PhS og 45 på klinikken for øvrig. Klinikken har beregnet at budsjettutfordring er 106 årsverk ut fra tildelt budsjetttramme for neste år og estimert underskudd i 2011. Dette er fordelt med 20 på PhS og 86 for klinikken for øvrig.

Innmeldte tiltak fra avdelingene er følgelig ikke tilstrekkelig for å saldere budsjettet for 2012 i forhold til tildelt ramme. Klinikken har en usaldert utfordring på 28,4 mnok. 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 har lagt inn usaldert årsverk på 48 fordelt med 7 på PhS og 41 på Akuttklinikken for øvrig. Den usalderte utfordringen er lagt på 2 tiltak, samt en restsaldering på overordnet nivå på klinikken. Avvikling av ø-hjelp på Aker fra 1.7. er lagt inn med 16 årsverk. Intensiv er pålagt et ytterligere krav på 10 årsverk. Restsaldereingen på 15 årsverk er plassert på klinikkleidelsen.

Klinikken har flere områder som det arbeides med for å bedre effektivitet, kvalitet og drift:

- Avvikle ø-hjelp Aker
- Dagkirurgi – fremtidig konsept

<sup>19</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

- Eierskap Intensiv – intensivkoordinering
- Koordinering av personellressurser på tvers
- Behov for intermediærsenger – utskrivningsklare pasienter ligger på Ullevål
- Redusere antall operasjonsstuer
- Kriterier for utskrivningsklare pasienter – standardiserte rutiner
- Standardiserte oppstartstider operasjonsstuer på elektive pasienter – hyppigste inngrep
- PhS
  - Anskaffelse minibusser og internruter OUS - estimat på effekt
  - Effekt samhandling
  - Effekt ventesoner

*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 |
|--------------------------|------------------------------|---|---|----------------|
| Akuttmottak              | 151                          |   | -10   | -9             |
| Anestesiologi            | 203                          |   | -11   |                |
| Anestesisykepleie        | 308                          |   | -11   | -3             |
| Forskning og utvikling   | 11                           |   | 0   |                |
| Smertebehandling         | 39                           |   | -2  |                |
| Traumatologi             | 7                            |   | 4   |                |
| PO/Intensiv              | 571                          |   | -10   | -10            |
| Operasjon                | 165                          |   | -7  | -4             |
| Sterilavdelingen         | 116                          |   | 1   |                |
| Stab                     | 43                           |   | 0   | -15            |
| <b>Sum AKU eksk PhS</b>  | <b>1614</b>                  | <b>-86</b>  | <b>-45</b>                                  | <b>-41</b>     |
| Prehospitalt senter      | 626                          | -20   | -13   | -7             |
| <b>SUM Klinikker AKU</b> | <b>2240</b>                  | <b>-106</b>   | <b>-58</b>                                  | <b>-48</b>     |

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 nye lokaler å flytte inn i på de ulike lokalisasjonene. Dette er foreløpig ikke endelig avklart, men er foreslått som et mulig tiltak for å håndtere den usalderte utfordringen.

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 | 26                       | 19                             |
| Egen drift og kostnadsdrivere                           | 27                       | 17                             |
| Optimalisere og utnytte operasjonskapasitet             | 4                        | 3                              |
| Oppbygging av traumatologi                              | -4                       | -4                             |
| Andre tiltak  | 5                        | 6                              |
| <b>Sum klinikk</b>                                      | <b>58</b>                | <b>41</b>                      |

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:
  - Bemanningsnormer, 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 i del 2 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 som må 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 nattevaksandel 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 klinikkenes avdelinger er aktive deltakere i anbudsarbeidene i Helse Sør-Øst og bruker mye tid på vegne av sykehuset. 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 akutelt

## **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 prehospitale tjenester i Asker og Bærum. Innstilling er oversendt Helse Sør-Øst, og vi venter på avklaring. Tilsvarende er det enighet om å gjennomgå ansvar for prehospitale tjenester 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 Prehospitale tjenester 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 prehospitale tjenester – 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 restutfordring på 28,6 mnok. Dette fordeler seg med 4,2 mnok på PhS og 24,4 mnok på resten av klinikken. De meldte tiltakene i klinikken utgjør til sammen 41 mnok. PhS har meldt inn tiltak for 8 mnok og klinikken for øvrig 33 mnok.

Områdene som er skissert ovenfor i punkt 2 kan gi mulige effekter for å imøtekomme den usalderte utfordringen. Dette gjelder spesielt dersom øhjelp blir avviklet på Aker i løpet av 2012. Det er en forventning i klinikken på at dette kan gjennomføres før sommeren 2012. En samlet utflytting av all øyeblikkelig hjelp fra Aker vil gi en økonomisk effekt på årsbasis på nærmere 10 mnok.

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.

Et annet fokusområde for klinikken er å få raskere utskriving av ferdigbehandlede pasienter fra intensivhetene, samt en bedre koordinering av ressurser på tvers av enheter, avdelinger

og klinikker. Dette vil kunne gi en innsparing på innleie og overtid, ikke bare i Akuttklinikken, men for hele sykehuset.

Det er økt besparingspotensiale i PhS under forutsetning av at senteret får gjennomført tiltak i forhold til økt bevissthet/opplæring, rekvisjoner, hensiktsmessige ventesoner, personellet fra avdelingene følger pasienter til ventesoner, bedre planlegging flyreiser samt en fordeling av utkjøring av pasienter fra OUS over hele dagen. Dette vil kreve noen investeringer (bygningmessig og i mini-helseekspresser), mens driften vil kunne få en betydelig innsparing.

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

Det presiseres at denne risikovurderingen er gjort basert på de tiltakene vi har skissert som mulige. Restutfordringen i prehospitaltjenester 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.

Klinikkledelsen ser også med bekymring på den totale arbeidsbelastningen som ledere utsettes for med flere svært krevende og omfattende prosesser og som gjennomføres samtidig.

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

## Drøftemøte med klinikktillitsvalgte i KDI

### 1. Rammeforutsetninger

#### Eksterne rammeforutsetninger

Klinikken har i 2011 et totalt kostnadsbudsjett på 1.678 MNOK eksklusive eksternfinansierte/øremerkede midler (ØM) og lønnsoppgjør 2011. ØM vil nivåbudsjetteres etter historikk og prognoser for utvikling av nivå, lønnsoppgjør 2011 er løpende kompensert av OUS på laveste nivå, men holdes utenfor i detaljbudsjettering pga ulikt innslagtidspunkt. Inkludert i kostnadsrammen 2011 lå en hale (kompensasjon for etterheng av overført aktivitet) på 12,7 MNOK og et styringsavvik på 25 MNOK. Dette bortfaller i 2012, i tillegg kommer tekniske/balanserte endringer som følge av overføring av Hormon.lab fra Medisinsk klinikk, forskningsgruppe fra Stab, ansatte til Sykehuspartner, kompensasjon for endring av inntekter som følge av omlegging av kodeverk på radiologi, samt prisjustering på inntekter og kostnader. I tillegg kommer klinikken til å gjøre noen balanserte endringer mellom inntekter og kostnader pga høyere inntekt/kostnadsnivå på enkelte områder.

Klinikken har spilt inn en rekke forhold en ønsker kompensert av sykehuset, bl.a midlertidig finansiering av Aker-drift, økning aktivitet lab/rad relatert til statsbudsjettet og økning innen transplantasjon. Diskusjon om prioriteringer inne OUS pågår fortsatt i ledermøtene, men signalene hittil er at lab/rad ikke blir prioritert og at sykehuset skal ha som mål å begrense bruken av lab/rad tjenester. Imidlertid har klinikken fått ca 8 MNOK til dekning av økt aktivitet samt 6 MNOK i nytt styringsavvik (dekke ulempe drift Aker), dette er beløp som fortsatt er litt i spill, og vil kunne endre seg frem mot at endelig budsjett vedtas i styret for OUS.

#### Interne rammeforutsetninger

Klinikken har tatt utgangspunkt i historiske rammer, modellen bygger på 2010, men disse bygger igjen på historikk fra de 3 (4) tidligere sykehusene. Spesielt ARN, PAT har med seg en historisk budsjett utfordring, men som støtteklinikk blir KDI alltid hengende etter finansieringsmessig. Det er vanskelig å gjøre prioriteringer både på sykehuset og internt i klinikken. Vi har derfor betydelige utfordringer på klinikken, hovedsakelig på ARN, PAT, MBK og IMM. Dette er de største avdelingene som også bør ha størst potensial for besparelser/effektivisering på litt sikt, men er også de med størst kortsiktig ulempe. Historiske rammer er ikke nødvendigvis rettferdig/logisk fordelt og det er vanskelig å gjøre omfordelinger. Omprioriteringer er forsøkt gjort ved å knytte fordeling av utfordring opp mot investeringer/tiltak som er prioritert de ulike avdelingene. Dette er noe som er ønskelig også fremover, som felles prøvemottak mot 2013 budsjett. Klinikken har i 2012-prosess prøvd å skeivfordele noe ramme gjennom en "Prioriteringspott", trekker ut 2 % av alle avdelinger og refordeler midler etter vektning på *Avvik pasienthendelser*, *Belastning Ø-hjelp* og *Diagnostikk inneliggende*. Det er også tatt ramme fra enkeltavdelinger MIK, AMG og IVS, som midlertidig er tildelt avdelinger med store kortsiktige utfordringer. Ledergruppen i klinikken må jobbe videre med prioriteringer og prinsipp for fordelinger gjennom 2012.

Tabell 1

| Prog 2012 (pr okt.) ekskl. lønnsoppgjør | KDI Total     | ADM         | ARN           | MBK           | FAR          | AMG           | PAT           | IMM          | MIK          | IVS        | BiO        | USAL*          |
|---|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------|------------|----------------|
| 31 Inntekter                            | -410 837      | 0           | -137 573      | -48 620       | 0            | -96 322       | -32 639       | -22 152      | -45 360      | -3 270     | -24 902    | 0              |
| 33 Basisramme                           | -1 236 423    | -14 032     | -440 944      | -255 842      | -14 664      | -15 036       | -156 299      | -49 495      | -98 060      | -31 401    | -149 665   | -10 986        |
| 4 Varekostnader                         | 450 498       | 0           | 104 251       | 98 707        | 208          | 25 377        | 33 831        | 37 725       | 63 016       | 4 631      | 78 911     | 3 840          |
| 5 Lønnskostnader                        | 1 196 812     | 13 000      | 462 240       | 227 846       | 15 662       | 77 756        | 162 163       | 59 363       | 90 755       | 28 288     | 56 041     | 3 698          |
| 6-9 Andre driftskostnader               | 64 335        | 500         | 42 208        | -4 863        | 152          | 4 308         | 9 226         | -19 491      | -2 588       | 2 058      | 39 973     | -7 147         |
| <b>Prognose utfordring 2012</b>         | <b>64 386</b> | <b>-532</b> | <b>30 183</b> | <b>17 228</b> | <b>1 359</b> | <b>-3 917</b> | <b>16 283</b> | <b>5 950</b> | <b>7 763</b> | <b>306</b> | <b>359</b> | <b>-10 595</b> |
| Snitt Brutto årsv. 2011                 | 1 865         | 16          | 627           | 412           | 17           | 124           | 252           | 94           | 167          | 41         | 116        |                |
| Snitt.Kost Brutto årsv.                 | 642           | 805         | 737           | 553           | 935          | 628           | 645           | 634          | 543          | 694        | 482        |                |
| Estimert utfordring årsvrk.             | 70,1          | -0,6        | 31,1          | 22,1          | 1,4          | -4,5          | 20,0          | 7,2          | 8,6          | 0,4        | 0,2        | -17            |

\*Usaldert inneholder en reserve/ikke fordelte forhold på 10MNOK, og enkelte posteringer gjort på klinikknivå.

Fremstillingen i tabell 1 viser fremskrivning av 2011 kostnader uten 2011 lønnsoppgjør, slik de er sammenlignbare med budsjettrammer for 2012 budsjett. Prognose utfordring viser da en utfordring på klinikknivå på ca 65 MNOK, fordelt på avdelingene med en ufordelt reserve på ca 10 MNOK. Utfordringen er konkretisert som årsverk basert på historisk andel lønnskostnader fordelt på snitt kostnad pr brutto årsverk. Dette blir på enkelte avdelinger noe misvisende, da noen effektiviseringstiltak inneholder større andeler andre driftskostnader, eller lønselementene ikke utgjør brutto årsverk. Eksempelvis vil avvikling av kveldspoliklinikk på radiologi gi en besparelse i kroner, men ikke i årsverk. Teknisk behov for reduksjon er dermed ikke nødvendigvis antall stillinger avdelingen skal ned med.

## 2. Oppsummering av detaljerte planer i avdelingene for å imøtekomme budsjett 2012

Avdelingene har jobbet hardt med å ferdigstille sine detaljbudsjett og detaljere sine tiltak for å møte utfordringene for budsjett 2012. Avdelingene har tilpasset seg sine tildelte budsjettrammer og tilsynelatende utarbeidet nok tiltak til å imøtekomme budsjettkravet for 2012. Det gjenstår imidlertid en del kvalitetssikring av både detaljbudsjettering og tiltak, av erfaring vet vi dessuten at tiltaksoppnåelsen aldri blir 100 %, slik at vi bør ha tiltak for mer enn utfordringen. Arbeid med tiltak vil derfor være en kontinuerlig prosess gjennom 2012.

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, kvalitetsmessige 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. Klinikken vil derfor jobbe parallelt med å lage gode businesscase og skaffe finansiering av disse slik at de kan komme med effekter i årene fremover.

Klinikken gjennomførte innplassering i juli 2011, for mesteparten av klinikken. 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 er nå er 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 ressurser på opprettholdelse av døgnvakt på Aker, og dette blir stadig mer krevende også HR-messig og arbeidsmiljømessig. Ved bortfall av akuttvirksomheten, og overføring av de tyngste kirurgiske inngrepene til Ullevål og RH, bør klinikken kunne ta ut disse vaktkostnadene og oppnå en reduksjon i samlet arbeidsbelastning. I budsjettet forutsettes akuttmottaket avvirket innen 01.04.12. MBK må fortsatt opprettholde noe vaktvirksomhet etter dette, men ønsker å vurdere behovet for døgnvakten videre gjennom 2012 med ambisjon



om å avvikle døgnvakt helt innen 01.09.12. 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. Klinikkenes største detaljerte tiltak beskrevet over, utgjør 64 årsverk og 65 MNOK i tillegg har klinikken en rekke mindre tiltak. Total tiltaksliste for KDI er fremstilt i tabell 2 nedenfor.

Tabell 2

| Oppsummering tiltak                                   | Avd | HR.2012     | Effekt.2012   | HR.2013     | Effekt.2013    |
|---|-----|-------------|---------------|-------------|----------------|
| Lab.automasjon/omstrukturering lab.                   | IMM | 2,5         | 2 600         | 0,0         | 2 600          |
|   | MBK | 2,0         | 3 400         |             | 4 500          |
|   | MIK | 1,0         | 3 900         | 1,0         | 5 350          |
| <b>Totalt Lab.automasjon/omstrukturering lab.</b>     |     | <b>5,5</b>  | <b>9 900</b>  | <b>1,0</b>  | <b>12 450</b>  |
| <b>Totalt Kveldspol</b>                               | ARN | <b>-4,0</b> | <b>10 000</b> |             | <b>10 000</b>  |
| Bemanningsstilpassning/omstrukturering                | ARN | 20,0        | 12 017        | 4,0         | 15 400         |
|   | MBK | 4,0         | 2 650         |             | 3 000          |
|   | PAT | 12,0        | 7 680         |             | 7 680          |
|   | MIK | 2,0         | 1 100         |             | 1 100          |
| <b>Totalt Bemanningstilpassning/omstrukturering</b>   |     | <b>38,0</b> | <b>23 447</b> | <b>4,0</b>  | <b>27 180</b>  |
| Red.OUS aktivitet                                     | ARN |             | 3 000         |             | 3 000          |
|   | MBK | 9,0         | 8 300         |             | 8 300          |
|   | PAT | 4,0         | 2 760         |             | 2 760          |
|   | MIK | 1,0         | 1 900         |             | 1 900          |
| <b>Totalt Red.OUS aktivitet</b>                       |     | <b>14,0</b> | <b>15 960</b> |             | <b>15 960</b>  |
| Avvikling akuttinntak Aker fra 01.03.12               | ARN | 0,0         | 2 500         |             | 5 000          |
|   | MBK | 11,0        | 2 880         |             | 5 940          |
| <b>Totalt Avvikling akuttinntak Aker fra 01.03.12</b> |     | <b>11,0</b> | <b>5 380</b>  |             | <b>10 940</b>  |
| Andre tiltak  | AMG | -7,0        | 1 800         | 1,0         | 6 000          |
|   | ARN | -4,0        | 4 300         | 9,0         | 22 400         |
|   | BiO | 0,0         | 100           |             | 250            |
|   | MBK | 3,3         | 7 247         | 14,0        | 17 432         |
|   | PAT |             | 500           |             | 500            |
| <b>Totalt Andre tiltak</b>                            |     | <b>-7,8</b> | <b>13 947</b> | <b>24,0</b> | <b>47 032</b>  |
| <b>Totalt</b>   |     | <b>56,8</b> | <b>78 634</b> | <b>29,0</b> | <b>123 562</b> |

Tabellen viser oppsummering av tiltak med årsverk og øk. effekt spilt inn i budsjettprosessen

### 3. 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.

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 det eksisterer 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.

#### 4. 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. Det er også gode holdepunkter fra tilsvarende innsparingsprosjekter i andre helseforetak for at det foreligger et visst overforbruk av radiologi og laboratorietjenester, og at forbruket av tjenestene fra KDI knyttet til behandlingen av den enkelte pasient i OUS kan reduseres ved en gjennomgang av forbruksmønsteret.

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.

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

Tabell 3

| Utfordring løst av tiltak               | KDI Total     | ADM      | ARN           | MBK           | FAR      | AMG          | PAT           | IMM          | MIK          | IVS      | BiO        | USAL     |
|---|---------------|----------|---------------|---------------|----------|--------------|---------------|--------------|--------------|----------|------------|----------|
| Prognose utfordring 2012                | 64 386        | 0        | 30 183        | 17 228        | 1 359    | 0            | 16 283        | 5 950        | 7 763        | 306      | 359        | -10 595  |
| Lab.automasjon/omstrukturering lab.     | 9 900         |          |               | 3 400         |          |              |               | 2 600        | 3 900        |          |            |          |
| Kveldspol                               | 10 000        |          | 10 000        |               |          |              |               |              |              |          |            |          |
| Bemanningsstilpassning/omstrukturering  | 23 447        |          | 12 017        | 2 650         |          |              | 7 680         |              | 1 100        |          |            |          |
| Red.OUS aktivitet                       | 15 960        |          | 3 000         | 8 300         |          |              | 2 760         |              | 1 900        |          |            |          |
| Avvikling akuttinntak Aker fra 01.03.12 | 5 380         |          | 2 500         | 2 880         |          |              |               |              |              |          |            |          |
| Andre tiltak                            | 13 947        |          | 4 300         | 7 247         |          | 1 800        | 500           |              |              |          | 100        |          |
| <b>Sum tiltak</b>                       | <b>78 634</b> | <b>0</b> | <b>31 817</b> | <b>24 477</b> | <b>0</b> | <b>1 800</b> | <b>10 940</b> | <b>2 600</b> | <b>6 900</b> | <b>0</b> | <b>100</b> | <b>0</b> |
| Justert mht forsiktighet tiltak/prog*   | 66 909        |          | 27 183        | 16 228        | 700      |              | 13 283        | 1 950        | 6 900        | 306      | 359        |          |
| Restutfordring                          | -1 926        | -        | -3 000        | -1 000        | -659     | -            | -3 000        | -4 000       | -863         | -0       | 0          | 10 595   |

Tabellen viser estimert budsjettutfordring løst med innarbeidede tiltak, henger stort sett sammen med innmeldt budsjett

\*Justerer tiltakseffekt med en usikkerhet enten på tiltakssiden eller på estimert utfordring

Klinikken har fått innlevert detaljbudsjetter av samtlige avdelinger. De aller fleste avdelinger har tilpasset seg tildelte budsjetttrammer og har gode tiltak for å imøtekomme utfordringen. Det gjenstår noe kvalitetssikring av tiltakene og detaljbudsjettene, samt eventuell fordeling av reserven, og tilpassning til eventuell endring av rammeforutsetning fra OUS mht aktivitetsforutsetninger. Prognoser og foreløpige oppsummeringer antyder at klinikken har løst budsjettutfordringen. Med risiko for avdekking av forhold som kan fremkomme under kvalitetssikring, vil klinikken melde om en risiko for resultatavvik på +/- 10 MNOK.

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

- Pasientsikkerheten under behandling,
  - Behandlingskvaliteten: Diagnostikkvaliteten vil opprettholdes, lav risiko
  - fare for svikt i diagnostisk tilbud: Liten
  - brudd på pasientrettigheter: Moderat risiko
- Aktivitetsnivå

- fristbrudd, flaskehals i diagnostisk tilbud kan forårsake fristbrudd: moderat risiko
- gjennomføring av lovpålagte tjenester: prioriteres, lav risiko
- gjennomføring av øvrige tjenester: moderat risiko
- antall pasienter til diagnostikk: 5 % reduksjon, moderat risiko
  
- Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)
  - tilrettelagt arbeidsforhold: moderat risiko
  - faren for svikt og skader: lav
  - overholdelse av lovavtaler: lav risiko for svikt
  - omstilling kan skape betydelig stress for enkelte personer/miljøer: moderat risiko
  
- 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 |
|---------|---------------------------|

**DEL 1 – KLINIKK (maks 6 sider)****1. Nøkkeltall for klinikken:**

|  |        |                       |         |
|--|--------|-----------------------|---------|
| Brutto månedsverk november 2011 <sup>20</sup>        | 1717   | År                    | 2011    |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup> | 1525   | Antall middager       | 770.000 |
| Behov for reduksjon i årsverk (*)                    | Ca 250 | Antall portøroppdrag  | 520.000 |
|  |        | Antall tonn tekstiler | 3.700   |

(\*) Snitt brutto årsverk i 2011 vil være 1.775. Behov for reduksjon fra månedsverk ifra november 2011 er 192.

**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 utgangsfart 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 mener modellen for fordeling av nedtrekket knyttet til A-hus og Vestre Viken har en beregningsfeil som gjør at rammen til Oslo sykehusservice i 2011 ble redusert med ca 50mnok for mye.

For 2012 har Oslo sykehusservice fått skjerpet sitt styringsmål med 51 millioner kroner i forhold til 2011.

Ut fra tildelt budsjettramme for må Oslo sykehusservice redusere sine oppgaver med 110mnok fra 2011 til 2012. Dette vil i all hovedsak måtte tas med reduserte årsverk. Oslo sykehusservice må redusere sin bemanning med ca 14% mens de øvrige klinikkene som skal motta støtte fra Oslos sykehusservice i snitt må redusere sin bemanning med i underkant av 5%.

<sup>20</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

**Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå (Senter)**

| Virksomhetsområde  | Brutto månedsværk november 2011 | Brutto årsverk 2011 (snitt januar) | Brutto årsverk <sup>1</sup> 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 sykehushygiene   | 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 årsverk (og som tilsvarer brutto månedsværk i oktober 2011). Ut fra antall brutto månedsværk i november er behovet for ytterligere reduksjon på 192 årsverk. 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 årsverk (192 fra november). Dette følger av reduserte rammer og skjerpet innsparingskrav på totalt 80mnok og negativt resultat for 2011 på 30mnok.

250 årsverk er fordelt jevnt ut på virksomhetsområdene. Det har ikke vært ønskelig med ”bruk av osthøvel”, 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 sykehuservice forvalter vesentlige vare- og driftskostnader på vegne av sykehuset. Totalt utgjør disse ca 1 milliard kroner. Oslo sykehuservice 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 sykehuservice 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 sykehuservice. 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 avtaledækning 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 avtaledækning 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 sykehuservice 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 øvrig inne som tiltak. Dersom tiltaket ikke gjennomføres så øker utfordringen. Det kan måtte bli aktuelt å vurdere måltidene og råvaresammensetning.

Ca 60mnok 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 16.000m<sup>2</sup> 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 forbereding av sanering, dersom det skulle være konflikt mellom disse to hensynene.

Ca 40mnok går til drift av sykehotell på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Avtale med eksternt 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 15nok 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.

#### *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.

## **5. 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

## **6. 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 110mnok eller 250 årsverk. Det vil si at det mangler virkemidler for om lag 50mnok 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.

## **7. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert**

OSS må redusere sine kostnader med 110mnok, og vi har tiltak for ca 60mnok. Dette er stort sett tiltak som ikke vil gå vesentlig utover pasientbehandlingen.

Det mangler effektiviseringstiltak for om lag 125 årsverk. Dersom budsjetttrammer og styringskrav til Oslo sykehusservice opprettholdes 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 negative konsekvensene må likevel forventes å bli betydelige når rammeforutsetningene forutsetter 300 % høyere nedbemanning i Oslo sykehusservice enn i de øvrige enhetene som skal støttes av Oslos sykehusservice.

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.



**OUS – Oppsummering av stabsbudsjettet 2012**

Fokuset i notatet er primært satt på endringer fra 2011. Det bør bemerkes at det er en del flyttinger mellom enheter, noe som gjør det krevende å dokumentere endringene med 100 % nøyaktighet. Stabsbudsjettet er, med unntak av den endringen som har funnet sted relatert til antall frikjøpte tillitsvalgte, satt opp innen den tildelte utgiftsrammen på 337mnok (i tillegg kommer IKT).

| <b>STAB</b>                                 | <b>Red årsverk i 2012</b> | <b>Bud årsverk i 2012</b> |
|---|---------------------------|---------------------------|
| DIREKTØRENS KONTOR                          | 1,00                      | 10,80                     |
| FAG OG PASIENTSIKKERHET                     | 8,00                      | 32,00                     |
| FORSKNING, INNOVASJON OG UTDANNING          | 4,50                      | 27,45                     |
| HR-STAB                                     | 3,50                      | 30,10                     |
| KOMMUNIKASJONSSTAB                          | 2,00                      | 19,40                     |
| SAMHANDLING OG INTERNASJONALT SAMARBEID     | 3,00                      | 13,00                     |
| ØKONOMI, JURIDISK og IKT                    | 8,80                      | 81,95                     |
| <b>SUM stabsenheter ekskl tillitsvalgte</b> | <b>30,80</b>              | <b>214,7</b>              |
| HR-STAB - tillitsvalgte                     |                           | 43,00                     |
| <b>SUM stabsenheter</b>                     | <b>30,80</b>              | <b>257,70</b>             |

**Kommentarer pr. stabsenhet;***Direktørens kontor*

- 3 sekretærer er flyttet fra øvrige stabsenheter til direktørens kontor. Hensiktsmessig sekretærbemanning vurderes etter at denne organiseringen er prøvet ut.

*Fag og Pasientsikkerhet*

- Fag og pasientsikkerhet er satt opp i henhold til drøftingsnotat av 09.11.2011. Enheten har 32 årsverk. Inkludert i nåværende bemanningen inngår overflyttingen av 5 årsverk fra Informasjonssikkerhet personvern, 3 årsverk fra programkontoret og 3 hovedverneombud. Stabsenheten finansierer 2 stillinger via eksterne midler.

*Forskning, Innovasjon og Utdanning*

- FIU er redusert med 4,5 årsverk. Det jobbes med organisatorisk plassering av forskningsstøttefunksjoner som skal overføres til OSS.

*HR-STAB*

- HR er redusert med 3,5 årsverk. 3 stillinger fra OSS omstilling er overført til HR.

*Kommunikasjonsstab*

- Kommunikasjonsstab er redusert med 2 årsverk

*Samhandling og Internasjonalt Samarbeid*

- Samhandling er redusert med 3 årsverk. Budsjettert årsverk i 2012 er satt til 11 inkl 0,5 årsverk fra brukerutvalget. 5,5 årsverk fra Læresenteret er overført til klinikkene: 0,5 årsverk til Medisinsk klinikk, 1 årsverk til Kvinne og Barn Klinikken, 2,5 årsverk til OSS og 1,5 årsverk er til Klinikkk for kirurgi og nevrofag.

#### *Økonomi Juridisk og IKT*

- Økonomi og juridisk er redusert med 1,5 økonom og ca. 1,3 jurist.
- IKT har gjennomført en reorganisering medio 2011, der det ble etablert en sentral strategisk IKT-stab på 31 årsverk. Personvern- og informasjonssikkerhet (4 årsverk) ble overført til Fag og Pasientsikkerhet og to enheter med totalt 11 årsverk ble overført til OSS. I tillegg er 15 årsverk planlagt virksomhetsoverdratt til Sykehuspartner første halvår 2012. Netto reduksjon av årsverk som følge av reorganiseringen er seks, av disse er det to overtallige hvor det til nå ikke er funnet varig løsning.

#### **Tillitsvalgte**

I tilknytning til gjeldende samarbeidsavtale mellom OUS og ansattes organisasjoner ble det forhandlet om frikjøp av tillitsvalgte. I dialog mellom administrerende direktør og foretakstillitsvalgte ble det valgt en modell hvor det ble etablert et normalnivå på antall frikjøpte tillitsvalgte på 30 årsverk.

I tillegg ble det gitt anledning til å ha ekstra frikjøp av tillitsvalgte på 13 årsverk i den mest hektiske omstillingsperioden som følger av fusjonsprosessen. Siden det også i 2012 må påregnes at det vil foregå ekstraordinært mange og omfattende endringsprosesser er det fortsatt budsjettert med 43 årsverk (30+13).

Dersom situasjonen i 2013 blir mer normalisert når det gjelder omfattende strukturendringer og nedbemanning så må nødvendige prosesser for å redusere frikjøpet ned til det som er avtalefestet å være normalnivået startes som følge av budsjettarbeid for 2013.

#### **Kommentarer relatert til øvrige driftsutgifter;**

- Det er som hovedregel foretatt en prisjustering på 1,6 %, i tråd med gitte forutsetninger fra eier.
- Avsatte midler til konsulentkjøp er redusert fra 35,7mnok til 20,7mnok.
- Gruppelivsforsikring er estimert til 38mnok, noe som er en nedgang på 2mnok sammenlignet med fjorårets budsjett. Nivå på årets forsikringer, samt gjennomførte reduksjoner i antall årsverk er hovedbegrunnelsen for denne reduksjonen. Helse Sør-Øst er i ferd med å reforhandle forsikringsavtalene. p.t. er innhold og estimert kostnad for nye avtaler ikke kjent.
- Kontingent til Spekter er nedjustert med 0,4mnok som følge av reduksjon i antall årsverk. (Estimert kontingent er satt til 14,9mnok. Kontingenten til Spekter beregnes ut fra lønnskostnad, noe som gjør at lønnsoppgjørene påvirker nivået på kontingenten.)

# Risikovurdering – konsekvenser av gjennomførte budsjetttiltak 2012

|  |                |             |       |                        |              |            |
|--|----------------|-------------|-------|------------------------|--------------|------------|
| K<br>O<br>N<br>S<br>E<br>K<br>V<br>E<br>N<br>S | Svært alvorlig |             |       |                        |              |            |
|  | Alvorlig       |             |       |                        |              | Økonomi    |
|  | Moderat        |             |       | Pasient-<br>behandling | Arbeidsmiljø |            |
|  | Lav            |             |       | Omdømme                |              |            |
|  | Ubetydelig     |             |       | Aktivitet              |              |            |
|  |                | Meget liten | Liten | Moderat                | Stor         | Svært stor |
| SANNSYNLIGHET                                  |                |             |       |                        |              |            |

# Pasientbehandling

|                |             |       |            |      |            |   |                                  |
|----------------|-------------|-------|------------|------|------------|---|----------------------------------|
| Svært alvorlig |             |       |            |      |            | # | Risikoelement                    |
| Alvorlig       |             |       | 2          |      |            | 1 | Fare for feilbehandling          |
| Moderat        |             | 1     | 3, 4, 5, 6 |      |            | 2 | Fristbrudd øker                  |
| Lav            |             |       |            |      |            | 3 | Ventetider med rett øker         |
| Ubetydelig     |             |       |            |      |            | 4 | Mangelfull pasientinfo.          |
|                |             |       |            |      |            | 5 | Overbelegg/<br>korridorpasienter |
|                | Meget liten | Liten | Moderat    | Stor | Svært stor | 6 | MTU/ IKT                         |

# Arbeidsmiljø

|                |             |       |         |            |            |
|----------------|-------------|-------|---------|------------|------------|
| Svært alvorlig |             |       |         |            |            |
| Alvorlig       |             |       |         | 5          | 8          |
| Moderat        |             |       | 4, 6    | 1, 2, 3, 7 |            |
| Lav            |             |       |         |            |            |
| Ubetydelig     |             |       |         |            |            |
|                | Meget liten | Liten | Moderat | Stor       | Svært stor |

| # | Risikoelement                                |
|---|--|
| 1 | Brudd AML                                    |
| 2 | Økt arbeidsbelastning                        |
| 3 | Krevende omstillingsprosesser                |
| 4 | Økt arbeidspress og kontrollspenn for ledere |
| 5 | Overtallighet, utrygghet                     |
| 6 | Manglende motivasjon                         |
| 7 | Forskjellige interne kulturer                |
| 8 | Avvik innen bygg, MTU, brannvern, IKT        |

# Aktivitet – forskning, utdanning, opplæring

|                |             |       |         |      |            |   |  |
|----------------|-------------|-------|---------|------|------------|---|--|
| Svært alvorlig |             |       |         |      |            | # | Risikoelement                          |
| Alvorlig       |             |       |         |      |            | 1 | Redusert forskning                     |
| Moderat        |             |       | 1, 2, 3 |      |            | 2 | Redusert undervisn./<br>kompetanseutv. |
| Lav            |             |       | 4       |      |            | 3 | Økt behov ambulanse-<br>transport      |
| Ubetydelig     |             |       |         |      |            | 4 | Unødvendige lange<br>pas.opphold       |
|                | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor |   |  |

# Omdømme

|                |             |       |         |      |            |
|----------------|-------------|-------|---------|------|------------|
| Svært alvorlig |             |       |         |      |            |
| Alvorlig       |             |       | 3, 4    | 1    |            |
| Moderat        |             |       | 2       |      |            |
| Lav            |             |       |         |      |            |
| Ubetydelig     |             |       |         |      |            |
|                | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor |

| # | Risikoelement                  |
|---|--------------------------------|
| 1 | Krevende omstillingsprosesser  |
| 2 | Negative økonomiske resultater |
| 3 | Økte ventetider/ fristbrudd    |
| 4 | Redusert behandlingskapasitet  |

# Økonomi

|                |             |       |         |      |            |
|----------------|-------------|-------|---------|------|------------|
| Svært alvorlig |             |       |         |      |            |
| Alvorlig       |             |       |         | 1    | 2          |
| Moderat        |             |       | 3       |      |            |
| Lav            |             |       |         |      |            |
| Ubetydelig     |             |       |         |      |            |
|                | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor |

| # | Risikoelement                          |
|---|--|
| 1 | Forsinket gjennomføring av tiltak      |
| 2 | Manglende tiltak                       |
| 3 | Redusert pasientaktivitet – tap av DRG |



## Notat

Sentralbord: 02770

Til: Klinikktillitsvalgte og klinikkerneombud i  
Kreft-, kirurgi- og  
transplantasjonsklinikken

Kreft- og kirurgiklinikken  
Stab

Kopi:

Fra: Sigbjørn Smeland

Saksbeh.: Arne Fosseng

Dato: 22.11.2011

Sak: Til drøftingsmøte om budsjett 2012 -  
fordeling av rammer og budsjettkrav  
mellom avdelinger og institutter i Kreft-,  
kirurgi- og transplantasjonsklinikken

Viser til innkalling til drøftingsmøte om budsjett 2012 fredag 25. november 2011. Tidligere er klinikkens budsjettnotat fra 15. november utsendt sammen med møteinnkallingen.

I dette dokumentet gjøres det kort rede for fordeling av kostnadsrammer og budsjettkrav mellom avdelingene og instituttene i klinikken.

De viktigste endringene fra budsjett 2011 til budsjett 2012 er følgende:

- bortfall av haleaktivitet (reduert ramme og DRG-krav)
- bortfall av negativt styringsmål (kun E)
- øvrig rammereduksjon
- det er for budsjett 2012 ikke tillatt å budsjettere med udefinerte innsparingskrav

### Fordeling av foreløpig budsjetttramme for 2012

Klinikkens foreløpige budsjetttramme for 2012 som ble sendt ut i juli 2011 ble fordelt mellom avdelingene og instituttene i klinikken etter en kombinasjon av to prinsipper. For det første ble de budsjettkravene som knyttes til aktivitetsoverføringen fordelt mellom de avdelingene som har hatt aktivitetsoverføring. For det andre ble klinikkens udefinerte innsparingskrav fordelt mellom alle avdelinger og institutter etter andel av budsjettet.

Fordeling av den foreløpige budsjetttrammen med avledet krav til årsverksreduksjon ble fordelt separat mellom enhetene i tidligere E og G.

For avdelingene i tidligere E ble først kravene som er knyttet til aktivitetsoverføringen fordelt mellom de kliniske avdelingene som har hatt aktivitetsoverføring. Deretter ble klinikkens udefinerte innsparingskrav fordelt mellom alle avdelinger og institutter. For tidligere G ble klinikkens udefinerte innsparingskrav fordelt mellom avdelingene.

Fordelingen etter tidligere organisasjonsstruktur for de to tidligere klinikkene er vist i tabell 1. Deretter er kravene samlet for avdelingene og instituttene i den nye klinikken. Det er vist i tabell 2.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fordelingen i tabell 2 har ikke inkludert fordeling av Avdeling for kontor fra tidligere klinikk G mellom Avdeling

|         |   |
|---------|---|
| Klinikk | Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken |
|---------|---|

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

|  |                   |
|--|-------------------|
| Brutto årsverk november 2011 <sup>1</sup>                                  | 2123 <sup>2</sup> |
| Brutto årsverk avvik <sup>4</sup> ift. prognose desember 2011 <sup>1</sup> | 28                |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 <sup>1</sup>                       | 2046              |
| Behov for årsverksreduksjon nov. 2011 til budsjett 2012                    | 77                |
| Spesifisert årsverksreduksjon  | 50                |
| Uspesifisert restutfordring årsverk  | 27                |

| År  | 2011   | 2012   |
|---|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng <sup>3</sup>                            | 63830  | 63763  |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % <sup>5</sup> | -6,5 % | 0,44%  |
| Estimert antall opphold   | 316000 | 320000 |
| Antall senger i klinikken   | 418    | 398    |

### 2. Forventet utgangsfart i form av brutto månedsverk<sup>1</sup> 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

Klinikken 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.

<sup>1</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>2</sup> Klinikken har en økning av eksternt finansierte gjennom 2011 på 23 årsverk.

<sup>3</sup> DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

<sup>4</sup> Avvik mellom faktisk tall november og prognose desember.

<sup>5</sup> 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 Fordeling av foreløpig budsjettamme og krav til årsverksreduksjon. Etter tidligere organisasjonsstruktur for E og G.**

Alle tall i tabellen er ekskl. ekstern finansiering.

| Avdeling etter tidligere org.struktur                | Utgiftsramme 2011 | Foreløpig ramme 2012 | Endring i ramme | Fordeling av ramme-reduksjon | Fordeling av ramme 2012 | Fordeling av årsverks-reduksjon |
|--|-------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Avdeling for bryst- og endokrinkirurgi               | 18 798            |                      |                 | 1 440                        | 17 358                  | 1,5                             |
| Avdeling for gastrokirurgi (E)                       | 247 567           |                      |                 | 33 768                       | 213 799                 | 35,7                            |
| Avdeling for kreftbehandling                         | 583 208           |                      |                 | 17 452                       | 565 756                 | 18,5                            |
| Avdeling for urologi                                 | 91 880            |                      |                 | 13 837                       | 78 043                  | 14,6                            |
| Avdeling for medisinsk fysikk                        | 35 469            |                      |                 | 961                          | 34 508                  | 1,0                             |
| Avdeling for klinisk service (E)                     | 27 825            |                      |                 | 754                          | 27 071                  | 0,8                             |
| Institutt for kreftforskning                         | 72 304            |                      |                 | 1 958                        | 70 346                  | 2,1                             |
| Institutt for medisinsk informatikk                  | 42 568            |                      |                 | 1 153                        | 41 415                  | 1,2                             |
| Klinikkstab (E)                                      | 17 169            |                      |                 | 465                          | 16 704                  | 0,5                             |
| Udefinert innsparingskrav (E)                        | -25 491           | 0                    | -25 491         |                              |                         |                                 |
| Avdeling for blodsykdommer                           | 139 924           |                      |                 | 10 896                       | 129 028                 | 17,2                            |
| Avdeling for transplantasjonsmedisin                 | 222 322           |                      |                 | 17 313                       | 205 009                 | 27,4                            |
| Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 105 947           |                      |                 | 8 250                        | 97 697                  | 13,0                            |
| Avdeling for lever-, gastro- og barnekirurgi         | 72 335            |                      |                 | 5 633                        | 66 702                  | 8,9                             |
| Avdeling for klinisk service (G)                     | 19 067            |                      |                 | 1 485                        | 17 582                  | 2,3                             |
| Avdeling for kontor                                  | 33 140            |                      |                 | 2 581                        | 30 559                  | 4,1                             |
| Institutt for indremedisinsk forskning               | 1 926             |                      |                 | 150                          | 1 776                   | 0,2                             |
| Klinikkstab (G)                                      | 22 391            |                      |                 | 1 744                        | 20 647                  | 2,8                             |
| Udefinert innsparingskrav (G)                        | -40 650           | 0                    | -40 650         |                              |                         |                                 |
| <b>Totalt E</b>                                      | <b>1 111 297</b>  | <b>1 065 000</b>     | <b>-71 788</b>  | <b>71 788</b>                | <b>1 065 000</b>        | <b>76</b>                       |
| <b>Totalt G</b>                                      | <b>576 402</b>    | <b>569 000</b>       | <b>-48 052</b>  | <b>48 052</b>                | <b>569 000</b>          | <b>76</b>                       |
| <b>Totalt KKT</b>                                    | <b>1 687 699</b>  | <b>1 634 000</b>     | <b>-119 840</b> | <b>119 840</b>               | <b>1 634 000</b>        | <b>152</b>                      |

for transplantasjonsmedisin, Avdeling for Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer og Avdeling for blodsykdommer.

**Tabell 2 Fordeling av foreløpig budsjettramme og krav til årsverksreduksjon mellom avdelinger og institutter i KKT.**

Alle tall i tabellen er ekskl. ekstern finansiering.

| Avdelinger og instituttet er etter vedtatt organisasjonsstruktur KKT | Utgiftsramme 2011 | Fordeling av ramme-reduksjon | Fordeling av ramme 2012 | Fordeling av årsverks-reduksjon |
|--|-------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Avdeling for gastrokirurgi   | 319 902           | 39 401                       | 280 501                 | 45                              |
| Avdeling for kreftbehandling   | 602 006           | 18 893                       | 583 113                 | 20                              |
| Avdeling for urologi   | 91 880            | 13 837                       | 78 043                  | 15                              |
| Avdeling for medisinsk fysikk  | 35 469            | 961                          | 34 508                  | 1                               |
| Avdeling for klinisk service   | 46 892            | 2 238                        | 44 654                  | 3                               |
| Institutt for kreftforskning   | 72 304            | 1 958                        | 70 346                  | 2                               |
| Institutt for medisinsk informatikk                                  | 42 568            | 1 153                        | 41 415                  | 1                               |
| Klinikkstab  | 39 560            | 2 209                        | 37 351                  | 3                               |
| Avdeling for blodsykdommer   | 139 924           | 10 896                       | 129 028                 | 17                              |
| Avdeling for transplantasjonsmedisin                                 | 222 322           | 17 313                       | 205 009                 | 27                              |
| Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer                 | 105 947           | 8 250                        | 97 697                  | 13                              |
| Avdeling for kontor - fordeles                                       | 33 140            | 2 581                        | 30 559                  | 4                               |
| Institutt for indremedisinsk forskning                               | 1 926             | 150                          | 1 776                   | 0                               |
| Udefinerte innsparingskrav   | -66 141           |                              |                         |                                 |
| <b>Totalt KKT</b>  | <b>1 687 699</b>  | <b>119 840</b>               | <b>1 634 000</b>        | <b>152</b>                      |

I ettertid er Avdeling for kontor fra tidligere G delt mellom tre avdelinger i den nye klinikken. Det gjelder Avdeling for transplantasjonsmedisin, Avdeling for blodsykdommer og Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer. Fordelingen er vist i tabell 3 under.

**Tabell 3 Fordeling av avdeling for kontor.**

| Avdeling                                | Eks. kontor      | Kontor       | Ramme ink. Kontor |
|---|------------------|--------------|-------------------|
| Kreftbehandling                         | 583 113          | 0            | 583 113           |
| Gastro- og barnekirurgi                 | 280 501          | 0            | 280 501           |
| Transplantasjonsmedisin                 | 205 009          | 18 686       | 223 695           |
| Blodsykdommer                           | 129 028          | 1 703        | 130 731           |
| Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 97 697           | 10 170       | 107 867           |
| Urologi                                 | 78 043           | 0            | 78 043            |
| Klinisk service                         | 44 654           | 0            | 44 654            |
| Medisinsk fysikk                        | 34 508           | 0            | 34 508            |
| Institutt for kreftforskning            | 70 346           | 0            | 70 346            |
| Institutt for medisinsk informatikk     | 41 415           | 0            | 41 415            |
| Institutt for indremedisinsk forskning  | 1 776            | 0            | 1 776             |
| Klinikkstab                             | 37 351           | 0            | 37 351            |
| <b>Totalt KKT</b>                       | <b>1 603 441</b> | <b>30559</b> | <b>1 634 000</b>  |

### Fordeling av endelig budsjettramme for 2012

Klinikkene fikk i november 2011 endelige budsjettrammer fra sykehusledelsen. De nye rammene inneholder følgende elementer som er endret fra foreløpig rammefordeling fra juli 2011:

- et lite, negativt styringsmål for klinikken for 2012

- prioritert aktivitetsvekst (kostnadsramme og DRG-krav)
- prisvekst, 1,6 %
- særskilte tildelinger (nye nasjonale behandlingstjenster)

Det negative styringsmålet utgjør 6,1 mNOK. Det negative styringsmålet er knyttet til klinikkens utfordring i forhold til å gjennomføre omstillingen. Det fordeles mellom Avdeling for gastro- og barnekirurgi og Avdeling for urologi.

Den prioriterte aktivitetsveksten består både av en økning i kostnadsrammen og av et krav om økt aktivitet i form av DRG-poeng. Den prioriterte aktivitetsveksten er fordelt mellom de kliniske avdelingene i klinikken i form av en økning i kostnadsrammen, sammen med et økt DRG-krav. I fordelingen av aktivitetsveksten er transplantasjonsaktiviteten prioritert i tråd med økning i DRG-vekter i 2012.

Prisveksten er fordelt proporsjonalt mellom avdelinger og institutter etter andel av klinikkens interne kostnadsramme.

Ekstra tildelinger gjelder et særlig tilskudd til finansiering av en ny nasjonal behandlingstjeneste i Avdeling for gastro- og barnekirurgi.

Fordeling av styringsmål, aktivitetsvekst, prisvekst og særskilte tildelinger er gjengitt i tabell 4 under sammen med rammene for avdelinger og institutter i klinikken.

**Tabell 4. Fordeling av utgiftsramme mellom avdelinger og institutter i KKT - november 2011**

| Avdeling                                | Ramme ink. Kontor | Styringsmål | Aktivitetsvekst kr. | Økt DRG-krav poeng | Prisvekst 1,6 % | Ekstra tildelinger | Ny ramme nov. 11 |
|---|-------------------|-------------|---------------------|--------------------|-----------------|--------------------|------------------|
| Kreftbehandling                         | 583 113           |             | 0                   | 0                  | 2 127           |                    | 585 240          |
| Gastro- og barnekirurgi                 | 280 501           | 4 449       | 4 700               | 210                | 1 023           | 1755               | 290 673          |
| Transplantasjonsmedisin                 | 223 695           |             | 9 750               | 410                | 816             |                    | 234 261          |
| Blodsykdommer                           | 130 731           |             | 3 500               | 105                | 477             |                    | 134 708          |
| Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 107 867           |             | 1 265               | 65                 | 393             |                    | 109 526          |
| Urologi                                 | 78 043            | 1 651       | 1 350               | 73                 | 285             |                    | 81 329           |
| Klinisk service                         | 44 654            |             | 0                   | 0                  | 163             |                    | 44 817           |
| Medisinsk fysikk                        | 34 508            |             | 0                   | 0                  | 126             |                    | 34 634           |
| Institutt for kreftforskning            | 70 346            |             | 0                   | 0                  | 257             |                    | 70 603           |
| Institutt for medisinsk informatikk     | 41 415            |             | 0                   | 0                  | 151             |                    | 41 566           |
| Institutt for indremedisinsk forskning  | 1 776             |             | 0                   | 0                  | 6               |                    | 1 782            |
| Klinikkstab                             | 37 351            |             | 0                   | 0                  | 136             |                    | 37 487           |
| <b>Totalt KKT</b>                       | <b>1 634 000</b>  | <b>6100</b> | <b>20565</b>        | <b>863</b>         | <b>5960</b>     | <b>1755</b>        | <b>1 666 625</b> |

**Tabell 5 Oversikt over resultatfordring i budsjett 2012 i form av årsverk, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken.**

| Avdeling                                | Brutto årsverk november 2011 | Brutto årsverk innenfor bud. 2012 | Behov for reduksjon fra nov. 2011 til bud. 2012 | Innmeldte tiltak fra avdelinger og institutter | Resterende utfordring årsverk korrigert |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| Kreftbehandling                         | 767                          | 750                               | 17  | 17   | 0.0                                     |
| Gastro- og barnekirurgi                 | 382                          | 353                               | 29  | 9  | 20.4                                    |
| Transplantasjonsmedisin                 | 261                          | 248                               | 13  | 5  | 8.2                                     |
| Blodsykdommer                           | 129                          | 117                               | 11  | 1  | 10.5                                    |
| Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 151                          | 139                               | 12  | 5  | 7.0                                     |
| Urologi                                 | 141                          | 131                               | 10  | 2  | 7.9                                     |
| Klinisk service                         | 76                           | 73                                | 3   | 2  | 1.1                                     |
| Medisinsk fysikk                        | 40                           | 39                                | 1   | 1  | 0.0                                     |
| Institutt for kreftforskning            | 83                           | 81                                | 2   | 2  | 0.0                                     |
| Institutt for medisinsk informatikk     | 53                           | 52                                | 1   | 2  | 0.0                                     |
| Institutt for indremedisinsk forskning  | 0                            | 0                                 | 0   | 0  | 0.0                                     |
| Klinikkstab                             | 40                           | 36                                | 4   | 5  | 0.0                                     |
| <b>KKT samlet</b>                       | <b>2123</b>                  | <b>2021</b>                       | <b>102</b>                                      | <b>50</b>                                      | <b>55</b>                               |

| Avdeling for kreftbehandling         |             |               |  |
|--------------------------------------|-------------|---------------|--|
| Årsverk                              | Kroner      | Kategori      | Årsverk<br>Kommentar   |
| 0,5                                  | 0,3         | Hjelpepleier  | Overføring Vestre Viken  |
| 5                                    | 2,5         | Sykepleie     | Sengepost A8   |
| 6                                    | 3,0         | Sykepleie     | Variabel lønn sengeposter  |
| 1,5                                  | 0,8         | Stråleterapi  | Reduksjon var. lønn stråleterapi   |
| 2                                    | 0,6         | Stråleterapi  | Redusert antall stipend videreutd.   |
| 1,5                                  | 0,7         | Adm/kontor    | Reduksjon i stabs-/støttefunksjoner  |
| 0,3                                  | 0,2         | Lege          | Ledigholdelse D-stilling og professorat deler av året  |
| <b>Andre tiltak</b>                  |             |               |  |
|                                      | 3,0         | Varekostnader | Medikamenter, reduserte priser LIS   |
|                                      | 1,5         | Varekostnader | Medikamenter, endret bruk. Zometa til denosumab  |
| <b>16,8</b>                          | <b>12,6</b> |               |  |
| Avdeling for gastro- og barnekirurgi |             |               |  |
| Årsverk                              | Kroner      | Kategori      | Årsverk<br>Kommentar   |
| 6                                    | 2,6         | Sykepleie     | Reduksjon med 5 senger, 1. kvartal   |
| 3                                    | 3,3         | Overleger     | 1-4 kvartal  |
|                                      | 1,1         | Leger         | Reduksjon UTA - samordning vaktturnuser, 2. kvartal.<br>Foreløpig ikke omregnet til årsverk. |
| <b>Andre tiltak</b>                  |             |               |  |
|                                      | 0,6         | Varekostnader | Reduserte utstyrskostnader, eget prosjekt  |
| <b>9</b>                             | <b>7,6</b>  |               |  |
| Avdeling for transplantasjonsmedisin |             |               |  |
| Årsverk                              | Kroner      | Kategori      | Årsverk<br>Kommentar   |
| 5                                    | 2,3         | Kontor        | Reduksjon i antall budsjetterte kontorstillinger, bedre arbeidsflyt i avd.                   |
| <b>Andre tiltak</b>                  |             |               |  |
|                                      | 1,0         | Varekostnader | Redusert innleie etter sammenslåing av sengeposter   |
|                                      | 1,5         | Varekostnader | Medikamenter reduserte priser  |
|                                      | 0,7         | Inntekter     | Innføre fakturering for henteutgifter ved eksport av levergraft.                             |
| <b>5</b>                             | <b>5,5</b>  |               |  |
| Avdeling for blodsykdommer           |             |               |  |
| Årsverk                              | Kroner      | Kategori      | Årsverk<br>Kommentar   |
| 0,6                                  | 0,7         | Overleger     | Ledighold i tre 20 % stillinger.   |
|                                      | 0,5         | Overleger     | Samordning bakvakt, ikke omregnet til årsverk  |
|                                      | 0,7         | Sykepleie     | Redusert variabel lønn. Ikke omregnet til årsverk.   |
| <b>Andre tiltak</b>                  |             |               |  |
|                                      | 1,5         | Varekostnader | Medikamentkostnader, blødere. Midlertidig effekt.  |
|                                      | 4,0         | Varekostnader | Medikamenter. Redusert bruk av medikamenter med høy kostnad.                                 |
| <b>0,6</b>                           | <b>7,4</b>  |               |  |

| Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer |            |                 |   |
|--|------------|-----------------|---|
| Årsverk  | Kroner     | Kategori        | Årsverk<br>Kommentar  |
| 3,5  | 2,1        | Sykepleie       | Hud sengepost, Imm/Inf/Revma sengepost, Olafiaklinikken                 |
| 1  | 0,5        | Hjelpepleier    | Hud poliklinikk   |
| 0,25   | 0,2        | Overleger       | Midlertidig ledighold, 3 mnd.   |
| <b>Andre tiltak</b>                                  |            |                 |   |
|  | 0,8        | Driftskostnader | Reduserte driftskostnader, Olafia. Gjelder spesielt husleie.            |
|  | 0,2        | Varekostnader   | Medikamenter, Revmatologi   |
|  | 0,3        | Inntekter       | Økt aktivitet Imm/Inf. poliklinikk. 5-8 kons. pr. uke                   |
|  | 0,2        | Inntekter       | Økt aktivitet, Revmatologi, 3 dagbeh. pr. uke                           |
| <b>4,75</b>  | <b>4,3</b> |                 |   |
| Avdeling for urologi                                 |            |                 |   |
| Årsverk  | Kroner     | Kategori        | Årsverk<br>Kommentar  |
| 2  | 2,0        | Overleger       | Redusert bemanning 2011 etter overf. Ahus.                              |
| <b>Andre tiltak</b>                                  |            |                 |   |
|  | 3,0        | Varekostnader   | Reduserte implantatkostnader inkontinensproteser                        |
|  | 1,0        | Varekostnader   | Reduserte utstyrs kostnader, overføring RALP til Telemark               |
| <b>2</b>   | <b>6,0</b> |                 |   |
| Avdeling for klinisk service                         |            |                 |   |
| Årsverk  | Kroner     | Kategori        | Årsverk<br>Kommentar  |
| 1  | 1,1        | Ledere          | Reduserer med én avdelingslederstilling etter sammenslåing              |
| 0,2  | 0,1        | Sykepleie       | Psykiatrisk sykepleier, Sosialmedisin, Rikshospitalet                   |
| 0,4  | 0,2        | Sosionom        | Sosionom, Psykososial onkologi, Radiumhospitalet                        |
| <b>Andre tiltak</b>                                  |            |                 |   |
|  | 0,3        | Inntekter       | Økte inntekter, Trivselsanlegget, Radiumhospitalet                      |
|  | 0,3        | Inntekter       | Økte inntekter poliklinikk, Læring- og mestring og Psykososial onkologi |
| <b>1,6</b>   | <b>2,1</b> |                 |   |
| Avdeling for medisinsk fysikk                        |            |                 |   |
| Årsverk  | Kroner     | Kategori        | Årsverk<br>Kommentar  |
| 0,6  | 0,4        | Andre           | Ledighold ved frikjøp av Hovedtillitsvalgt                              |
| 0,5  | 0,3        | Andre           | Mekaniker, Instrumentverkstedet   |
| <b>Andre tiltak</b>                                  |            |                 |   |
| <b>1,1</b>   | <b>0,8</b> |                 |   |



| Institutt for kreftforskning        |            |                      |  |
|-------------------------------------|------------|----------------------|--|
| Årsverk                             | Kroner     | Kategori             | Årsverk<br>Kommentar   |
| 0,2                                 | 0,1        | Stab/kontor          | Reduksjon i stillingsprosent fra 1 til 0,8 erstattes ikke<br>Ledighold av to stillinger.                 |
| 2                                   | 1,6        | Andre                |  |
| <b>Andre tiltak</b>                 |            |                      |  |
|                                     | 0,3        | Vare/driftskostnader | Redusert bruk av driftsmidler  |
| <b>2,2</b>                          | <b>2,0</b> |                      |  |
| Institutt for medisinsk informatikk |            |                      |  |
| Årsverk                             | Kroner     | Kategori             | Årsverk<br>Kommentar   |
| 2                                   | 1,2        | Andre                | To stillinger, Medinsight og Nasjonal register for medikamentell behandling.                             |
| <b>Andre tiltak</b>                 |            |                      |  |
| <b>2</b>                            | <b>1,2</b> |                      |  |
| Klinikkstab                         |            |                      |  |
| Årsverk                             | Kroner     | Kategori             | Årsverk<br>Kommentar   |
| 7                                   | 3,5        | Stab/støtte          | Reduksjon av stillinger i klinikkstaben etter sammenslåing. I henhold til bemanningsplan som er drøftet. |
| <b>Andre tiltak</b>                 |            |                      |  |
| <b>7</b>                            | <b>3,5</b> |                      |  |

## Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

### PROTOKOLL

Drøfting i medhold av Hovedavtalens kapittel VII, jf. Arbeidsmiljøloven kapittel 8.

*Dato:* 25/11-2011 og 30/ 11-2011

*Sted:* Oslo universitetssykehus, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

*Parter:* Ledelsen, tillitsvalgte, verneombud

*Sak:* Budsjett 2012

*Tilstede:* Fra arbeidsgiversiden:

Sigbjørn Smeland, Arne Fosseng, Anne-Marie Rønning Nilsen, Guro Marki-Pleym

Referent: Guro Marki-Pleym/Anne-Marie Rønning Nilsen

Fra arbeidstakersiden: 25/11 2011

Anne Marit Wang Førland, Brynhild Asperud, David Pearson, Ellen Tønsager, Hanne Norunn Hansen, Ida Tørmo, Ingvild Eidsaae, Line Boulland, Mette Blichfeldt, Petter Brandal, Recep Øzeke, Ståle Ølberg, Anja Larsen Halleraker

Fra arbeidstakersiden: 30/11 2011

Anne Marit Wang Førland, Brynhild Asperud, David Pearson, Ellen Tønsager, Hanne Norunn Hansen, Ida Tørmo, Ingvild Eidsaae, Line Boulland, Mette Blichfeldt, Petter Brandal, Recep Øzeke, Ståle Ølberg, Anja Larsen Halleraker, Marthe Fjeldsrud, Gry Skodje, Espen Thiis- Evensen

### Sak Budsjett 2012

Drøftingsmøtet 25. november 2011 omhandler foreløpig rammer og budsjett for 2012 for Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT). Arbeidsgiver hadde i forkant av møtet sendt ut følgende drøftingsgrunnlag til møtet: 1) Budsjettnotat for KKT datert 15. november 2011 og 2) drøftingsnotat vedrørende fordeling av foreløpige rammer og budsjettkrav mellom avdelinger og institutter datert 22. november 2011. Dokumentene vedlegges drøftingsprotokoll.

Klinikkleder Sigbjørn Smeland presiserte i møte at budsjettprosess 2012 fortsatt ikke er slutført, men at det anses som sentralt at foreløpige rammer og tiltak drøftes med utgangspunkt i det som nå foreligger fra avdelingene. Jf. vedlagte drøftingsdokumenter.

Arbeidstakersiden understreker at de forholder seg til vedlagte drøftingsnotater, slik de foreligger pr i dag og at dersom det blir endringer i dette, så må ny drøfting gjennomføres.

Arbeidsgiver fremhevet at dersom det skulle bli endringer i forhold til fremlagte drøftingsgrunnlag, så vil klinikktillitsvalgte/klinikkverneombud bli innkalt til nytt drøftingsmøte.

Arbeidsgiversiden tar opp at gjennomsnittskostnad pr årsverk, som er benyttet som nøkkeltall, må avklares med sentral økonomistab. Det presiseres også at årsverk er brutto årsverk som inkluderer variabel lønn.

I tillegg var det spørsmål fra arbeidstakersiden vedrørende beregningen av antall opphold og samtidig en reduksjon i DRG-poeng. Nøkkeltall viser at antall opphold har økt, men det er ikke tilsvarende for økning i DRG.

Arbeidsgiversiden begrunnet dette med at økningen i antall opphold kommer av økt poliklinisk virksomhet, som er inkludert i estimert antall opphold. Økt poliklinisk virksomhet gir flere antall opphold, men samtidig en reduksjon i klinikkens DRG-poeng.

Arbeidstakersiden fremhevet at medvirkning og involvering i forbindelse med budsjettprosessen ikke har vært tilstrekkelig ivaretatt. Selv om klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud fortløpende er blitt orientert underveis i prosessen, så er det ikke tilstrekkelig dersom den enkelte leder ikke sørger for at dette ivaretas i sin enhet.

Arbeidsgiversiden henviste til at dette er en krevende prosess i en ny fusjonert klinikk. I tillegg er tidsrammene for prosessen stramme, noe som igjen medfører at dette er særlig utfordrende å følge opp for de enkelte ledere i linjen. Arbeidsgiver fremhever samtidig at dette selvsagt må forbedres. Medvirkning og involvering skal ivaretas og arbeidsgiver vil følge dette opp videre overfor klinikkens ledere.

Arbeidstakersiden ber om at identifiserte tiltak spesifiseres nærmere, slik at det kommer tydelig frem hva som drøftes.

Arbeidsgiver tar dette til følge og det avtales at det skal sendes ut en nærmere spesifisering i etterkant av møtet. I tillegg er det enighet mellom partene om at det avholdes et nytt drøftingsmøte i uke 48.

Protokoll blir derfor todelt, en del som omhandler drøftinger 25. november (*ovenfor*) og en del som følge av drøftinger vedrørende nærmere spesifisering av identifiserte tiltak (*følger nedenfor*).

Det avtales også at utdypende kommentarer utarbeides av tillitsvalgte som protokolltilførsler til neste møte.

#### **Drøftingsmøte 30. november**

I forkant av drøftingsmøtet oversendte vernetjenesten at de ønsket et tillegg til klinikkens risikovurdering i budsjettnotat datert 15. november 2012. Vernetjenestene ba om følgende presisering vedrørende arbeidsmiljøet: Motivasjonen blant de ansatte er lav. Kontinuerlig fokus på nedbemanning og andre negative forhold skaper dårlig stemning i arbeidsmiljøet. Vernetjenesten får innspill om at lojaliteten til arbeidsplassen er synkende, noe som igjen kan gi økt sykefravær og gå utover faglig kvalitet og sikkerhet. Enhetsledere sliter med å lage turnusplaner uten hull. De sliter også med å få gjennomført alle arbeidsoppgavene sine.

Arbeidsgiver innledet møtet med en oppdatering i forhold til budsjettskriv nr. 4 og endelige rammer, som ble behandlet på Leder møtet i OUS 29. november 2011. Arbeidsgiver hadde som avtalt på drøftingsmøtet 25. november sendt ut en nærmere spesifisert oversikt over identifiserte tiltak. Oversikten vedlegges drøftingsprotokoll.

Innledningsvis presiserte arbeidsgiver at identifiserte tiltak ikke er tilstrekkelige til å dekke klinikkens krav om budsjettbalanse. Dette kravet vil bli opprettholdt og det uavklarte budsjettkravet vil bli lagt på avdelingsnivå. Uløste budsjettkrav vil bli synliggjort gjennomgående på avdelingsnivå. Klinikledelsen ser at overføring av aktivitet fra Aker og gjennomføring av overføringsprosessen vil være sentrale tiltak som vil konkretiseres i det videre arbeidet.

Arbeidstaker understreker at det er viktig at de tiltak som er identifisert kommuniseres godt ut i klinikken og at prosesser som skal skje rundt øvrige tiltak gjennomføres i samsvar med lover og avtaler. Arbeidsgiver fremhevet at prosesser selvsagt skal gjennomføres i samsvar med avtaleverket.

Identifiserte tiltak ble gjennomgått, slik at arbeidstaker kunne ta opp de spørsmål de hadde til hvert enkelt tiltak.

For avdeling for Kreftbehandling hadde arbeidstakersiden spørsmål til i forbindelse med reduksjon av 5 årsverk ved sengepost A8. Arbeidsgiver kunne her redegjøre for at tre årsverk inkluderer de to som allerede er nedbemannet i oktober 2011. Disse fem er tidligere identifiserte tiltak, så de må sees i sammenheng med drift 2011.

Arbeidsgiver understreker at det er viktig at identifiserte tiltak som berører bemanningsreduksjon må gjennomgås og kvalitetssikres. Det pågår for tiden en gjennomgang av alle identifiserte tiltak, for å sikre at dette blir tilstrekkelig konkretisert i forhold til bemanningsplanene samt gi en oversikt over hva som må følges opp som prosesser i 2012.

Arbeidstakersiden uttrykte bekymring for at reduksjon i variabel lønn for Stråleterapien vil innebære en kraftig innstramning av overtidsbruken som kan resultere i lengre ventetider for pasientene ved oppstart av strålebehandling. Arbeidsgiver ser utfordringer i forhold til dette, men mener samtidig at det over tid vil føre til en utjevning av arbeidsbelastning. Arbeidstakersiden foreslo alternativ og kompensierende tiltak hvor det åpnes for å jobbe overtid for å begrense ventetider med hensyn til stråleterapi.

Arbeidstakersiden etterspurte hvilke 1,5 årsverk stabs-/støttefunksjoner som skulle reduseres på adm./kontor i avdeling for Kreftbehandling. Arbeidsgiversiden informerte at dette var 0,5 årsverk knyttet til bryst- og endokrinseksjonen og ett årsverk på seksjon for stråleterapi.

Fagforbundet påpekte at de ikke har fått informasjon om eller drøftet overføring av 0,5 årsverk til Vestre Viken fra avdeling for kreftbehandling eller reduksjon av ett årsverk på Hud poliklinikk i avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer. Arbeidsgiver henviste til at dette allerede er gjennomført i 2011.

I avdeling for Gastro- og barnekirurgi skal det gjennomføres en reduksjon med fem senger. Reduksjonen er avhengig av overføring av ø-hjelp fra Aker til Ullevål. Det planlegges gjennomført i løpet av 1. kvartal 2012.

Arbeidstakersiden hadde spørsmål knyttet til at avdeling for Gastro- og barnekirurgi hadde ett tiltak knyttet til vaktturnus. Arbeidsgiver fremhevet at dette tiltaket er gevinster som kan hentes ut ved samordning av vaktturnus. Dette vil kreve en prosess, som iverksettes i løpet av våren 2012.

For avdeling for Transplantasjonsmedisin har de et tiltak hvor det står; effektivisering av kontor tjenesten, for å oppnå bedre arbeidsflyt. Arbeidstakersiden mente dette var noe uheldig formulering. Arbeidsgiversiden er enig og dette korrigeres i ny versjon av tiltaksoversikten. Arbeidsgiver fremhevet i tillegg at dette er vakante stillinger og at avdelingen mener de kan drifte forsvarlig uten disse stillingene.

Arbeidstakersiden stilte spørsmål ved reduksjon i medikamenter for avdeling for Blodsykdommer. Arbeidsgiver redegjorde kort for at avdelingen har vurdert alternative forhold som vil kunne gi reduserte medikamentkostnader og kommet frem til at innkjøp av medikamenter vil kunne gi en midlertidig effekt og dermed redusere avdelingens utgifter til koagulasjonsfaktorkonsentrater.

For avdeling for urologi stilte arbeidstakersiden spørsmålstegn ved overføring av x antall pas. til Telemark i forbindelse med robotassistert radikal laparoskopisk prostatektomi og om dette kan defineres som innsparingstiltak. Arbeidsgiver begrunnet dette med at det omhandler behandling som er underfinansiert og at en overføring av ansvaret dermed vil gi innsparingsgevinst for avdelingen. Partene var imidlertid enige om at dette bør tydeliggjøres.

For klinisk service uttrykte arbeidstakersiden bekymring om hvor vidt økning av billettpris til trivselsanlegget kunne være negativt. Arbeidsgiver mener at avdelingen har vurdert dette grundig og det er ikke blitt sett på som en trussel med hensyn til omdømme.

## DRØFTINGSPROTOKOLL

30. november 2011 ble det avholdt drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 31 og Aml. § 8-1.

Tilstede fra arbeidsgiver:

Kst klinikkleder Lars Lien, HR-leder Johnny Olsen og økonomileder Jon Kristiansen.

Tilstede fra arbeidstaker:

### 1. Bakgrunn

I henhold til Hovedavtalen mellom Spekter og Hovedsammenslutningene ble det avholdt drøftingsmøte i anledning budsjett 2012 for Klinikk psykisk helse og avhengighet.

Tidligere utsendte dokumenter i saken vedrørende budsjettet ble gjennomgått i møtet.

### 2. Arbeidsgivers vurdering

#### **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 i følgende sentre (foreløpig):

- Barn og Ungdom

- Rus og avhengighet
- Land og Region

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

#### Pasientsikkerhet.

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 bemannings reduksjoner 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 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.

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.

### **3. Arbeidstakerorganisasjonenes vurdering**

Arbeidstakerorganisasjonene ønsker å kommentere at det ved flere avdelinger ikke har vært reell medvirkning i forhold til budsjettet etter Hovedavtalen § 30.

Organisasjonene uttrykker også bekymring for tempo i prosessen og synliggjøring av konsekvensene for pasienttilbudet i klinikken. Vi mener budsjettet 2012 kan få store konsekvenser for kvaliteten og tilgjengeligheten på pasienttilbudet. Spesielt sett i forhold til den store reduksjonen av sengeplasser og dagtilbud til fordel for økt poliklinisk og ambulant virksomhet. Vi frykter at dette vil gå ut over de svakeste/sykeste pasientene som ikke klarer å nyttiggjøre seg poliklinisk og ambulante tilbud.

Vi er også svært bekymret for konsekvensene nedbemanning i klinikken, spesielt innenfor barn og ungdom og rus, vil få for de ansatte.

I forhold til arbeidsmiljømessige konsekvenser med lavere beredskap er vi bekymret for pasientenes og de ansattes sikkerhet ved enkelte enheter.

I Senter for Psykisk helse barn og unge støtter fagforeningene forslag til prosjekter for seniorer og tilbudet om tidlig pensjonering. Men på den andre siden vil vi påpeke at det er beklagelig at seniorpolitiske tiltak ikke ble besluttet før innplasseringen ble iverksatt.

I forhold til avvikling av Magnusgate er vi bekymret for hvilke konsekvenser dette vil få ovenfor pasientene som rammes av dette, med fare for lengre liggetid på døgnavdelingen, økt fare for tilbakefall og forverring av sykdomsforløpet, noe som er beskrevet i risikovurderingen som ble gjort i forhold til en nedlegging. I drøftingsdokumentet står det at tilbudet hører hjemme i 1. linjen og at en ønsker at kommunen skal overta dette tilbudet ved å legge det ned, men etter det vi kjenner til er det ikke avtalt at kommunen skal overta og drive dette tilbudet. Dette er etter vår oppfatning heller ikke i tråd med oppdragsdokumentet der det står at omstilling av tjenestetilbud som berører kommunene ikke skal gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene.

Klinikkverneombudet påpeker at risikovurderingene i forhold til de arbeidsmiljømessige konsekvensene er mangelfulle, på noen mangler det både kommentarer og forslag til tiltak, i tillegg til at senterverneombudet skal tas med i risikovurderinger, dette var ikke gjort på senter for voksne lokalfunksjoner.

### **Generell bekymring**

De klinikktiltitsvalgte ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ønsker å støtte og løfte frem de konserntiltitsvalgte i HSØs drøftingspunkt om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i forhold til styresaken om Mål og budsjett.

Drøftingstekst fra Konserntiltitsvalgte i Helse Sør-Øst for Akademikerne, LO, SAN, UNIO og YS til sak 078-2011 Mål og budsjett 2012.

**”Punkt 2. Økonomiske midler brukt til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må synliggjøres og det må være større vekst her enn i somatikken jfr opptrappingsplan og foretaksmøtene.**

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foregår en omfattende poliklinisering av tjenestene. Dette medfører at stadig dårligere pasienter må behandles poliklinisk. En slik behandling er ressurskrevende. I sak 044/2011 heter det samtidig at man skal prioritere nyhenvisninger. Budsjettet forventer en økt aktivitet for disse to områdene på 5 %, noe som er vesentlig høyere enn den generelle aktivitetsveksten på 1,4 %. Det fremkommer også at feltet skal styrkes i tråd med opptrappingsplanens mål og intensjoner.

I opptrappingsplanen ble krav om aktivitetsvekst kombinert med økonomisk styrkning av feltet. Krav om aktivitetsvekst alene følger ikke opp opptrappingsplanens mål og intensjoner. Kravet om økt aktivitetsvekst må derfor følges av økte bevillinger. ”

De klinikktiltitsvalgte er i sterk tvil om det har fulgt økte bevillinger med kravet om høyere aktivitetsøkning enn den generelle aktivitetsveksten på 1,4 %. De klinikktiltitsvalgte ønsker et klart svar fra foretaksledelsen på dette. Det ønskes også at det fremkommer i svaret hvordan andre områder – laboratorier og radiologi for eksempel - som er nevnt i statsbudsjettet med krav til høyere aktivitetsvekst, blir behandlet i forhold til økning i bevilning.

Utdrag fra foreløpig protokoll fra styremøtet 17. november 2011 Helse Sør-Øst, punkt 5. i sak 078-2011.

”5. Det legges til grunn en aktivitetsvekst i 2012 som samlet sett samsvarer med den veksten som er forutsatt i regjeringens forslag til statsbudsjett 2012 samt nødvendig produktivitetsøkning for å dekke regionens sørge - for ansvar. Det legges til grunn en

større vekst i behandlingsaktivitet innen tverrfaglig spesialisert rus og psykisk helsevern enn i somatikk. *I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen videreføres satsingen med en styrking og modernisering av tjenestene innenfor psykisk helsevern og TSB. Omstilling innenfor disse tjenestene skal komme pasientene innenfor disse fagområdene til gode.*”

Ullevål, 30. november 2011

Lars Lien  
Kst klinikkleder  
Arbeidsgiver

NSF  
Fagforbundet  
Dnlf  
NPF  
FO  
Delta  
Parat  
Klinikkverneombud  
(sign)  
Arbeidstakerorganisasjoner



## Møtereferat

Møte: Klinikk - AMU

Møtedato: 30.10.11

Møtested: Rom 376, Søsterhjemmet

Til stede: Lars Lien, Elisabeth Vatne Lund (Arb.miljøavd.), Elisabeth Svilosen Kvelstad (NSF), Glør Harwiss, Inga Gauslå (KVO), Johnny Olsen, Lene Lund, Mona Lilletjernbakken (Delta), Øystein Kjos.

Forfall: Birgit Aanderaa(NPF), Janne Kristin Åsebø Standal (NETF), Øyvind Ohnstad (DNLF), Else Lise Skjæret (Fagforbundet), Hege Ludvigsen

Referent: Monica Trolløy

### Saksliste (følgende saker ble drøftet / orientert om:)

**41/11 Godkjenning av innkalling og saksliste**  
Godkjent, men med kommentarer til om pkt ved Magnusgate skulle være til behandling eller ikke.

**42/11 Resultat og oppfølging medarbeiderundersøkelsen**  
Johnny innledet kort. Bodil, gikk gjennom hovedlinjene i resultatet. Johnny gikk avslutningsvis gjennom de videre linjer for videre arbeidsprosess.

I hovedtrekk:

- Ingen ”røde” tall for klinikken.
- ”Grønne” tall på arbeidsbelastning og egenkontroll
- 70 % har besvart, det betyr at undersøkelsen er å regne som representativ.
- Utkast til klinikkens HMS handlingsplan behandles i ledergruppe 18.jan og i klinikk AMU 19.jan.
- Klinikken skal rapportere tilbake til OUS, den 22.jan

### Vedtak: Klinikk AMU sluttet seg til forslaget.

Johnny fikk forespørsel om hvorfor klinikkverneombud ikke hadde fått tilsendt rapportene og repliserte med at prosedyren var at undersøkelsen skulle være bekjentgjort overfor lederne og i enhetene før, klinikkverneombudet fikk rapportene og resultatene. Dette i henhold til Leder organisasjons- og lederutvikling OUS, Anne Flagstad.

Klinikkverneombudet ba om at følgende ble inntatt i referatet; Ifølge Prosedyren til/for Medarbeiderundersøkelsen, dokument-ID: 6849, står det under punkt 2.2.6 Tilgang til rapporter fra Medarbeiderundersøkelsen

- *Klinikkverneombud og klinikktilitsvalgte skal ha tilgang til rapporter for alle de enheter på underliggende nivå hvor de har oppgaver å ivareta i forhold til arbeidstakernes arbeidsvilkår.*

*Det står ingen steder at ledere skal kjenne til resultatene av undersøkelsen før klinikkverneombud og klinikktilitsvalgte får rapporten.*

**43/11 Klinikkens IA handlingsplan**

Punktet utsettes til neste møte, grunnet knapphet på tid i dette møtet.

**44/11 Budsjett 2012**

- Lars innledet med at det har vært jobbet bra med budsjettet på klinikk nivå, dog litt svakere i enhetene.
- Jon gikk gjennom hovedtrekkene i budsjetteringen og tidsplan videre
- Fokus på at budsjett, er en levende prosess, som til enhver tid reflekterer dagens situasjon. Utfordring med reduserte bevilgninger og nedgang i inntektene. Det er også utfordrende at det ikke er satt av egne omstillingsmidler.
- Til møteinnkallingen var det sendt ut ”risiko og konsekvensvurderinger pr senter disse oppdateres og følger vedlagt referatet.
- Første budsjettutkast leveres 02.12.

**Vedtak: Budsjettet tas til etterretning, dog med kommentaren ” Stor bekymring i forhold til overtallighet”. Prosessen har vært ryddig og grundig, på alle nivåer og tillitsvalgte stort sett, representert på alle trinn.**

**45/11 Orientering om innplasseringsprosessen for klinikken.**

Johnny informerte om prosessen, så langt og videre;

- Arbeidet på senternivå er ferdig.
- Det jobbes nå videre med å se på de som er definert som ”overtallige”, kan man finne jobb til dem i de andre sentraene, innenfor klinikken. Arbeidet og resultatet blir kvalitetssikret med juristene.
- Klinikldrøfting finner sted 7.des.

**46/11 Avviksoppfølging i klinikk AMU**

Punktet utsettes til neste møte, grunnet knapphet på tid i dette møtet.

**47/11 Forslag til avvikling av rehab.og botilbud, i Magnusgt.**

Punktet utsettes til neste møte, grunnet knapphet på tid i dette møtet.

**48/11 Eventuelt**

Ingen saker grunnet knapphet på tid.

**Møtet startet 10.30 istedenfor 10.00 og ble avsluttet kl 11.30**

## Medisinsk klinikk

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <b>PROTOKOLL</b><br>Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8   |
| <i>Dato:</i>     | 30.11.2011   |
| <i>Sted:</i>     | Oslo universitetssykehus, Medisinsk klinikk  |
| <i>Parter:</i>   | Ledelsen for klinikken og klinikktilitsvalgte, klinikkverneombudene  |
| <i>Sak:</i>      | Sak 1 Budsjett 2012  |
| <i>Tilstede:</i> | <u>Fra arbeidsgiversiden:</u><br>Lena Gjevert, Brift Erland Nersveen, Kristin Thomassen, Morten Mowe<br>Referent: Kjerstin Rendalsvik  |
|                  | <u>Fra arbeidstakersiden:</u><br>Susanna Hanvold (FF), Nina Danielle Wagenheim (NSF), Ruth F Flenning (YLF),<br>Terje Herman Wilter (FO), Anders Torp(NETF), Pål Berdahl(Fagforbundet), Ingvild Hartz(NFF) |
|                  | <u>Fra vernetjenesten:</u><br>Heidi Kolstad (HVO)  |

### Sak 1 Budsjett 2012

#### Saksfremstilling

Budsjett 2012, er også i år bygd fra bunnen av i Medisinsk klinikk. Dette har vært en prosess, som har vært gjennomført med involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud på alle nivå i klinikken.

Budsjettprosessen på OUS nivå er ikke slutført, og aktivitetsnivå er ennå ikke avklart. Medisinsk klinikk, har en restutfordring som det ikke er avklart hvordan klinikken skal håndtere. De arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjett 2012 med tiltak, er behandlet i klinikkens Arbeidsmiljøutvalg i forkant av disse drøftingene.

Tiltakene ble gjennomgått og forklart nærmere i møtet.

#### *Arbeidstakersidens kommentarer*

Generelle betraktninger var at arbeidstakerorganisasjonene ser store utfordringer med å kunne gjennomføre de tiltak som er foreslått.

Se ellers samlet protokolltilførsel fra arbeidstakerorganisasjonene. – vedlegg 1.

### **Arbeidsgiversidens kommentarer**

Arbeidsgiver orienterte om at Budsjett 2012, har vært til behandling i klinikkens AMU. Medisinsk klinikk fikk 28.11.2011, nye rammebetingelser fra OUS. Dette innebærer at klinikken kan styre mot et underskudd på 43 mill kr i 2012. HSØ har pålagt OUS å ta ned en overproduksjon (haleaktivitet) i 2012 på 3000 DRG. Av disse skal Medisinsk klinikk ned med 773 DRG, noe som har en økonomisk konsekvens på 23 mill kr. Dette ligger inne i det nye styringsmålet for klinikken.

Arbeidsgiver mener at de rammebetingelsene som er sendt ut i drøftesaken er krevende men mulig. Med de ytterligere kravene, som ligger i rammebetingelser av 28.11.2011, gjør utfordringene enda større og endrer risikobildet.

Medisinsk klinikk er pålagt å legge det økte utfordringsbildet ned på avdelingsnivå. Dette er et arbeid som vil bli prosjektorganisert, og som vil bli analysert nærmere i tiden fremover.

### **Evt konklusjon/enighet**

Partene er enige om at det er bra at budsjettene også for 2012, er bygd fra bunnen. Partene deler Risikobildet i Medisinsk klinikk, og de risikovurderinger som er gjort i ifm budsjett 2012.

Partene er enige om at det har vært involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste i budsjettarbeidet 2012 på klinikknivå, som har pågått gjennom høsten.

Klinikkleder  
Arbeidsgiver  
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene  
(Sign)

### **EVENTUELT:**

**Det vises til samlet protokolltilførsel fra arbeidstakerorganisasjonene i vedlegg 1.**

## MØTEREFERAT

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Møtenavn/tema:                | <b>Arbeidsmiljøutvalget i Medisinsk klinikk</b>                                  |
| Dato møte:                    | <b>30.11.2011</b>  |
| Dato dok.:                    | 30.11.2011   |
| Møteleder:                    | Leder klinikk AMU - Heidi Kolstad  |
| Referent:                     | HR- leder Kjerstin Rendalsvik  |
| Tilstede fra arbeidsgiver:    | Kristin Thomassen, Berit Ege, Lena Gjevvert, Morten Mowe, Brigit Erland Nersveen |
| Tilstede fra arbeidstakerne:  | Gro Beate Larsson, Nina Danielle Wagenheim, Ruth F Flenning                      |
| Tilstede fra Arbeidsmiljøavd. | Joy Ann Buikema Fjærtøft   |
| Forfall:                      | Monica Ziener,   |
| Observatører og til sakene:   |  |

### Sak 26/2011 Budsjet 2012

Ingen kommentarer til saksfremlegget.

#### Vedtak:

Arbeidsmiljøutvalget ser at, de nye budsjettkrav mottatt 28.11.2011, forsterker missforholdet mellom ressurser( personell og antall senger ) ytterligere, og gjør det vanskeligere å følge lovkravene. Dette da det allerede i driftsåret 2011 er praktisert ny bemanningsnorm, der størstedelen av pasientene er Ø-hjelp og gjennomsnittelig bellegspersent er 95 %.

Arbeidsmiljøutvalget, ser ut fra dette at det må jobbe slik måte i 2012, at det kan følge de reelle arbeidsmiljøutfordringene ut fra de nye rammebetingelsene på en god måte.



## **Protokolltilførsel til drøftinger av Budsjett 2012, Medisinsk klinikk. (30.11.11).**

Tillitsvalgte og vernetjenesten i Medisinsk klinikk stiller seg bak risikovurderingen til arbeidsgiver.

Siden budsjettforslaget ble sendt ut til tillitsvalgte og vernetjenesten for 1 uke siden, har det økonomiske utfordringsbildet økt ytterligere. Disse innsparingene er ikke lagt fram for oss foreløpig.

Siden klinikken har 95 % øyeblikkelig hjelp pasienter, er flere av kuttene som er foreslått aktiviteter som ikke er direkte livreddende behandling. De vil allikevel få konsekvenser for pasientbehandlingen. Et eksempel på dette er avvikling av den vel dokumenterte og relativt lite ressurskrevende hjerterehabiliteringen. Det er per dags dato ikke noe tilsvarende tilbud utenfor sykehuset.

Flere av tiltakene som er foreslått i klinikken vil få konsekvenser som vil kunne ramme sykehuset, for eksempel å avvikle sykehjemsprosjektet, redusere åpningstiden i Medisinsk ekspedisjon og en reduksjon i antall senger. Samtidig ser vi at flere av de tilbudene vi gir i dag, ikke er mulig å opprettholde uten økte budsjettmidler.

Klinikken foreslår å kutte 16 senger. Dette vil kunne øke klinikkens utfordring med overbelegg og korridorsenger. Tillitsvalgte og vernetjenesten vil påpeke at det allerede i dag er misforhold mellom oppgaver og ressurser.

Klinikken har allerede innført en bemanningsnorm som er lavere enn bemanningsnormen som er vedtatt på sykehuset. Ytterligere kutt i bemanningen vil ikke være forsvarlig, da denne allerede er marginal og ikke gir rom for blant annet sykefravær, tilrettelegging for individuelle arbeidsforhold og fagutvikling.

Flere konsekvenser av tiltakene kan ikke klinikken løse alene, og tillitsvalgte og vernetjenesten forventer at det blir tatt overordnede strukturelle grep for å løse dette.

På grunn av rammene og den kortsiktige økonomiske målsetningen gjør at man ikke har mulighet til å prioritere fremtidsrettede tiltak som vil kunne gi en langsiktig gevinst.

Sign:

Danielle Wagenheim, Norsk Sykepleierforbund

Heidi Kolstad, Vernetjenesten

Anders Torp, Norsk Ergoterapeutforbund

Terje Hermann Wilter, FO.

Ruth Flenning, Yngre Legers forening

Pål Berdahl, Fagforbundet

Ingvild Hartz, Norsk Fysioterapeut forbund





## PROTOKOLL

Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8

*Dato:* 28.11.11

*Sted:* Oslo universitetssykehus

*Parter:* Ledelsen for klinikken og klinikktiltitsvalgte, klinikkverneombudet

*Sak:* Forslag til budsjett 2012

*Tilstede:* Fra arbeidsgiversiden:

Sture Borgen, Arild Holme, Anette Pay

Referent: Anette Pay

Fra arbeidstakersiden:

Christian Grimsgaard, John Clarke Jensen, Ingfrid Svindland, Frank Rydhaug, David Pearson, Anne Birgit Stavenes (for I. Jankov)

Fra vernetjenesten:

Ingen

### Sak 1 Forslag til budsjett 2012

Klinikkleder var ikke tilstede pga sykdom. HR- leder Sture Borgen ledet møte. Økonomileder Arild Holme gjennomgikk avdelingenes innsendte budsjetttiltak som ble diskutert. Oversikten over tiltakene ble sendt ut til tiltitsvalgte rett etter møtet. Tiltakene gir en effekt i 2012 på 66 mill kroner som er ca 50 % av forventet reduksjon. Klinikken har hatt et fall i produktivitet på 9% i 2011. Klinikken har i tillegg fått redusert kostnadsrammen med nye 20 mill kroner pga kutt i plantall på 800 poeng. Dette er ikke fordelt ut i klinikken ennå. Se også vedlagt notat av 241111 vedr budsjett 2012 fra Siri Vedeld Hammer



Drøftingsmøte 2011  
budsjett no...

#### ***Arbeidstakersidens kommentarer***

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra Fagforbundet, YLF, NETF

#### ***Arbeidsgiversidens kommentarer***

Siri Vedeld Hammer (Sign)  
Klinikkleder

Christian Grimsgaard (sign)  
Ingfrid Svindland (sign)  
Frank Rydhaug (sign)  
David Pearson (sign)  
Anne Birgit Stavenes (sign)  
John Clarke-Jensen (sign)

Arbeidsgiver

Arbeidstakerorganisasjonene

### **Protokolltilførsler**



protokolltilførsel til  
drøftin...



Drøftingsinspill til  
budsjett...



Protokolltilførsel fra  
NETF Bu...



Budsjett2012Øye.do  
c



Legeforeningens  
protokolltilfø...



Protokolltilførsel til  
BUdsjet...

## MØTEREFERAT

Møtenavn/tema: **Arbeidsmiljøutvalget i Klinikk for kirurgi og nevrofag**

Dato møte: **26.11.2011**

Dato dok.: 01.12.2011

Møteleder: Inger Wilhelmsen

Referent: Reidun Skodje

Tilstede fra arbeidsgever: Siri Vedeld Hammer, Sture Borgen, Gro Omholt-Jensen, Anette Ramm-Pettersen, Lise H. Eriksen

Tilstede fra arbeidstakerne: Inger Wilhelmsen(Klinikk VO), Frank Ryghaug (NSF) Tove Worren(NETF), Ingrid Svindland(Fagforbundet) Christian Grimsgaard(Dnlf)

Tilstede fra Arbeidsmiljøavd. Jaqueline Holter

Forfall:

Observatører og til sakene:

### Sakliste

#### Kommentar til saklisten

#### Sak 96 / 2011 Referat 26.10.11

Godkjent uten endringer.

**Vedtak:** *Klinikk AMU godkjente referat uten endringer*

#### Sak 97 / 2011 Økonomisk status og budsjett 2012

Det er ikke store endringer i kostnadsbildet enn tidligere informert. Det er ca. 72 mill merforbruk på lønn og 14 mill merforbruk på varekostnader, og ellers noe annet på drift og interne tjenester.

Når det gjelder inntektene er det store utfordringer ifht. aktivitetsnivå og ny registeringspraksis og det er noe inntekter som tilhører andre. Det er noe høyrere aktivitet noen steder som kan skyldes at kodingen er forbedret og gir et mer riktig bilde. Dette har betydning for neste år.

Klinikken har enda ikke fått endelige rammer fra administrasjonen da noe fremdels er under diskusjon.

Klinikken skal redusere med 175 årsverk som er fordelt ned til avdelingene. Det må konkretiseres tiltak og det er et stykke igjen før klinikken er i mål. Dette gjelder også for andre klinikker. Det er lagt forutsetninger for å gjennomføre tiltak f.eks knyttet til flyttinger og samlokaliseringer i vår klinikk og også andre klinikker og dette skaper stor grad av usikkerhet og det vil bli mye arbeid med dette i desember.

Mest interessant i denne forbindelsen er risikoanalyse ifht. arbeidsmiljø for ansatte.

Flyttinger/samlokaliseringer og ting som ikke er besluttet eller i prosess påvirker dette.

Utfordringen fremover er å involvere ansatte godt nok i prosjektorganisering.

Det er uro rundt nedbemanning av årsverk, men noe vil løses med naturlig avgang.

Det kom kommentar fra ansatte at å forhåndsinnlegge resultater i budsjettprosess ikke er reell involvering.

Det er dramatisk og man må se på synergier ifht. større enheter og nye tjenesteplaner.

En risiko er at klinikkleder ikke får tilslutning av ledere under seg, som vil være en kjempestor utfordring.

Det erkjennes at linjeledere har det tøft. Klinikkledere har formidlet dette opp over til administrerende direktør og signalene er mottatt.

Kommentar fra ansatte er at det er viktig at dette tydeliggjøres. Endringer i andre klinikker vil også påvirke vår virksomhet og mest bekymret er man for OSS', AKUs og KDIs endringer. Her henstilles det til administrasjonen har det overordnede ansvar i å se det sykehusovergrepene.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar saken til orientering og ser med alvorlig bekymring på de konsekvenser misforhold mellom oppgaver og ressurser får.*

#### **Sak 98 / 2011 Innplasseringsprosessen – status**

Det er noe overtallighet i vår klinikk, de fleste er overleger. Det skal være et møte om dette mandag. Overtallighet i andre klinikker kan også påvirke oss.

De andre klinikkene er i forskjellig tidsløp her, og noen klinikker har fått utsettelse.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar saken til orientering.*

#### **Sak 99 / 2011 IA-handlingsplan**

Ny handlingsplan ble presentert.

Enkelte elementer i planen ble kommentert.

- Tilrettelegging må vurderes helt konkret
- Vurderingen av obligatorisk opplæring for ledere
- Ledere må bidra til å skaffe arbeidstreningsplasser
- Seniorpolitikk: vanskelig å ta tak i for ledere. OUS har ingen policy for seniorpolitikk foreløpig. Naturlig tema i en medarbeidersamtale/utviklingssamtale. Det ble kommentert at seniorpolitikk bør ligge forankret høyere i OUS og ikke på den enkelte leder. Viktig at man har hensiktsmessig sammensetning av ansatte ifht. alder.
- Avtalen vil bli publisert på klinikkens intranettside under meny IA. Den vil også bli sendt inn til sentralt IA-utvalg.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar informasjonen til etterretning.*

#### **Sak 100 / 2011 Tilretteleggingstilskudd - hørselsvern**

NAV har bevilget midler til hørselsvern for operasjon ved ortopedien. Det vil komme en person fra firmaet 3M og presentere produkter. Estimert kostnad er ca. 1700 kr. pr personlige hørselsvern.

Legene er noe negative til ytterligere ekstrautstyr under operasjoner.

Bestilling må sendes innen jul og det skal være et møte neste uke.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar informasjonen til orientering*

#### **Sak 101 / 2011 HMS-Medarbeiderundersøkelsen - status**

Rapportene er sendt ut til ledere og det skal være gjennomført oppfølgingsarbeid og laget en handlingsplan innen uke 50.

Svarprosenten for vår klinikk er 69% totalt, men det er store variasjoner internt. Det er varierende avvik fra referanserammen som er HSØ 2010. Resultatet for klinikken skiller seg ikke

nevneverdig fra snittet for OUS.

Det ble påpekt at det skal legges ut et "bla-eksemplar" ved vær enhet.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar informasjonen til orientering.  
Rapport for KKN totalt sendes medlemmer i klinikk AMU.*

#### **Sak 102 / 2011 HMS-branntilsyn**

Info om resultatet fra branntilsynet ligger på virksomhetsportalen, men endelig rapport er ikke klar enda. OUS får 7 avvik og 3 anmerkninger. Hovedelementene er:

1. Disse peker på bygningenes beskaftenhet(Radium i særstilling, Ullevål og RH). Det er gjort mye utbedrende tiltak.
2. System - internkontroll ifht. vernerunder og systematikk med opplæring og total HMS på OUS.
3. Opplæring og dokumentasjon av opplæringen i form av lister på sengeposter/poliklinikker. Spesielt kritikk kom det på opplæringen av legene. Det ble påpekt at den ansatte har en selvstendig plikt til å holde seg informert.

Tidligere kunne leder melde på ansatte på brannopplæring. Nå må den ansatte selv gjøre dette via Læringsportalen. Leder har ingen kontroll på dette. Dette må tas opp sentralt.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar saken til orientering og påpeker viktigheten av brannopplæring.*

#### **Sak 103 / 2011 HMS- generelt - kommende innleveringer**

Det ble diskutert litt rundt prosessen rundt handlingplaner og rapportering i klinikken. Sekretær og klinikkverneombud kommenterte at det er veldig mange verneområder i klinikken som genererer mange handlingsplaner. Det bør derfor lages en samlet HMS-handlingsplan pr avdeling. Det er da avdelingenes handlingsplaner som bør gi grunnlag for klinikkens handlingsplan og prioriteringer i så henseende.

Det ble derfor bestemt at det er behov for en prosedyre/retningslinje for klinikken hvor dette beskrives. Det skal forsøkes å innføre dette allerede fra i år. Sekretær utarbeider et forslag til dette.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar saken til orientering og ba sekretær lage et utkast til prosedyre/retningslinje.*

#### **Sak 104 / 2011 HMS- avvik for perioden 15.10.11-14.11.11**

Stikkskader har gått opp mens annet har gått ned. Man lurte på om økte stikkskader skyldes mer prøvetaking på post. Ledere må minne ansatte på at det alltid må være en gul boks der dette gjøres.

Vaktrommet som var gradert med betydelig skade er en sak som løser seg.

Det ble foretatt en brannøvelse med brannslange hvor det viser seg at det ikke var koblet til vann. Dette er alvorlig og er tatt tak i.

Når det gjelder vold og trusler kan dette være et problem i Sandvika når det er behov for hjelp at man må ringe politiet da det ikke finnes interne sikkerhetsfolk.

Generelt ble det påpekt at graderingssystemet i avvikssystemet er vanskelig og at det ikke er nok kunnskap om dette. Det er behov for en begrepsavklaring(infoknapp) som er bedre enn i dag. Det ble poengtert at for eksempel dårlig rehold er vanskelig å gradere. Spesielt nedkjøring ved OSS gir avvik på dette.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar saken til orientering.*

#### **Sak 105 / 2011 Orientering**

- **Klinikkleder:** Det skal drøftes et mandat ved Ortopeden hvor det skal ses på rokkering opp mot Nevrokirurgen. Når det er klart så skal det prosjektorganiseres og ansatte involveres. Fristen for dette er noe forlenget.  
Øvrige budsjetttiltak: må også drøftes inn mot OUS-ledelsen og besluttes. Ligger på vent ifht. videre prosess.

Barnekirurgi er det en prosess rundt med ledelse fra Administrasjonen. Tilsvarende for epilepsi og inkludert strategisk arealplanlegging. Det er god representasjon fra vår klinikk. Begge mandat skal drøftes på OUS-nivå.

Ledermøtet sentralt behandlet i går etableringen av dagenhet på RH for KDA.

Arealplanen ble presentert i ledermøte sentralt i går og arbeidstilsynets rapport må ligge til grunn. Beskrivelse av hvilke bygg som beholdes, nye og hvilke som skal rives ble nevnt.

Fredede bygninger får man ikke gjort noe med. Endelig kabal er ikke lagt enda.

Oslo kommune har kommet med ønske om mer areal bak sentralkjøkkenet på Ullevål ift legevakten fra Storgaten skal opp til Ullevål. Siri fortalte at hun har sakt opp sin stilling og fratrer rundt medio januar.

- **HR-leder:**
- **Vernetjenesten:** Det er bekymring rundt budsjett. Hovedverneombud sier at bygg 7 må pusses opp først før nye flytter inn.
- **Tillitsvalgte:** Det er startet et gravide-prosjekt i IA-utvalget hvor det skal foregå datainnsamling. Det er mulig dette får ekstern finansiering hvor NHO og UiO er med. Det er god erfaring fra forrige prosjekt med det har ikke avstedkommet datamateriale godt nok forskningsmessig.
- **Arbeidsmiljøavdelingen:** Avdelingen skal både nedbemann og ansette en fysioterapeut.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar informasjonen til orientering*

**Sak 106 / 2011**

**Eventuelt**

- a) **Klinikk AMU medlemmer for 2012:** Til møte i desember skal det være klart hvem som skal sitte i klinikk AMU for 2012 fra begge sider. Dette skal meldes inn sentralt før 1. jan.
- b) **Møter 2012:** Sekretær lager et forslag til møtedatoer for våren.

**Vedtak:** *Klinikk AMU tar informasjonen til orientering*

**KLINIKK: Kvinne-og barneklubben**

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <b>PROTOKOLL</b><br>Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8  |
| <i>Dato:</i>     | 30.11.11  |
| <i>Sted:</i>     | Oslo universitetssykehus, Kvinne-og barneklubben  |
| <i>Parter:</i>   | Ledelsen for klubben og klinikktiltalsvalgte, klinikkverneombudene  |
| <i>Sak:</i>      | Budsjett 2012, KVB  |
| <i>Tilstede:</i> | <u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Klinikleder Terje Rootwelt, økonomileder Stig Alve og HR-leder Astrid S. Østreng<br>Referent: Astrid S. Østreng |
|                  | <u>Fra arbeidstakersiden:</u> Berit Midttun (NFF) Pernille Staver (NITO) Sonja Waagaard (FF) Gry R. Bergskaug (NSF) Anne-Sofie Letting (Dnlf) |
|                  | <u>Fra vernetjenesten:</u> Lilian Paus Vadem (KVO)  |

**Sak Budsjett 2012****Saksfremstilling:**

Klinikleder innledet med kort redegjørelse for rammer og utfordringsbilde. Det er grunn til å understreke at klubben vil ha gjenværende utfordringer selv hvis meldte tiltak gjennomføres, og at vi leverer et budsjett som ikke beskriver tiltak som svarer ut hele budsjettkravet. Dette vil klubben måtte jobbe videre med å løse gjennom 2012. Det er varslet at dette blant annet vil omfatte en gjennomgang av bemanningsnorm på sengepostene i hele klubben.

Budsjettarbeidet har fulgt oppsatt tidsplan som beskrevet av sykehusledelsen med avdelingsvise dialogmøter og samt drøfting og dialog på klinikknivå. Siden siste klinikkdrøfting har vi har satt opp en oppdatert liste over innsparingstiltak som er nye og "spesifikke" for KVB, se vedlagte excel ark. Det er denne tiltakslisten som primært skal drøftes. I tillegg spesifikt Nyfødtavdelingens forslag om å nedbemanne forholdsvis med barnepleiere enn sykepleiere i forbindelse med tidligere bestemt overføring av aktivitet til barnekir RH (nyfødt kirurgi) og aktivitet til Vestre Viken. Siste versjon av fullt budsjettokument var også utsendt og ble diskutert.

Klubben drøfter ikke overordnede OUS tiltak som gjelder alle klubber og som vi må følge også på KVB nivå.

Tidligere utsendte dokumenter i saken ble gjennomgått i møtet. (samtlige dokumenter sendt ut med innkalling til dagens drøfting)

- Budsjett 2012 innlevering 15.12.2011
- Tiltaksliste 2012
- Presisering av tidligere beskrevne tiltak vedr. bemanningstilpasning på Nyfødt U

Nedenfor gjengis kommentarer gitt i møtet fra hhv. arbeidstaker og arbeidsgiversiden. Avslutningsvis fremkommer protokolltilførsler som delvis påpeker konkrete punkter samt mer generelle innspill.

## **Arbeidstakersidens kommentarer**

### **Generelle momenter:**

**Helgearbeid for flere:** Viktig med tilstrekkelig introduksjon/opplæring i forkant.

**Tiltak X5: Barneintensiv:** NSF og FF er inneforstått med beløpsangivelsen for besparelse, men understreker at det må være en ordentlig prosess når OUS prosjektet starter. Konkret gjennomføring av dette tiltaket ikke er vedtatt og vil avhenge av prosjektet som snart starter.

**Tiltak X8: KVO:** Forslaget om en fast-track IVF på Ullevål vil sannsynligvis medføre at medarbeidere må rullere mellom de to lokalisasjonene Ullevål og Rikshospitalet. Dette kan medføre negative arbeidsmiljøbelastninger for de ansatte.

**Tiltak X8 NITO:** NITO mener at arbeidsgivers forslag til tiltak vil ha ulemper for så vel arbeidsmiljøet som kvalitet i behandlingen (ved at inseminasjon ikke prøves før IVF og ved at fasttrack IVF ved uventet dårlig sædkvalitet IVF ikke lett kan gjøres om til ICSI). NITO henviser til tidligere planer, og ønsker primært full samling av all IVF virksomhet på Rikshospitalet.

**Tiltak Nyfødt:** Viser til tidligere dialog og drøfting. FF aksepterer ikke det sist fremkomne, endrede forslag om reduksjon av barnepleiere. Forslag endret fra 5,5 til 3 årsverk for barnepleiere/hjelpepleiere. FF presiserer at OUS ledergruppe legger opp til en forholdsmessig nedskalering av personalet. NSF påpeker at mindre reduksjon i barnepleiere, medfører større behov for å redusere antall sykepleiere. For øvrig vises det til protokolltilførsler fra FF og NSF.

**KVO:** Nyfødtintensiv avdeling Ullevål har i dag stor bruk av doble vakter, særlig i helger. Ved å redusere bemanningen slik det er planlagt vil faren for ytterligere brudd på AML være stor. Denne avdelingen er en speisalavdeling og det er oftere vanskelig å skaffe kvalifiserte vikarer. Dette påvirker arbeidsmiljøet negativt for de fast ansatte som blir usikre på om pasienten får kompetent hjelp.

**Tiltak X 21/22 Fødeavdelingen:** Fagforbundet påpeker bekymring over at det planlegges å holde to barnepleierstillinger vakante ved observasjonspost U. (stillingseiere går av med hhv AFP og midlertidig uførepensjon). Viser til at det over tid har blitt redusert flere barnestillinger uten forutgående prosess. Dette er del av overordnet diskusjon i forhold til barne/hjelpepleiere i sykehus/i KVB.

### **Generelle kommentar for Føden/legestillinger:**

Det vises til protokolltilførsel fra Dnlf vedlagt.

Videre påpekes det en bekymring over at konsekvensen av at delere av oppgavene knyttet til Ullevålteamet (oppfølging av gravide med psykisk sykdom og rusmisbruk) kan bli overført til kommunehelsetjenesten. Teamets ressurser med spesielle kompetanse ansees som viktig å bevare. Arbeidsgiver presiserer at Ullevålteamet er en prioritert oppgave som ønskes videreført og at poenget er å involvere kommune og andre sykehus i dette – obs at ansvaret for flere oppgaver og mer finansiering flyttes ut av OUS til disse instanser.

## **Arbeidsgiversidens kommentarer**

**Generelt moment:** Det understrekes at bruk av bemanningsnormer ved driftsenheter vil bli innarbeidet når føringene er klare i OUS. Bruk av normene vil gjelde alle og ikke kun noen seksjoner/noen avdelinger. Kfr også noen punkter over.

**Tiltak X5: Barneintensiv:** Det understrekes at barneintensiv nå blir en OUS prosess og at anslaget her er en foreløpig forventning om besparelse.

**Tiltak X8 NITO:** Klinikkleder påpeker at forslaget om full samling til RH vil medføre en utfordring med pasientvolum/plassbehov på RH som OUS for øvrig til nå har vært skeptiske til.



**Tiltak Nyfødt:** Arbeidsgiver påpeker at pågående prosess har medført en endring av opprinnelige plan slik at planlagt reduksjon i barnepleiere er redusert fra 5,5 til 3 og at den aktuelle nedbemanningen er relatert til tilsvarende overføring av aktivitet, og slik sett ikke reduserer antall ansatt per pasient/seng.

**Vedr. oppgavedeling og samhandling /Ullevålteamet;** Arbeidsgiver påpeker at det er viktig at nye føringer følges og at pasienter behandles ved de fagmiljøer som er gitt finansiering for oppgaven.

### **Evt konklusjon/enighet**

Kfr punktene over.

### **Klinikkens vurdering av betydningen for 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 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. Siden det er så mange samtidige endringer og presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig øket, er det dessverre en betydelig risiko for at arbeidsmiljøet forverres innen en del områder og yrkesgrupper.

**Vedtak i klinikk-AMU:** Klinikkenes budsjettforsalg for 2012 ble behandlet i klinikk-AMU 21.november 2011 med tilhørende budsjettnotat. Følgende er referatført: "*Klinikk-AMU deler klinikkleders vurdering av hvordan arbeidsmiljøet kan påvirkes av de nevnte budsjetttiltak*".

Klinikkleder  
Arbeidsgiver  
(Sign)



for Arbeidstakerorganisasjonene, etter avtale



Gry R. Bergskaug NSF

### **EVENTUELT:**

#### **Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra organisasjonene.

**Vedlegg fra vernetjenesten ved Kvinne og barneklubben angående klinikkens budsjettforslag for 2012.**

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

I tillegg til det som allerede er skrevet ønsker vernetjenesten følgende tilførsler:

- Det er planlagt at flere ansatte skal arbeide i helger. Dette vil påvirke arbeidsmiljøet negativt for dem det gjelder. Mange har valgt seg den arbeidsplassen de har bl. annet for å ikke arbeide i helg. Den enkelte ansatte må da arbeide i helg på en avdeling hvor de kan være ukjent både med arbeidsoppgaver og kollegaer. Dette vil påvirke arbeidssituasjonen negativt. Faren for å miste kompetent personale vil derved være økende. Et annet arbeidsmiljøproblem vil også være hvordan man skal løse økt arbeidspress på de gjenværende på grunn av at man må ha fri på hverdag som erstatning for helgearbeid.

Vernetjenesten ved Kvinne og barneklubben er klar over de store budsjettmessige utfordringer klubben står overfor. Vi er bekymret for hvordan dette vil påvirke den enkelte arbeidstaker og arbeidsmiljøene. Vi vil presisere viktigheten av at vi har en tett dialog og at man risikovurderer de arbeidsmiljømessige konsekvenser de ulike tiltakene kan få før man gjennomfører tiltakene.

Vi mener ellers at klinikkleder har beskrevet noen arbeidsmiljømessige konsekvenser som er riktig å ha med i klinikkens budsjettarbeid.

30.11.11

Lilian Paus Vadem

Klinikkverneombud, kvinne og barneklubben.

## **PROTOKOLLVEDLEGG TIL DRØFTINGSMØTEPROTOKOLL VEDR. BUDSJETTFORSLAG 2012,**

### **KVINNE OG –BARNEKLINIKKEN - MØTE AVHOLDT 30.11-2011 .**

*Viser og til tidligere innlevert protokoll datert 14.10.2011 gjeldene første drøfting på klinikknivå.*

Fagforbundet ser det ikke som fornuftig å være med på, være enig i en nedskalering av pleiepersonalet før en har kontroll på innleie og overtid. Dette gjelder generelt sett alle avdelinger, men spesielt Nyfødtintensiv som har et meget stort innleie, stor bruk av overtid og flere brudd på AML. Det er dermed ikke akseptabelt fra FF sine side å kutte i faste ansatte slik at situasjonen forverres.

Fagforbundet godtar ikke eller sier seg enig i at det er forsvarlig, hverken faglig eller økonomisk, at det endrede forslag om nedskjæring av Bpl/Hj.pl på Nyfødtintensiv avd. gjennomføres slik det er fremlagt. Forslaget er nå reduksjon av 3 årsverk BPL/HJ.pl og 2,5 spl. Viser og til forrige protokoll datert 14.10-2011 hvor jeg begrunner og hevder min mening om at det ikke er rom for noen nedskjæring pr. dd for Nyfødt. Bemanningsnorm, innleie, overtid, turnus bør sees på før en reduserer ytterligere. Dette for og unngå flere uønskede alvorlige konsekvenser for pasienter , den ansatte og arb. miljø

### **Fagforbundets argumentasjon mot forslaget om reduksjon av 3 årsverk Bpl/Hj.pl**

- **OUS ledergruppens føringer om prosentvis nedskalering ved behov er ikke fulgt i forslaget.** Nyfødt har pr. dd ca. 80 spl. årsverk og 15,5 bpl/hj. årsverk. En fjerning av 3 bpl/hj.pl årsverk tilsvarer 25 % nedskalering. Nedskalering på 2,5 årsverk av spl gruppa tilsvarer kun ca. 3 %. Presiserer da at dette forslaget ikke er i tråd med føringer fra OUS ledergruppe. Andre avdelinger hvor føringer om prosentvis nedskalering ikke følges/har blitt fulgt er : Barnemedisin, observasjonspost, og mulig også gyn. avdeling over tid. FF/mitt standpunkt om ingen ytterligere nedskalering av denne gruppa står ved lag.

- **Økonomisk gevinst blir mindre** ved å fjerne årsverk av bpl./hj.pl gruppa. Grovt sett så "går det" 1,5-2 bpl/hj.pl. utgiftmessig sett i forhold til spl/spes.spl. Resultat blir da at en må ta flere personer hvis en tar hj.pl/bpl. gruppa for å oppnå samme gevinst/Innsparing.
- **En dreining mot lavintensiv avdeling for Ullevål seksjonen er et ønske fra ledergruppen på flere nivåer.** (Strategisk utviklingsplan " for

Klinikken datert 8/6-2011) Dette fører til et større behov for Bpl./hj.pl. , noe som også vil være godt økonomisk og faglig forsvarlig. Kun 7 av 27 "senger" på Nyfødt Ullevål pr. dd er intensiv plasser. Ca. 75 % av pasientgruppen er da i målgruppa for barn bpl./hj.pl kan yte god behandling for. Det er og planer for "rooming inn" behandling hvor barselkvinner får en større nærhet til Nyfødt, og bpl . med barselkompetanse blir nødvendig.

- **Bunnivået/reduksjonen på Klinikken vedr. antallet Bpl/Hj.pl er nådd.** Et stort antall bpl./hj.pl årsverk har gjennom flere år "forsvunnet" dvs. endret til spl årsverk totalt i klinikken. Ofte uten at Klinikledelsens føringer er fulgt. Kan dokumenteres med årsrapporter etc. ved behov. I budsjettforslaget for klinikken er det og forslag om å holde flere bpl./hj.pl årsverk vaccant på obs post og i pol.mottak

- **Undervisningsansvar.** Fjernes flere av denne gruppen ser jeg det som meget vanskelig å overholde vårt undervisningsansvar for denne yrkesgruppen. Vil minne om at OUS nå ønsker å tilrettelegge for lærlinger i Helsefag. Bpl./hj.pl gruppa vil måtte ha undervisningsansvar/oppfølging for disse. Antallet bpl./hj.pl kan da ikke reduseres ytterligere i klinikken hvis disse elevene/studentene skal få en god opplæring til nytte for OUS/samfunnet på sikt. Minner om overordnede føringer (Oppdragsdokumentet , Spekter/FF samarbeidsavtale.) Statistikk for landet i sin helhet sier og noe om det store behovet for denne pleiergruppa i kommende år. OUS er et førende sykehus og bør da gå i spissen å se samfunnets behov.

- **Barnepleier/hj.pl gruppa på Nyfødt har landets beste kompetanse på LAR barn. (abstinensbarn).** Fjerning av 3 årsverk tilsvarer mulig 5 personer (deltidseffekt). Skal god behandling for disse barna/familiene opprettholdes så er det å miste kompetansen fra så mange meget alvorlig. Pasientgruppa er økende.

- **Det finnes pr. dd ingen ledige stillinger** i klinikken for disse 3 årsverkene en foreslår å redusere. Enkelte i denne yrkesgruppa har høy alder. Ved bruk av ansenitets prinsippet for utvelgelse vil noen av våre yngre gå ut som et resultat av dette. Vi mister dyktige medarbeidere som står for nyrekruttering, som er noe OUS ledergruppe viser at en ønsker ved å være positiv til å ta inn lærlinger.

Støtte for å beholde bpl./hj.pl gruppa kommer bl. annet fra :

Professor Dr.Ola Didrik Saugstad  
Dr. Rolf Lindemann  
Legeforeningen ved HTV  
Legeforeningen ved Avdelingstv.  
Klinikkverneombud  
Avdelingsverneombud

Oslo 1.12-2011

Vennlig hilsen  
Sonja J.Waagaard  
Hovedtillitsvalgt Fagforbundet  
Avdelingstillitsvalgt Nyfødtintensiv  
Oslo Universitets Sykehus HF

## **Legeforeningens protokolltilførsel til drøftingsmøte 30.11.11; Budsjett 2012 KVB**

### **Overordnede kommentarer**

De siste 10 årene har det årlig vært gjennomført gjentatt kutt og innsparinger etter osthøvelprinsippet for å oppnå budsjett. Legeforeningen finner det derfor svært lite sannsynlig at det er betydelig økonomiske gevinster å hente på effektivisering innenfor dagens driftstruktur på 3 forskjellige lokalisasjoner.

Dagens driftstruktur vil heller ikke vesentlig endres i løpet av 2012, bortsett fra mulig fysisk sammenslåing av gyn.kreft og kanskje fostermedisin, uten at dette er tidfestet. Bortsett fra et konkret haleheng er driften i dag tilpasset bemanningen og en reduksjon i lønnskostnader / variabel lønn/ tjenesteplaner vil bety redusert drift, redusert pasientbehandling og/eller redusert kvalitet.

Legeforeningen stiller seg likevel positiv til endringer og effektivisering, dersom arbeidsgiver kan vise de områdene og hvordan dette kan gjøres.

Det advares mot generelle kutt i morgenmøter. Vi er en kunnskapsbedrift og dette forer er viktig som felles fagarena, samarbeid, kontinuitet i vaktarbeid og pasientoppfølgingen, organisering av dagens arbeid og ikke minst som en viktig del av spesialistopplæringen og vedlikehold av kompetanse.

Legeforeningen finner det også viktig å påpeke den vanskelige IKT-situasjonen vår klinikk befinner seg i. Vi har flere pasientforløp innen avdelinger som er splittet på forskjellige lokalisasjoner, og der flere lokalisasjoner også bruker forskjellig journalsystemer. Dette er en fare for pasientsikkerheten og vi kan ikke se at dette er gjenstand for forsøk på forbedring i dette budsjettet.

For de enkelte avdelingene påpeker legeforeningen følgende konsekvenser;

### **Fødeavdelingen**

#### **Obstetrikk U**

"Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten"

Legeforeningen er bekymret over foreslåtte reduksjon av liggetid/oppfølging for gravide med psykisk sykdom og/eller rusmisbruk som nå får en tverrfaglig og tett oppfølging av Ullevålsteamet. Den samlede kunnskapen ved observasjon av barnet (abstinenssymptomer) og samspillet mellom mor/ far og nyfødt på barsel/ nyfødtavdeling er vanskelig å få ute i 1.linjetjenesten. Her må vi ikke glemme at dette ofte er svært tunge avgjørelser med omsorgsovertakelse inne i bildet, avgjørelser som kan spare ressurser ved å bli tatt på ett tidlig tidspunkt. Legeforeningen henstiller til at man tenker seg nøye om før man reduserer ressursbruken her.

#### **Obstetrikk RH**

Det overordnede mål i OUS er reduksjon av ressurser som følge av overføring av behandlingsgrunnlaget til AHUS/VV. Ved Obstetrikk RH er det derimot planlagt økt aktivitet (10% økt fødselstall) fra 1.1.12 uten at vi kan se at det samtidig er budsjettert med flere legestillinger.

Fødselstallet på Obstetrikk RH har allerede økt med 20 % fra 2007 til 2011. Samtidig har legebemanningen på Obstetrikk fått en reduksjon i "legerressurser" som tilsvarer 15 % av bemanningen, bl.a som følge av OUS-prosessen der gynekologisk seksjon i år ble flyttet fra RH til U. Dermed mistet Obstetrikk RH den nødvendige bufferkapasitet (av legerressurser) en slik sårbar fødeenhets er avhengig av. Det minnes om at en fødeavdeling er en uttalt akuttavdeling som er svært sårbar for hull i bemanningen. Ingen andre tilsvarende fødeavdelinger i Norge drives uten samlokalisert gyn.avdeling. Det er ofte stor grad av hast der minutter kan bli utslagsgivende. Det blir økt grad av samtidighetskonflikter som ikke kan håndteres. Obstetrikk RH behandler også en større andel regionspasienter og kompliserte pasientgrupper, og får tilsendt dårlige pasienter fra hele regionen. Ventelister kan vanskelig forlenges uten at det går utover forsvarligheten. Fødselshjelp er det faget med flest pasientskadesaker.

Sammenlagt utgjør dette en betydelig effektivisering av Obstetrikk RH gjennom de siste årene. I praksis ser vi at dette har gått for langt. Årets bemanningsplan siste 3 mnd viser at hver 4. dag, er under minimumsbemanning. Dette er ikke forsvarlig drift på en fødeenhets, og samtidig går det utover spesialistutdanningen, forskning og arbeidsmiljøet svekkes. Det er nå budsjettert med enda ytterligere 10 % økning av fødselstallet fra nyttår. Å foreta denne økningen uten samtidig økning av ressursene vil kunne gi betydelig fare for pasientsikkerheten.

Det vises for øvrig til innsendte bekymringsmelding.

#### **Ad punkt x21: " D-stilling på Obstetrikk RH"**

Det er feil slik det står i budsjettet at D-stillingen kun inngår i vakter. Personen det gjelder jobber allerede 50 % i klinikken gjennom hele året og har til nå også jobbet ekstra i ferien

(altså utover det som er avtalefestet). Legen kan således ikke brukes til å redusere antall ferievikarer.

#### **Gynekologisk avdeling**

Punkt x8; Om reproduksjon og "fast-track":

Legeforeningen kan ikke forstå annet enn at innsparingene ved omlegging til "fast-track" ikke kan være særlig annet enn fravær av kveldspoliklinikken med AIH/AID dvs. ca. 0,2 mill. Dersom vi øker ett behandlingstilbud på dagtid må et annet tilbud ut, så enkelt er det uten flere rom eller flere folk.

Legeforeningen har forståelse for at arbeidsgiver ønsker å legge om til "fast-track" for å spare penger. Vi mener dog at man må ta høyde for at tilbudet til pasientene blir dårligere (henviser forøvrig til protokoll fra møtet).

Ad punkt x10: "Høyere terskel for følgevakter LIS".

Dette må konkretiseres. Vi har eksempel fra i sommer som tydeliggjør at det trengs følgevakter når ferske LISer begynner. Legeforeningen er skeptisk til å budsjettfeste at vi skal spare på dette fordi det kan gå ut over forsvarligheten.

#### **Barnemedisinsk avdeling**

Legeforeningen bemerker at det er budsjettert med innsparinger som ikke er avtalt, bl.a sammenslåing av 2 avdelinger når arbeidsgruppe nylig er nedsatt og utredning, konsekvensanalyser og resultat av arbeidsgruppen ikke er ferdig.

#### **Nyfødtavdelingen**

Det står at poliklinikk for nyfødt IKKE skal reduseres. Med den legebemanningen det legges opp til vil man ikke klare dette. Legeforeningen stusser ellers på at det nærmest er forskuttert en sammenslåing/ nedlegging av barneintensiv selv om dette ikke er ferdig utredet ennå. Det står heller ikke noe om at vaktssystemet for nyfødt U i såfall vil bli fratatt 2(3) av sine vaktgående leger - noe som da IKKE vil være bærekraftig, særlig ikke i ferie-perioder. Nyfødt trenger både barne- og nyfødtsykepleiere-; de har sine styrker og svakheter begge to. Og slik situasjonen er blitt, har vi vel ingen å avse av noen av dem. Det er i dag en utstrakt bruk av svenske og danske vikarer for å løse bemanningsproblemer, hver eneste helg og natt. De fyller hull - men bryter jo selvfølgelig alle behov for kontinuitet i pasientbehandlingen.

Oslo, 30.11.2011  
Anne-Sofie Letting  
Klinikktiltitsvalgt Of, Dnlf

## **Protokolltilførsel til drøftingsmøte 30.november 2011 i kvinne- og barneklubben fra Norsk sykepleierforbund.**

Budsjettarbeidet har vært preget av korte frister. Dette har gjort det vanskelig med involvering ut på alle enhetene.

NSF støtter mange av tiltakene for å få budsjettet i balanse, men ser at man har stramme rammer. Budsjetttiltakene vil påvirke arbeidsmiljøet blant de ansatte som det står i klinikkens risikovurdering.

Klinikken vil ha mindre mulighet til å tilrettelegge for ansatte som for eksempel har legeerklæring på at de ikke kan jobbe nattevakter. Dette er uheldig ifht at OUS er en stor IA bedrift.

## Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

### PROTOKOLL

Drøfting i medhold av Hovedavtalens kapittel VII, jf. Arbeidsmiljøloven kapittel 8.

*Dato:* 25/11-2011 og 30/ 11-2011

*Sted:* Oslo universitetssykehus, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

*Parter:* Ledelsen, tillitsvalgte, verneombud

*Sak:* Budsjett 2012

*Tilstede:* Fra arbeidsgiversiden:

Sigbjørn Smeland, Arne Fosseng, Anne-Marie Rønning Nilsen, Guro Marki-Pleym

Referent: Guro Marki-Pleym/Anne-Marie Rønning Nilsen

Fra arbeidstakersiden: 25/11 2011

Anne Marit Wang Førland, Brynhild Asperud, David Pearson, Ellen Tønsager, Hanne Norunn Hansen, Ida Tørmo, Ingvild Eidsaae, Line Boulland, Mette Blichfeldt, Petter Brandal, Recep Øzeke, Ståle Ølberg, Anja Larsen Halleraker

Fra arbeidstakersiden: 30/11 2011

Anne Marit Wang Førland, Brynhild Asperud, David Pearson, Ellen Tønsager, Hanne Norunn Hansen, Ida Tørmo, Ingvild Eidsaae, Line Boulland, Mette Blichfeldt, Petter Brandal, Recep Øzeke, Ståle Ølberg, Anja Larsen Halleraker, Martin Fjeldsrud, Gry Skodje, Espen Thiis- Evensen

### Sak Budsjett 2012

Drøftingsmøtet 25. november 2011 omhandler foreløpig rammer og budsjett for 2012 for Krefft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT). Arbeidsgiver hadde i forkant av møtet sendt ut følgende drøftingsgrunnlag til møtet: 1) Budsjettnotat for KKT datert 15. november 2011 og 2) drøftingsnotat vedrørende fordeling av foreløpige rammer og budsjettkrav mellom avdelinger og institutter datert 22. november 2011. Dokumentene vedlegges drøftingsprotokoll.

Klinikkleder Sigbjørn Smeland presiserte i møte at budsjettprosess 2012 fortsatt ikke er slutført, men at det anses som sentralt at foreløpige rammer og tiltak drøftes med utgangspunkt i det som nå foreligger fra avdelingene. Jf. vedlagte drøftingsdokumenter.

Arbeidstakersiden understreker at de forholder seg til vedlagte drøftingsnotater, slik de foreligger pr i dag og at dersom det blir endringer i dette, så må ny drøfting gjennomføres.

Arbeidsgiver fremhevet at dersom det skulle bli endringer i forhold til fremlagte drøftingsgrunnlag, så vil klinikktilitsvalgte/klinikkverneombud bli innkalt til nytt drøftingsmøte.

Arbeidsgiversiden tar opp at gjennomsnittskostnad pr årsverk, som er benyttet som nøkkeltall, må avklares med sentral økonomistab. Det presiseres også at årsverk er brutto årsverk som inkluderer variabel lønn.

I tillegg var det spørsmål fra arbeidstakersiden vedrørende beregningen av antall opphold og samtidig en reduksjon i DRG-poeng. Nøkkeltall viser at antall opphold har økt, men det er ikke tilsvarende for økning i DRG.

Arbeidsgiversiden begrunnet dette med at økningen i antall opphold kommer av økt poliklinisk virksomhet, som er inkludert i estimert antall opphold. Økt poliklinisk virksomhet gir flere antall opphold, men samtidig en reduksjon i klinikkens DRG-poeng.

Arbeidstakersiden fremhevet at medvirkning og involvering i forbindelse med budsjettprosessen ikke har vært tilstrekkelig ivaretatt. Selv om klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud fortløpende er blitt orientert underveis i prosessen, så er det ikke tilstrekkelig dersom den enkelte leder ikke sørger for at dette ivaretas i sin enhet.

Arbeidsgiversiden henviste til at dette er en krevende prosess i en ny fusjonert klinikk. I tillegg er tidsrammene for prosessen stramme, noe som igjen medfører at dette er særlig utfordrende å følge opp for de enkelte ledere i linjen. Arbeidsgiver fremhever samtidig at dette selvsagt må forbedres. Medvirkning og involvering skal ivaretas og arbeidsgiver vil følge dette opp videre overfor klinikkens ledere.

Arbeidstakersiden ber om at identifiserte tiltak spesifiseres nærmere, slik at det kommer tydelig frem hva som drøftes.

Arbeidsgiver tar dette til følge og det avtales at det skal sendes ut en nærmere spesifisering i etterkant av møtet. I tillegg er det enighet mellom partene om at det avholdes et nytt drøftingsmøte i uke 48.

Protokoll blir derfor todelt, en del som omhandler drøftinger 25. november (*ovenfor*) og en del som følge av drøftinger vedrørende nærmere spesifisering av identifiserte tiltak (*følger nedenfor*).

Det avtales også at utdypende kommentarer utarbeides av tillitsvalgte som protokolltilførsler til neste møte.

### **Drøftingsmøte 30. november**

I forkant av drøftingsmøtet oversendte vernetjenesten at de ønsket et tillegg til klinikkens risikovurdering i budsjettnotat datert 15. november 2012. Vernetjenestene ba om følgende presisering vedrørende arbeidsmiljøet: Motivasjonen blant de ansatte er lav. Kontinuerlig fokus på nedbemanning og andre negative forhold skaper dårlig stemning i arbeidsmiljøet. Vernetjenesten får innspill om at lojaliteten til arbeidsplassen er synkende, noe som igjen kan gi økt sykefravær og gå utover faglig kvalitet og sikkerhet. Enhetsledere sliter med å lage turnusplaner uten hull. De sliter også med å få gjennomført alle arbeidsoppgavene sine.

Arbeidsgiver innledet møtet med en oppdatering i forhold til budsjettskriv nr. 4 og endelige rammer, som ble behandlet på Leder møtet i OUS 29. november 2011. Arbeidsgiver hadde som avtalt på drøftingsmøtet 25. november sendt ut en nærmere spesifisert oversikt over identifiserte tiltak. Oversikten vedlegges drøftingsprotokoll.

Innledningsvis presiserte arbeidsgiver at identifiserte tiltak ikke er tilstrekkelige til å dekke klinikkens krav om budsjettbalanse. Dette kravet vil bli opprettholdt og det uavklarte budsjettkravet vil bli lagt på avdelingsnivå. Uløste budsjettkrav vil bli synliggjort gjennomgående på avdelingsnivå. Klinikkledelsen ser at overføring av aktivitet fra Aker og gjennomføring av overføringsprosessen vil være sentrale tiltak som vil konkretiseres i det videre arbeidet.

Arbeidstaker understreker at det er viktig at de tiltak som er identifisert kommuniseres godt ut i klinikken og at prosesser som skal skje rundt øvrige tiltak gjennomføres i samsvar med lover og avtaler. Arbeidsgiver fremhevet at prosesser selvsagt skal gjennomføres i samsvar med avtaleverket.

Identifiserte tiltak ble gjennomgått, slik at arbeidstaker kunne ta opp de spørsmål de hadde til hvert enkelt tiltak.

For avdeling for Kreftbehandling hadde arbeidstakersiden spørsmål til i forbindelse med reduksjon av 5 årsverk ved sengepost A8. Arbeidsgiver kunne her redegjøre for at tre årsverk inkluderer de to som allerede er nedbemannet i oktober 2011. Disse fem er tidligere identifiserte tiltak, så de må sees i sammenheng med drift 2011.

Arbeidsgiver understreker at det er viktig at identifiserte tiltak som berører bemanningsreduksjon må gjennomgås og kvalitetssikres. Det pågår for tiden en gjennomgang av alle identifiserte tiltak, for å sikre at dette blir tilstrekkelig konkretisert i forhold til bemanningsplanene samt gi en oversikt over hva som må følges opp som prosesser i 2012.

Arbeidstakersiden uttrykte bekymring for at reduksjon i variabel lønn for Stråleterapien vil innebære en kraftig innstramning av overtidsbruken som kan resultere i lengre ventetider for pasientene ved oppstart av strålebehandling. Arbeidsgiver ser utfordringer i forhold til dette, men mener samtidig at det over tid vil føre til en utjevning av arbeidsbelastning. Arbeidstakersiden foreslo alternativ og kompenserende tiltak hvor det åpnes for å jobbe overtid for å begrense ventetider med hensyn til stråleterapi.

Arbeidstakersiden etterspurte hvilke 1,5 årsverk stabs-/støttefunksjoner som skulle reduseres på adm./kontor i avdeling for Kreftbehandling. Arbeidsgiversiden informerte at dette var 0,5 årsverk knyttet til bryst- og endokrinseksjonen og ett årsverk på seksjon for stråleterapi.

Fagforbundet påpekte at de ikke har fått informasjon om eller drøftet overføring av 0,5 årsverk til Vestre Viken fra avdeling for kreftbehandling eller reduksjon av ett årsverk på Hud poliklinikk i avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer. Arbeidsgiver henviste til at dette allerede er gjennomført i 2011.

I avdeling for Gastro- og barnekirurgi skal det gjennomføres en reduksjon med fem senger. Reduksjonen er avhengig av overføring av ø-hjelp fra Aker til Ullevål. Det planlegges gjennomført i løpet av 1. kvartal 2012.

Arbeidstakersiden hadde spørsmål knyttet til at avdeling for Gastro- og barnekirurgi hadde ett tiltak knyttet til vaktturnus. Arbeidsgiver fremhevet at dette tiltaket er gevinster som kan hentes ut ved samordning av vaktturnus. Dette vil kreve en prosess, som iverksettes i løpet av våren 2012.

For avdeling for Transplantasjonsmedisin har de et tiltak hvor det står; effektivisering av kontor tjenesten, for å oppnå bedre arbeidsflyt. Arbeidstakersiden mente dette var noe uheldig formulering. Arbeidsgiversiden er enig og dette korrigeres i ny versjon av tiltaksoversikten. Arbeidsgiver fremhevet i tillegg at dette er vakante stillinger og at avdelingen mener de kan drifte forsvarlig uten disse stillingene.

Arbeidstakersiden stilte spørsmål ved reduksjon i medikamenter for avdeling for Blodsykdommer. Arbeidsgiver redegjorde kort for at avdelingen har vurdert alternative forhold som vil kunne gi reduserte medikamentkostnader og kommet frem til at innkjøp av medikamenter vil kunne gi en midlertidig effekt og dermed redusere avdelingens utgifter til koagulasjonsfaktorkonsentrater.

For avdeling for urologi stilte arbeidstakersiden spørsmålstegn ved overføring av x antall pas. til Telemark i forbindelse med robotassistert radikal laparoskopisk prostektomi og om dette kan defineres som innsparingstiltak. Arbeidsgiver begrunnet dette med at det omhandler behandling som er underfinansiert og at en overføring av ansvaret dermed vil gi innsparingsgevinst for avdelingen. Partene var imidlertid enige om at dette bør tydeliggjøres.

For klinisk service uttrykte arbeidstakersiden bekymring om hvor vidt økning av billettpris til trivselsanlegget kunne være negativt. Arbeidsgiver mener at avdelingen har vurdert dette grundig og det er ikke blitt sett på som en trussel med hensyn til omdømme.



Arbeidstakersiden stilte spørsmål vedr. stillingen som sosionom ved avdeling for klinisk service, Radiumhospitalet. Arbeidsgiver understreket at dette er en stilling som har vært ubesatt i mange år. Det vil derfor ikke ha noen konsekvens for nåværende tilbud.

Arbeidsgiver ønsker å understreke at ledigholdelse av stilling ved frikjøp av tillitsvalgt i avdeling for medisinsk fysikk er reversibelt, og er derfor et midlertidig tiltak. Tiltaket innebærer heller ikke en reduksjon i bemanning.

For tiltakene ved de to instituttene, institutt for kreftforskning og institutt for medisinsk informatikk, uttrykte arbeidstakersiden bekymring for konsekvenser for forskningen. Arbeidsgiver fremhevet at de fremlagte forslag i de to instituttene omhandler ledigholdelse og naturlig avgang.

De tiltak som ligger til stab var identifisert i forbindelse med P500 i tidligere SMK og KRK. En del av disse er stillinger som gikk fra to stillinger til en stilling som følge av fusjonsprosessen, som blant annet stillingene Økonomleder, HR- leder etc. Bemanningsplan for stab KKT ble drøftet i september måned. Stillinger er avklart og det pågår prosesser for de resterende i stab.

Arbeidstaker og arbeidsgiver ble enige om at usignert drøftingsprotokoll kan bli oversendt til Klinik - AMU i forkant av ekstraordinært klinikk AMU 1.12.11, ettersom saken skal behandles i AMU før leveranse 2. desember.

NSF og Fagforbundet støtter vedlagte protokolltilførsel fra Dnlf.

Arbeidsgiver  
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene  
(Sign)

Recep Zehre, DNLF/of Mette Blichfeldt, NSF  
Daniel Penrom - PARAT

Bryndild Asperud, NITO

Ellen Tønsager, Fagforbundet

Marthe Eidsrud, FO

Hanne Hause, NFF

**EVENTUELT:**

**Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra (Tekna, Dnlf)

### **Protokolltilførsel fra DNLF vedr. drøfting av budsjetttiltakene ved KKT.**

Legeforeningen ved klinikk for KKT beklager at avdelingstillitsvalgte i de fleste avdelingene ikke er blitt involvert i det viktige budsjettarbeidet som har pågått gjennom høsten og at de identifiserte tiltakene dermed ikke er forankret hos tillitsvalgte. I tillegg kan man ikke se at budsjettet i sin helhet så langt er fremlagt for reell mulighet til kommentering og medvirkning.

Legeforeningen er inneforstått med den økonomiske situasjonen som OUS og vår klinikk befinner seg i og er enig med klinikkledelsen i at kravet om budsjettbalanse helt klart vil medføre økt risiko for fristbrudd, for svekkelse av pasientsikkerhet og for redusert kvalitet. Samtidig vil utdanning, forskning og fagutvikling lide betydelig. Vi er ikke enige i klinikkens vurdering av at "identifiserte tiltak vil generelt ikke gi svekket kvalitet for pasienter". Vi mener at det motsatte innrømmes av klinikkledelsen når de sier at redusert bemanning i sengeposter og poliklinikker vil gi en viss økning i risiko for feil. Videre mener Legeforeningen at det i for liten grad blir sett på samhandlingen mellom klinikkene i de risikovurderinger og vurderinger av behandlingskvalitet som gjøres. Legeforeningen mener at de identifiserte tiltakene, som møter omtrent halvparten av budsjettkravet, også vil gi betydelig økt risiko for svekkelse av arbeidsmiljø, brudd på arbeidsmiljøloven, dårligere pasientsikkerhet og dårligere kvalitet av pasientbehandling. Vi finner det også viktig å påpeke den vanskelige IKT-situasjonen OUS befinner seg i. Denne medfører, også for mange pasienter som behandles i vår klinikk, en fare for pasientsikkerheten og er i for liten grad gjenstand for gode nok forsøk på forbedring.

Legeforeningen stiller seg likevel positiv til endringer og effektivisering dersom arbeidsgiver synliggjør de områdene hvor man vil foreta innsparinger og samtidig dokumenterer hvordan dette kan gjøres uten at det går utover arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Vi forstår klinikkens utfordringer med fusjon av 2 klinikker (E+G) og etablering av ny organisering med samtidig ivaretagelse av drift på 4 lokalisasjoner gjennom 2011. Likevel vil forsinkelse av flytteprosesser, samtidig med reduksjon av antall årsverk, gi tydelig økt risiko for arbeidsmiljølovbrudd og økt risiko for svikt og skade for pasienter. Klinikkens vernetjeneste melder også at de identifiserte tiltakene medfører økt risiko mht arbeidspress/ tidspress/sykefravær, samt øker faren for ytterligere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser, både for ledere og medarbeidere.

Vi er også bekymret m.t.p. overføring av uformelle landsfunksjoner fra OUS til andre sykehus fordi dette vil føre til kompetansetap på sikt og innvirke negativt på fagmiljøets omdømme. En del pasienter forblir uten behandlingstilbud fordi ordningen ved OUS avvikles uten at det etableres tilsvarende tilbud i andre regionale helseforetak. Eksempler er urologiske pasienter med behov for robotassisterte prostatakreftoperasjoner og innsetting av sfinkterproteser. Her bør man heller tilføre ressurser, slik at OUS kan opprettholde denne kompetansen, framfor å ofre enkelte fagmiljøer for å holde budsjettkravene. Dersom det likevel gjennomføres, må det synliggjøres.

Oslo, 25/11-2011

  
Recep Özeke

Klinikk TV DNLF/OF

  
Line Boulland

Klinikk TV DNLF/YLF

## **Tekna ønsker å komme med følgende tilførsel til drøftningsprotokoll vedr budsjett 2012**

Til tross for at flere fagforeninger ved flere anledninger på nyåret har bedt om å involveres i større grad i budsjettarbeidet, særlig på organisasjonsnivåer under klinikknivå, har dette ikke skjedd for Teknas vedkommende. Vi har delvis blitt informert om tall ETTER at disse er sendt opp i organisasjonen. Dette kan ikke kalles "reel medvirkning" "så tidlig som mulig". Men det kan kalles avtalebrudd.

Tekna mener det er nødvendig å kjenne til detaljer av budsjettet (på avdelingsnivå) for å kunne gi relevante kommentarer på hvorvidt de foreslåtte rammene er hensiktsmessige for ansvarlig drift og arbeidsforhold. En ny organisasjon som OUS trenger omstillingsmidler. Det ser de tillitsvalgte helt tydelig. Å bestemme budsjetttrammene før budsjettet er klart i detalj vil føre til at man ikke klarer å identifisere et presist risikobilde mht organisatoriske og driftsmessige utfordringer. Dette kan i neste omgang føre til unødvendig ineffektiv drift og gå ut over arbeidsmiljø, pasientbehandling og innovasjon.

Når det gjelder foreslåtte rammer er de som sagt vanskelige å kommentere på en konstruktiv måte. Sparetiltakene kan føre til mindre forskning og utvikling, dårligere arbeidsmiljø og mer frustrasjon blant arbeidstakerne som fra før føler de strekker seg langt for å imøtekomme kravene som følge av omorganiseringen.

### **Ståle Ølberg**

---

Klinikktiltvalgt for Tekna  
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

## MØTEREFERAT

Sentralbord: 02770

Møtetema: Klinikk AMU **Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken**  
Til: Klinikk AMU  
Kopi:  
Dato dok: 01.12.11  
Dato møte: 01.12.11  
Referent: Turid Vendshol  
Tilstede: Brynhild Asperud (møteleder), Ida Tørmo, Mette Neergård, Gunn Josephine Hovland, Trine Sæther Hagen, Anne-Marie Rønning Nilsen, Sigbjørn Smeland; Torhild Birkeland, Kjell Magne Tveit, Pål Brenno, Torill Krøvel, Øystein Fodstad

Forfall: Veronica Kollevåg, Anne Grethe R Hammerstad, Ellen Tønsager, Bergljot Fuhr Lunde, Mette Blichfeldt,  
Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

| Saksnr.:   | Sakstittel/-innhold   |
|------------|---|
| Sak 7/2011 | <p><b>Ekstraordinært møte klinikk AMU KKT Budsjett 2011</b></p> <p>Sigbjørn Smeland redegjorde for budsjettprosessen og dokumentene var utsendt i forkant.</p> <p>Klinikkverneombud hadde meldt i forkant at det var sentralt at klinikk AMU jobber videre med tiltakene tilknyttet risikoområdene.</p> <p>HR fremhevet andre tiltak som RAFAELA-prosjektet, som er et forskningsbasert pleiekategoriseringsverktøy. Pågående prosjekt, et postdoc arbeid, på alle avdelinger i tidligere SMK. Klinikkledeledelsen ønsker å bruke pleiekategoriseringsverktøyet på øvrige sengeposter i klinikken.</p> <p>Ønske om å få presentert RAFAELA – informasjon sendes ut til AMU-medlemmene. Man planlegger også en presentasjon av verktøyet på et senere tidspunkt.</p> <p>Nå går siste leveranse til budsjettet til styrebehandling. Nå har vi muligheter til å komme med innspill til risikovurderingen. Referatet fra AMU skal vedlegges leveransen.</p> <p>Flere av representantene i klinikk AMU uttrykker bekymringer i forhold til konsekvenser for arbeidsmiljøet. Den økonomiske situasjonen påvirker kvalitet i pasientbehandlingen, som kan skape et omdømmeproblem og være en arbeidsmiljøbelastning.</p> <p>De identifiserte tiltakene er risikovurdert. Klinikk AMU påpeker at tilnærming og metodikk i risikovurderingen kunne vært bedre avklart tidligere i prosessen. Vernetjenesten fremla konkret forslag om bruk av LØFT-metodikk (løsningsfokusert tilnærming) som et av flere tiltak klinikken bør arbeide videre med.</p> |

Klinikk AMU fremhever at det må jobbes videre med tiltakene. Klinikkledeisen utarbeider et forslag som skal fremlegges tillitsvalgte og verneombud.

Klinikk AMU diskuterte også viktigheten av å fokusere på arbeidsglede og ta vare på det som faktisk er bra og fungerer i en krevende omstillingsprosess.

Det ble diskutert om bakgrunnen for at det rapporteres mer arbeidspress til tross for at vi produserer mindre enn tidligere. Hva skyldes dette? Har vi et omdømmeproblem som slår inn på arbeidsgleden? Det er vanskelig å øke produktiviteten mens man er i en omstillingsprosess. Alle omstillingsprosesser gir et fall i produktivitet i en startfase. IKT-biten har vært en stor frustrasjonskilde. Klinisk arbeidsflate ble ikke noe av. Kompenserende mekanismer som påvirker produktiviteten, er fordyrende og skaper frustrasjon. Prosessene med å flytte pasientgrupper og personale er krevende. IKT – biten kommer på toppen av dette. Imponerende hva vi har fått til til tross for at vi har hatt store prosesser gående. Vi har mye dyktige ledere i klinikken som jobber flott med personalet sitt.

### **Vedtak**

Klinikk AMU er inneforstått med foretakets økonomiske situasjon, men er bekymret for virkningen på arbeidsmiljø og de ansatte ved gjennomføring av budsjettbalanse samtidig som vi er i en krevende omstillingsprosess. Klinikk AMU frykter at tiltakene medfører økt risiko mht arbeidspress/ tidspress/ sykefravær samt øker faren for ytterligere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser både for ledere og medarbeidere.

Budsjettprossessen er gjennomført innenfor stramme tidsrammer. Dette har medført at man ikke i tilstrekkelig grad har kunnet ivareta medvirkning og involvering på alle nivåer i klinikken.

Klinikk AMU fremhever at dette er særlig viktig i forhold til ivaretagelse av arbeidsmiljøet i en krevende omstillingsprosess, preget av stor usikkerhet knyttet til foretakets økonomiske situasjon.

## **Protokolltilførsel fra DNLF vedr. drøfting av budsjetttiltakene ved KKT.**

Legeforeningen ved klinikk for KKT beklager at avdelingstillitsvalgte i de fleste avdelingene ikke er blitt involvert i det viktige budsjettarbeidet som har pågått gjennom høsten og at de identifiserte tiltakene dermed ikke er forankret hos tillitsvalgte. I tillegg kan man ikke se at budsjettet i sin helhet så langt er fremlagt for reell mulighet til kommentering og medvirkning.

Legeforeningen er inneforstått med den økonomiske situasjonen som OUS og vår klinikk befinner seg i og er enig med klinikkledelsen i at kravet om budsjettbalanse helt klart vil medføre økt risiko for fristbrudd, for svekkelse av pasientsikkerhet og for redusert kvalitet. Samtidig vil utdanning, forskning og fagutvikling lide betydelig. Vi er ikke enige i klinikkens vurdering av at "identifiserte tiltak vil generelt ikke gi svekket kvalitet for pasienter". Vi mener at det motsatte innrømmes av klinikkledelsen når de sier at redusert bemanning i sengeposter og poliklinikker vil gi en viss økning i risiko for feil. Videre mener Legeforeningen at det i for liten grad blir sett på samhandlingen mellom klinikkene i de risikovurderinger og vurderinger av behandlingskvalitet som gjøres. Legeforeningen mener at de identifiserte tiltakene, som møter omtrent halvparten av budsjettkravet, også vil gi betydelig økt risiko for svekkelse av arbeidsmiljø, brudd på arbeidsmiljøloven, dårligere pasientsikkerhet og dårligere kvalitet av pasientbehandling. Vi finner det også viktig å påpeke den vanskelige IKT-situasjonen OUS befinner seg i. Denne medfører, også for mange pasienter som behandles i vår klinikk, en fare for pasientsikkerheten og er i for liten grad gjenstand for gode nok forsøk på forbedring.

Legeforeningen stiller seg likevel positiv til endringer og effektivisering dersom arbeidsgiver synliggjør de områdene hvor man vil foreta innsparinger og samtidig dokumenterer hvordan dette kan gjøres uten at det går utover arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Vi forstår klinikkens utfordringer med fusjon av 2 klinikker (E+G) og etablering av ny organisering med samtidig ivaretagelse av drift på 4 lokalisasjoner gjennom 2011. Likevel vil forsinkelse av flytteprosesser, samtidig med reduksjon av antall årsverk, gi tydelig økt risiko for arbeidsmiljølovbrudd og økt risiko for svikt og skade for pasienter. Klinikkenes vernetjeneste melder også at de identifiserte tiltakene medfører økt risiko mht arbeidspress/ tidspress/sykefravær, samt øker faren for ytterligere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser, både for ledere og medarbeidere.

Vi er også bekymret m.t.p. overføring av uformelle landsfunksjoner fra OUS til andre sykehus fordi dette vil føre til kompetansetap på sikt og innvirke negativt på fagmiljøets omdømme. En del pasienter forblir uten behandlingstilbud fordi ordningen ved OUS avvikles uten at det etableres tilsvarende tilbud i andre regionale helseforetak. Eksempler er urologiske pasienter med behov for robotassisterte prostatakreftoperasjoner og innsetting av sfinkterproteser. Her bør man heller tilføre ressurser, slik at OUS kan opprettholde denne kompetansen, framfor å ofre enkelte fagmiljøer for å holde budsjettkravene. Dersom det likevel gjennomføres, må det synliggjøres.

Oslo, 25/11-2011

  
Recep Özeke

Klinikk TV DNLF/OF

  
Line Boulland

Klinikk TV DNLF/YLF

## KLINIKK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN

|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <b>PROTOKOLL</b><br>Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8  |
| <i>Dato:</i>     | 30.11.2011  |
| <i>Sted:</i>     | Oslo universitetssykehus, Hjerte-, lunge- og karklinikken   |
| <i>Parter:</i>   | Ledelsen for klinikken og klinikktilitsvalgte, klinikkverneombudene   |
| <i>Sak:</i>      | Sak 1 Budsjett 2012   |
| <i>Tilstede:</i> | <u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Otto Smiseth, Marit Frogner<br>Referent: Birgitte Kolsung   |
|                  | <u>Fra arbeidstakersiden:</u> Sigbjørn Flatland NSF, Randi Johansen Fagf, Johannes Bjørnstad YLF, Øystein Vengen DNLF, Vivian Høyland Tekna, Eline Figureiado Parat |
|                  | <u>Fra vernetjenesten:</u> Anne Gro Valla   |

### Budsjett 2012

Saksfremstilling: Otto Smiseth redegjorde for vilkårene for budsjettet. Vi har et krav på ca 70 mnok og dette må fordeles ned på minste enhet. Drøfting om ny driftsmodell på TKA gjøres i dag på nivå 1.

Tidligere utsendte dokumenter i saken budsjett 2012 med mal for risikovurdering ble gjennomgått i møtet. Det vises også til tidligere utsendt risikomatrix, samt oversikt over bemanningstall.

### Arbeidstakersidens kommentarer

- Arbeidstagersiden er av den klare oppfatning at bemanning må følge av aktivitet og organisering av virksomheten. Det er ikke fremført planer for aktivitetsreduksjon eller omorganiseringer tilsvarende 60 brutto årsverk i budsjettkutt. Dersom ledelsen er nødt til å redusere HLK sitt budsjett med tiltak tilsvarende 60 brutto årsverk må troverdige planer for aktivitetsendring og omorganisering legges frem.
- Slik det ses fra samtlige organisasjoner og vernetjenesten er det ikke fremlagt troverdige planer for effektivisering av virksomheten svarende til planlagt budsjettkutt/nedbemanning. Arbeidstagersiden frykter for konsekvenser for arbeidsmiljø og pasienter, og dette har vært tydelig fremført i prosessen.
- Det fremkommer ikke fra budsjettokumentet hvilke konsekvenser og risiko det foreslåtte budsjettforslaget kan få, spesielt innen lands- og regionsfunksjoner.
- Konsekvenser gjeldende aktivitet og kvalitet fremkommer ikke tydelig i det fremlagte budsjettokument med tanke på tiltak for å møte budsjettkrav. Dette bør arbeides mer med før budsjett og tiltak vedtas.
- Kostnader bør fordeles i klinikken etter der pasientene tilhører. Dette gjelder også kostnader som tilhører pasienter fra andre klinikker.

- Det ble uttrykt bekymring ved å foreslå å nedbemanne med 2 perfusjonister i TKA da de i dagens situasjon går mye overtid. Det vil også påvirke traumeberedskapen på Ullevål.
- Det er ikke erstattet karkirurg som har sluttet, og det ble uttrykt bekymring for hva dette gjør for vaktplaner for de øvrige kirurgene.
- Løsningene for samordning av sengepostene i TKA1 og TKA2, samt Lungeavdelingens sengepost burde komme tydeligere frem i budsjettet. De ulike alternativene er ikke fremkommet slik prosjektet ligger så langt.

### **Arbeidsgiversidens kommentarer**

- Det finnes strategier på å avlaste avdelingene for aktivitet, deriblant planer for å flytte ut kontroller og utredninger, samt å benytte hotellet til pasienter i større grad.
- Risikovurdering med hensyn til pasientsikkerhet og aktivitet ble gjort i første budsjettleveranse, og denne sammen med det som er fremkommet fra Klinik-AMU og innspill fra dagens møte legges inn i revidert matrise som følger budsjettleveransen,
- Det skal utarbeides en arbeidsplan som reduserer belastningen for perfusjonistene. Dette må tas i gjennomføringen av omstillingen av ny driftsmodell for TKA. Man avventer beslutning på Nivå 1.
- Klinikken utsetter beslutning om samdrifting av sengepost TKAS2 med enten TKAS1 eller LURS1. Det finnes potensiale for innsparing, men dette må bearbeides videre og det er derfor ikke konkludert ennå.
- Flytting av Karavdelingen skal ses i sammenheng med helhetsbildet for OUS, det er derfor ikke avklart ennå hvor Karavdelingen fysisk skal ligge.
- Klinikken vil tilstrebe å arbeide bedre på tvers av fagområder og driftsenheter, samt lage gode og hensiktsmessige pasientsløyfer.

### **Evt konklusjon/enighet**

Gjennomføring av en innsparing med reduksjon med 60 årsverk i løpet av 2012 vil bli en stor utfordring for klinikken og kan føre til risiko mht pasientsikkerhet, aktivitet og arbeidsmiljø.

Otto A Smiseth  
Klinikkleder  
Arbeidsgiver  
(Sign)

Marit Frogner  
HR-leder  
Arbeidsgiver  
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene

Anne Gro Valla  
Klinikkverneombud  
(Sign)

Sigbjørn Flatland  
Klinikktilitsvalgt NSF  
(Sign)

Johannes Bjørnstad  
Klinikktilitsvalgt YLF  
(Sign)

Vivian Høyland  
Klinikktilitsvalgt Tekna  
(Sign)

Øyvind Vengen  
Klinikktilitsvalgt vara DNLF  
(Sign)

Eline Figureiada  
Klinikktilitsvalgt Parat  
(Sign)

Bjørn-Gunnar Hanssen  
Klinikktilitsvalgt Delta  
(Sign)

Randi Johansen  
Klinikktilitsvalgt Fagforbundet  
(Sign)



Pia Bryde  
Klinikktiltitsvalgt NITO  
(Sign)

Trond Ovesen  
Klinikktiltitsvalgt Radiografforbundet  
(Sign)

### **Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra *ORG*.

### **Protokolltilførsel fra Tekna**

Drøfting av Budsjett 2012 den 30.11.11.

Tekna ønsker å utdype punktet om kostnadsfordeling i klinikken. Tekna fremførte et konkret forslag angående kostnadsfordeling ved innleggelse av IABP. Dagens praksis ved kostnadsfordeling på engangsutstyret er forskjellig på Ullevål og Rikshospitalet. På US betaler kardiologisk avdeling for IABP-kateter til kardiologiske pasienter, mens TKA3 tar kostnaden for katetre til sine pasienter. På Rikshospitalet tilfaller kostnaden for IABP-kateter TKA uansett hvilken avdeling pasienten tilhører. IABP-kateter er kostbart utstyr, ca 9000,- inkl mva pr stk, og med ca. 100 kardiologiske pasienter i året gir dette en økonomisk belastning på TKA på ca. 900 000,-. Siden det i dagens situasjon er spesielt store økonomiske utfordringer i TKA mener Tekna det er viktig å plassere en slik kostnad i riktig avdeling, som vil kunne redusere nedbemanningsbehovet i TKA.

Det samme gjelder ved ECMO-behandling i andre klinikker hvor TKA tar kostnaden ved engangsutstyr, mens innskrivende klinikk/avdeling får inntektene.

Angående nedbemanning av perfusjonister er det fra ledelsens side enda ikke kommet klare presiseringer på hvordan man har tenkt at dette skal gjennomføres. Det har kommet antydninger om at man skal redusere vaktberedskapen på US, og Tekna mener det vil være uforvarselig å ikke ha en egen, dedikert perfusjonist på vakt på US 24/7 slik det er i dag. Selv om TKA3 skal gjøres om til en elektiv enhet vil det fremdeles være innleggelser av IABP som før på US, og perfusjonsenheten skal også delta i traumeberedskapen som tidligere. I tillegg kan det oppstå komplikasjoner med de elektive pasientene på US, hvor man ønsker å tilkalle en perfusjonist. Når all ø-hjelp skal sendes til RH vil det medføre enda mer vaktarbeid for perfusjonistene på RH, som igjen vil medføre at det vil være vanskelig for oss å også dekke ø-hjelp på US i tillegg. En slik løsning vil føre til samtidighetskonflikter.

Perfusjonistene på RH ikke kjent med utstyr og rutiner på US. Det vil kunne føre til farlige situasjoner for pasienten.

For Tekna HLK

Vivian Høyland,  
Klinikktiltitsvalgt Tekna HLK

**NSFs innspill til drøfting av budsjett 29.11.2011**



NSF mener at leveransen fra Hjerte-, lunge- og karklinikken ikke er tydelig nok på risiko og konsekvenser som følger av det fremlagte budsjettforslag.

Klinikken tilbyr i dag svært avanserte og kostbare behandlinger til en kompleks pasientgruppe. Mange av disse behandlingene er systematisk underfinansiert, og medfører at klinikken går i store underskudd.

Det forventes fra NSF's side at aktivitet blir tilpasset rammene, og at det gjøres prioriteringer på hvilke tilbud som skal opprettholdes innenfor hvert område, evt et maksimum av antall prosedyrer. Klinikken har blant annet ønske om å utføre 50 TAVI neste år. Dette vil sannsynligvis ikke dekke behovet, men NSF mener at klinikken må vurdere hvor mange prosedyrer som kan utføres også innenfor andre områder, og deretter synliggjøre hvilke konsekvenser dette får for pasientene på en tydelig måte.

Vi mener det må gjøres klarere prioriteringer, hvor det fremgår at innenfor den tildelte rammen, vil vi ikke kunne utføre alle våre tildelte oppgaver i samme grad som i dag innenfor visse prosedyrer og pasientgrupper.

NSF vil hevde at hvis det foreslåtte budsjett vedtas, hvor en reduserer bemanning og opprettholder samme aktivitet, vil dette gå ut over kvalitet på pasientbehandlingen. I tillegg vil det gå ut over arbeidsmiljø og andre aktiviteter som støtter opp rundt utdanning, forskning og innovasjon.

Mvh

**Norsk sykepleierforbund  
v/ Oslo universitetssykehus**

***Sigbjørn Flatland***

Hovedtillitsvalgt for Hjerte-, lunge- og karklinikken.

#### **Protokolltilførsel fra vernetjenesten i HLK, 2.desember 2012**

Ønsker å utdype forhold rundt arbeidsmiljø som følge av budsjett.

Vernetjenesten er bekymret for de arbeidsmiljømessige konsekvenser som kan oppstå ved gjennomføring av tiltak for å møte budsjettets krav.

Dette kommer frem i konsekvensutredning av arbeidsmiljø som legges ved budsjettdokumentene.

Ser at fortetting i areal vil kunne skje og føre til negative arbeidsmiljømessige konsekvenser, både i det fysiske - og psykososiale arbeidsmiljø. Dette bl.a. med tanke på utflytting fra Aker sykehus og behov for areal for Karavdelingens drift samt en økning av aktivitet ved Kardiologisk avdeling. Det må avklares behov for tilført areal til HLK tilpasset drift og antall ansatte selv om fall i aktivitet på TKA.

Da man fokuserer på nedbemanning for å møte budsjettkrav og planlegger noe økning i aktivitet, vil dette kunne føre til økt arbeidspress for ansatte / ledere og fare for at ressurser og aktivitet ikke blir i balanse. Det fremkommer ikke tydelig nok i budsjettdokumentet hvilke aktivitet som er bestemt ikke skal gjøres ved HLK eller hvilke oppgaver som evt. må nedprioriteres som en følge av budsjettkrav og heller ikke hvilke konsekvenser dette får for pasienter, kvalitet og ansatte.

Med hilsen  
Anne Gro Valla,

Klinikkvo. i HLK

## MØTEREFERAT – UTKAST

Møtenavn/tema: **Klinikk AMU**

Til: Møtedeltakerne

Kopi:

Møtested.: B2.4068

Dato møte: **25.11.11 kl. 13.00-14.30**

Offentlighet:

Referent: Birgitte Kolsung

---

**Tilstede: Bjørn Braathen, Eline Katrine Figueirado, Anne Gro Valla, Marit Frogner, Otto Smiseth, Sigbjørn Flatland, Elisabeth Hallsjø**

**Forfall: Lars Aaberge, Charlotte Ruste, Jon Otto Sundhagen**

Innspillene fra Klinikk-Amu følger under. I tillegg er det gjort en risikovurdering fra HLK hvor også Klinikk-Amu's innspill er tatt inn og som må ses i sammenheng med denne, se vedlagte risikovurdering.

Sak 49/11 Arbeidsmiljømessige konsekvenser ved budsjettet

Det har tidligere vært problemer med troverdighet for eierskap av budsjettet og for første gang fordeles det ned til minste enhet i klinikken.

Det som gjelder kar skal tas ut i denne omgang da det ikke er vedtatt flytting av Kar og dette sk ikke inn i ny driftsmodell for TKA.

Aktivitet skal tilpasses bemanning for å kunne bidra til et godt arbeidsmiljø, og klinikken må tilstrebe å bruke de tildelte arealer på en hensiktsmessig måte. Ansatte skal ha tilrettelagte arbeidsforhold.

Det er for lite areale innen kardiologi pga økningen i ablasjoner, dette fører til fortetning.

Dugnadsånd som nå finnes kan bli endret ved omstillingen, det er betydelig frustrasjon i enkelte enheter. Ledelsen må gjøre noe for å få opp gløden ved arbeidet igjen og klinikk-AMU foreslår

møter med ledelsen for å skape tillit og gjensidig respekt mellom miljøene. Det er økonomi som driver prosjektene, men klinikken må også planlegge langsiktig for å beholde kvalitet når aktiviteten synker.

Under tilrettelagte arbeidsforhold: rød for tka – gul for resten av klinikken  
Skyllerom som deles mellom Kardiologisk og Lunge avdelingen kan være årsak til smitte pga manuelt vasking av utstyr samt at det også brukes astma- og kreftfremkallende midler i rommet. Hygieneavdelingen har sterkt anbefalt at ledelsen gjør noe med dette og må prioriteres. Anne Gro tar kontakt med avdelingsledere ved Lunge og Kardiologi. Elisabeth sjekker om dette finnes i prioriteringslisten allerede. Settes på rødt

Fare for svikt, skade:

Det finnes tiltak bla å flytte aktivitet til andre sykehus. Settes på gult/rødt

Overholdelse av lov/avtaler:

Nedtrekk av 2 perfusjonister – mulig å ta ned overtid og arbeidstid pga liten aktivitet med hjerte- og lungemaskin enkelte dager.

Kirurger går over pga bla vakanser. Kan bli vanskelig om det blir mer nedtrekk og oppsigelser av tjenesteplaner

Kulturforskjeller:

Innenfor TKA settes det på rødt og innenfor resten av klinikken settes på grønt.

Åpent:

TKA settes på rødt, omstillinger på gult og Karavd på gult.

*Vedtak: Klinikk-AMU har gått gjennom budsjettet og vurdert arbeidsmiljømessig risiko og konsekvenser som følge av budsjettkrav. Utsendt mal for dette arbeidet har blitt brukt og viser til dokument; "identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett".*

*K-AMU anbefaler at budsjettprosess evalueres og at det utarbeides en mal for dette på Nivå 1. K-AMU anbefaler også at det lages en prosedyre /retningslinje for å sikre bedre medvirkning i alle nivåer.*

## 1. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi

### Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

| Risikoområde   | Stikkord konsekvenser   | Alvorlighet                                  |     |     | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreduserende tiltak kunne kompensere for alvorlighet)  |
|--|---|--|-----|-----|--|
|  |   | (sannsynlighet/konsekvens)<br>Kryss av farge | Gul | Rød |  |
| <b>Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• behandlingsskvalitet</li> <li>• fare for svikt, skade</li> </ul> | <p>Klinikken kan dokumentere god behandlingsskvalitet og dette forutsettes at videreføres.</p> <p>Faren for svikt kan øke som følge av strukturendringer i klinikken</p>  | X  |     | X   | <p>Det må i forbindelse med driftsomlegging sikres at alle pasientforløp er i hht vedtatte behandlingsforløp og med det sikrer pasientene tilsvarende trygghet.</p>                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasientrettigheter</li> <li>• "Åpent – klinikk kan legge til"</li> </ul>  | <p>Det tilstrebes at pasienter innlagt i klinikken skal sikres den beste behandling, og at alle lovpålagte rettigheter sikres. Derimot vil det kunne bli lengre ventetider, noe som bla vil kunne innebære at pasienter velger Feiring i stedet for OUS</p> |  | X   |     | <p>Styrke bemanning i helger</p> <p>Reduserte inntekter som følge av redusert aktivitet.</p>   |
| <b>Aktivitetsnivå (Frister for behandling)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføring av lovpålagte tjenester</li> </ul>                               | <p>Det er en risiko for økte ventetider samt brudd på epikrisetid ved nedbemanninger.</p> <p>Dersom klinikken pålegges å ta ut restkravet på ca 25 mill kr, vil resultatet bli færre behandlinger innenfor lands- og regionsfunksjoner</p>                  |  | X   |     | <p>Det er flere steder hvor bemanningen er svært stram i forhold til aktivitet, og der er det ikke rom for nedskjæring.</p> <p>X Klinikken må si nei til oppgaver som ikke kan gjøres andre steder</p> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføring av andre tjenester</li> <li>antall behandlede pasienter</li> <li>"Åpent"</li> </ul> | <p>Pasienter uten rett vil risikere å måtte vente betydelig lenger</p> <p>Antall ablasjoner skal øke ytterligere, jfr. bestilling fra Dep. Dette representerer en utfordring i forhold til arbeidsmiljø og strålehygiene. Det er også en utfordring i forhold til tjenesteplaner.</p>   | <p>X</p> <p>X</p>                                     | <p>Det er viktig at det ses på rekruttering til faget så vel som strålehygieniske løsninger.</p>  |
| <p><b>Arbeidsmiljø</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tilrettelagte arbeidsforhold</li> </ul>                                | <p>Prosjektet i TKA ikke slutført, usikkert om hvor godt ansatte vil få tilrettelagt arbeidsforhold med tanke på konsekvenser</p> <p>Det er planer om ytterligere fortetting av areal på RH, i allerede trange lokaler. Økt aktivitet uten at annen aktivitet flyttes ut vil gi ytterligere fortetting, noe som vanskeliggjøre god drift og gir utilfredsstillende arbeidsmiljø.</p> <p>-Endrede arbeidsoppgaver for noen/ riktig kompetanse? behov for å tilrettelegge for dette. Usikker fremtid; behov for endret arbeidstid / bytte arbeidssted og tap av kollega?</p> <p>Kardiologisk avdeling øker aktivitet (ablasjoner) vil gi behov for flere senger og fare for fortetting.</p> <p>Krav til å holde et "stramt" budsjett for OUS. Verneinstansen er bekymret for at arbeidsoppgaver blir overført til egne ansatte fra OSS. Eks: - mindre portørtjenester<br/>- dårligere/mindre renhold</p> <p>Det er flere steder ikke tilfredsstillende inneklima.</p> | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | <p>Arealbehov planlegges godt, samarbeid med EIE og Arbeidsmiljøavd.</p> <p>Tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at ansatte blir i stand til å utføre arbeidet når det skjer endring.<br/>Tas inn i omstillingen for TKA</p> <p>Aktivitet overføres andre sykehus</p> <p>Mindre effektiv drift og dårligere hygiene / dårligere innemiljø med mer støv og skitt</p> <p>Sikre at det ikke er flere som har sin arbeidsplass i lokalene enn det de er dimensjonert for</p> |

|   |   |          |   |
|---|---|----------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>fare for svikt, skade</li> </ul>       | <p>Redusert bemanning og noe økt aktivitet. Å være i omstilling over tid er krevende for ansatte og ledere. Et aktivitetsnivå som er helsebelastende, kan gi helseskade og økt sykefravær. Antall pasienter på Kardiologisk overvåking er større enn svarende til bemanningen i helgene, skaper risiko i forhold til pasient-sikkerhet.</p> | <p>X</p> | <p>Overføre aktivitet til andre sykehus<br/>Det er viktig at det gjøres beslutninger og at tiltak iverksettes</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>overholdelse av lov/avtaler</li> </ul> | <p>Det er flere steder dokumentert mye overtid; ved en evt. nedbemanning vil overtid kunne øke og gi fortsatt brudd på overtidbestemmelser.</p>   | <p>X</p> | <p>Behov for økt bemanning ved hjersteovervåking særlig i helger. Dette er påbegynt. Også ved kontorseksjon (hjerste) er det avvik mellom oppgaver og bemanning</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Kulturfor skjeller</li> </ul>          | <p>TKA; Aktivitet skal flyttes og fordeles på ny måte. Ansatte må trolig flytte på seg. Flere kulturer og uenigheter mellom Ullevål, RH og Aker. Kort tid på gjennomføring av prosjekt kan føre liten reell medvirkning, utilfredsstillende toveiskommunikasjon. Konsekvenser: fare for lite vellykket prosess og gjennomføring.</p>        | <p>X</p> | <p>Bemanning må planlegges i forhold til at aktivitet og ressurser skal være i ballanse. Vurdere mer støtte for ledere / stab</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>"Åpent"</li> </ul>                     | <p>Det er store uenigheter i TKA om valg av løsninger i fagmiljøet. Ansatte er meget bekymret og stiller spørsmål om pasienter vil få kvalitativ god behandling / pleie slik de har krav på.</p>  | <p>X</p> | <p>Felles arena for dialog, diskusjoner og samvær Fokus på kommunikasjon og informasjonsbehov. Utarbeide informasjonsplan Bred involvering av ansatte i prosessen. Ta med det beste fra begge steder i utarbeidelse av felles mål, holdninger/normer prosedyrer etc. Nok tid til gjennomføring.</p> |
|   | <p>Pågående omstillinger og planer om flyttinger som ikke er klare gir ansatte uforutsigbart. Det er fare for at ansatte mister motivasjon, økt sykefravær og at ansatte slutter. Stor fare for tap av kompetanse i HLLK.</p>   | <p>X</p> | <p>Se over</p>  |
|   | <p>Karavd. er på vent når det gjelder flytting fra Aker. Det oppleves at støttefunksjoner på Aker bygges ned og kollegaer slutter. Det er vanskelig å ha</p>  | <p>X</p> | <p>Se over</p>  |
|   |   |          | <p>Beslutning om flytting av Kar både i forhold til hvor og når ligger på N1-nivå, må sees i sammenheng med øvrige flytteprosesser.</p>   |



tilhørighet når aktivitet er på 3 fysisk adskilte steder. Det er viktig for drift, fag og arbeidsmiljø at Karavdelingen ikke deles.

Stramt budsjett gir reduserte investeringer. Dette kan innebære økt risiko for ansatte. I HLK er det særlig behov i forhold til:

- utbedrelser av skyllerom 1.etg.(lunge og hjerteavd)
- utskifting av overvåkingsentral på kardiologisk overvåking
- nytt rtg. utstyr på lab.39 (hjerter)
- behov for flere stillingshjemler for radiologer/kardiologer innen PCI og ablasjon pga arbeid med stor strålebelastning



X

X

X

X

## Møtereferat

Møtetema: Drøftingsmøte - Budsjett 2011

Til: Møtedeltakerne

Dato dok: 02.12.2011

Dato møte: 02.12.2011

Referent: Lill Kristin Stark Andersen

Tilstede: Bård Eirik Ruud, Terje Dybvik, Roy Tore Nilsen, Hege Katrine Hansen, Diana Solms, Anita Walsøe, Line B. Nyborg, Jorunn Dombu, Lill K. S. Andersen

Forfall: Olav Røise, Kirsti Juvik, Gry T. Dahl

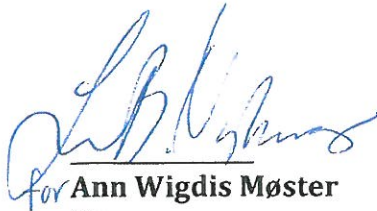
---

### DRØFTINGSMØTE AKUTTKLINIKKEN – BUDSJETT 2012

Økonomileder Jorunn Dombu åpnet møtet med å takke for at tillitsvalgte og verneombud har vært fleksible i forhold til tillitsvalgtmøter om budsjett 2012.

Den utsendte Styresaken, budsjett og bemanning 2012 ble gjennomgått. Klinikkleidelsen presenterte et stramt budsjett hvor klinikken har en usaldert utfordring på 28 mnok. Møtedeltakerne tok til budsjett 2012 til etterretning.

Fagforeningene har sendt inn protokolltilførsler som de øvrige fagforeningene og verneombudet stiller seg bak. På grunn av knappe tidsfrister har det ikke vært mulig å utarbeide en felles protokolltilførsel.



**Ann Wigdis Møster**  
**Sign.**  
HR-leder



**Olav Røise**  
**Sign.**  
Klinikkleder



**Jorunn Dombu**  
**Sign.**  
Økonomileder

\_\_\_\_\_  
**Kirsti Juvik**

**Sign.**  
Klinikktiltitsvalgt for NSF  
Ikke møtt

\_\_\_\_\_  
**Sign.**

**Hege Katrine Hansen**  
**Sign.**  
Klinikktiltitsvalgt for  
Fagforbundet



**Bård Eirik Ruud**  
**Sign.**  
Tillitsvalgt for NSF

\_\_\_\_\_  
**Gry T. Dahl**

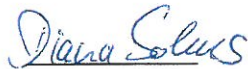
**Sign.**  
Klinikktiltitsvalgt for YLF  
Ikke møtt

\_\_\_\_\_  
*sign*  
**Terje Dybvik**

**Sign.**  
Klinikktiltitsvalgt for Dnlf

\_\_\_\_\_  
**Roy Tore Nilsen**

Klinikktiltitsvalgt for DELTA



**Diana Solms**  
**Sign.**  
Klinikkverneombud

## PROTOKOLLTILFØRSEL. TIL BUDSJETT 2012.

Norsk Sykepleierforbund i Akuttklinikken OUS støtter seg til protokollen med følgende tillegg:

NSF er svært bekymret for arbeidsmiljøet blant de ansatte i klinikken. Det meldes om økt arbeidspress, mindre tid til faglig oppdateringer, mye rapportering med korte tidsfrister osv. Dette gjør at mange føler de ikke lenger får gjort jobben på en tilfredstillende måte og at det går ut over den pasientbehandlingen vi gir. Budsjettet blir karaktrisert som "stramt" og vi stiller spørsmålsteget med hvor mye "strammere" økonomi vi nå kan klare uten at det direkte går utover pasientbehandlingen.




I tillegg er vi svært bekymret for uforutsette faktorer som direkte påvirker sårbarheten i budsjettet. Dette handler om at akuttklinikken i stor grad påvirkes av aktivitet i andre klinikker som man har liten innflytelse på.

For øvrig støtter NSF Fagforbundets protokolltilførsel rundt korte tidsfrister slik at reell drøfting der man har fått sakspapirene i rimelig tid på forhånd i liten grad er tilstede.

Oslo 02.12.11

Kirsti Juvik *sign.*  
Klinikktiltitsvalgt NSF  
Akuttklinikken  
OUS

  
Bård Eirik Ruud  
Klinikktiltitsvalgt NSF  
Akuttklinikken  
OUS



### Protokolltilførsel fra Fagforbundet vedr budsjett drøftinger i Akuttklinikken

Fagforbundet vil med dette presisere at de stadige nye fristene på leveringer vedrørende budsjett ifbm innsparinger fra OUS sentralt til Akuttklinikken, er nå nesten umulig å forholde seg til tidsmessig. Ledelsen i klinikken får stadig nye frister og krav til nytt innhold i sine budsjettleveranser, med bare noen få dagers mellomrom. Dette fører igjen til at innkallinger og sakspapirer til drøftemøter med tillitsvalgte og vernetjeneste ikke kan skje i rimelig tid før møtene slik lov og avtaleverk krever. Møter blir avlyst, nye innkallinger kommer og sakspapirer foreligger ikke eller blir sendt ut kvelden i forveien. For tillitsvalgte og vernetjenesten er det nesten umulig å skulle sette seg inn i sakspapirene og komme med protokolltilførsler på så kort tid, og arbeid med risikovurderinger av sparetiltak blir også deretter.

Fagforbundet har forståelse for at dette er en krevende prosess i hele OUS, og at klinikkledelsen og tillitsvalgte og vernombud gjør det beste de kan. Fagforbundet ser med bekymring på at ledelsen i OUS stadig kommer med nye, nesten umulig korte frister og krav til budsjettleveransene, og hva dette gjør med kvaliteten på selve budsjettarbeidet og ikke minst arbeidsmiljøet både for klinikkledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste og tilslutt de ansatte ute i klinikken.

MVH

Hege Kathrine Hansen  
Klinikktilitsvalgt, Fagforbundet  
Akuttklinikken, OUS

## Protokoll tilførsel til budsjett 2012 fra DNLF

DNLF merker seg at budsjettet for 2012 er utarbeidet under stramme tidsfrister og med stadige endringer både mht Akuttklinikkens rammer og nødvendige møter med tillitsvalgte og verneombud.

God konstruktiv involvering fra tillitsvalgte har derfor ikke vært mulig i budsjettprosessen. DNLF har i prosessen hatt flere innspill som vi mener er mindre kostnadskrevende, blant annet omorganisering av Avdeling for anestesioologi. En merker seg at dette ikke er nevnt i endelig budsjett innspill, ei heller besvart til DNLF.

Flere av mulige innsparinger er avhengig av at andre klinikker gjennomfører endringer. DNLF er svært bekymret for at slike tiltak er innarbeidet i budsjettet, blant annet endring i kirurgisk aktivitet ved Aker sykehus som igjen gir endring i anestesilegebemanning.

Det er svært vanskelig å vurdere om reduksjon i antall anestesilegeårverk lar seg gjennomføre uten at en kjenner til beregningsgrunnlag - konkrete planer for endring av aktivitet. DNLF er bekymret for at effektene taes ut før endring i drift skjer, og at det i så fall vil kunne gå på bekostning av pasientsikkerhet.

Akuttklinikken leverer et ikke saldert budsjett. DNLF er bekymret for dette. Dette kan medføre et for stort fokus på økonomi og innsparinger utover 2012, fordi en må finne nye tiltak utover i året for å komme i balanse. En vil da få konstant uro og usikkerhet blant arbeidstagerne. Dette er ugunstig mht arbeidsmiljø og vil kunne virke negativt på sykefraværet. DNLF er også bekymret for lederslitasje i en så krevende situasjon, som betinger mye, god lederkraft.

DNLF merker seg at prehospital aktivitet ikke skal reduseres, et meget positivt signal.

DNLF er usikker på kvaliteten av risikovurderingen av tiltakene i budsjettet, og også kvaliteten av selve budsjettarbeidet, grunnet forhold som tidligere er nevnt.

DNLF er svært usikre på om de budsjettmål som er blitt oss presentert er mulige å oppnå i 2012 og er derfor meget bekymret for Akuttklinikkens økonomiske situasjon i 2012.

Oslo 2/12-2011

Terje Dybvik  
Klinikktiltitsvalgt for Overleger  
Akuttklinikken  
OUS.

## MØTEREFERAT

Møtenavn/tema: AMU

Dato dok: 02.12.11

Dato møte: 02.12.11

Møteleder: Roy Tore Nilsen

Rferent: Line B. Nyborg

Tilstede fra arbeidsgiver: Bjørn Ukkestad ,Olav Røise (fra 0930), Gunnar Grømer, Lill K. Stark Andersen, Jorunn Dombu

Tilstede fra arbeidstakerne: Bård Eirik Ruud (NSF), Hege Kathrine Hansen (Fagforbundet), Diana Solms (Klinikk VO), Terje Dybvik (Dnlf)

Tilstede fra Arbeidsmiljøavd: Odd Reidar Lie

Forfall:

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om) :

| Saknr.   | Saktittel/ -innhold   | Ansvar | Frist |
|----------|---|--------|-------|
| 111/2011 | <p><b>Budsjett 2012</b></p> <p>Styresaken, notatet og bemanningsfiler ble gjennomgått, og Jorunn presenterte et svært stramt budsjett.</p> <p>Til PhS er det bevilget 9 mnok som en følge av tøyensaken, dette gir 13 nye stillinger. I tillegg er PhS tilført 15 mnok i driftsmidler fra HSØ.</p> <p>Etter forrige budsjettrunde fremkom det at noen enheter har hatt ekstra store utfordring. Det er derfor besluttet å styrke noen enheter: Steril, PO/Intensiv (Barneintensiv/PO2) og Anestesisykepleie.</p> <p>Akuttklinikken eksklusive PhS har etter de siste justeringen en utfordring på 24 mill. Vi har lagt inn tiltak "Kutt av ø-hjelp Aker" på noen avdelinger, med halvårseffekt på noen avdelinger. Restutfordring er lagt til klinikkledelsen.</p> <p>Total utfordring i Akuttklinikken er på 28 mnok. Det er godkjent et underskudd på 29 mnok, den totale utfordringen er nærmere 60 mnok.</p> <p>Klinikkledelsen har spilt inn behov for bedre finansiering av Intensivvirksomheten og Prehospitaltjenester til sykehusledelsen.</p> |        |       |

Det er også vedlagt et notat til styresaken som beskriver områder hvor klinikken jobber for å bedre driften gjennom ulike tiltak.

Det er vanskelig å se på investeringer for 2012 da disse ikke behandles før etter første styremøte i 2012.

**Nsf, Fagforretning, Delta, DNLF, og vernetjenesten** henviser til protokolltilførsel til drøftingsmøte som blir holdt i henhold til budsjett for 2012 for Akuttklinikken.

Samlet ønsker vi å understreke at en er bekymret ift hvordan selve prosessen ble håndtert med tanke på korte tidsfrister for leveringen av nye bestiller. Dette fører igjen til at innkallinger og sakspapirer til drøftemøter med tillitsvalgte og vernetjeneste ikke kan skje i rimelig tid før møtene slik lov og avtaleverk krever. Møter blir avlyst, nye innkallinger kommer og sakspapirer foreligger ikke eller blir sendt ut kvelden i forveien. For tillitsvalgte og vernetjenesten er det nesten umulig å skulle sette seg inn i sakspapirene og komme med protokolltilførsler på så kort tid, og arbeid med risikovurderinger av sparetiltak blir også deretter. Videre er vi svært bekymret for arbeidsmiljøet blant de ansatte i klinikken. Det meldes om økt arbeidspress, mindre tid til faglig oppdateringer, mye rapportering med korte tidsfrister osv. Dette gjør at mange føler de ikke lenger får gjort jobben på en tilfredstillende måte og at det går ut over den pasientbehandlingen vi gir. Budsjettet blir karakterisert som "stramt" og vi stiller spørsmålstegn med hvor mye "strammere" økonomi vi nå kan klare uten at det direkte går utover pasientbehandlingen.

I tillegg er vi svært bekymret for uforutsette faktorer som direkte påvirker sårbarheten i budsjettet. Dette handler om at akuttklinikken i stor grad påvirkes av aktivitet i andre klinikker som man har liten innflytelse på.

Hege: Berømme oss selv for innsatsen i en krevende budsjettsituasjon!



KLINIKK \_\_\_\_\_ KDI \_\_\_\_\_

**PROTOKOLL**

Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8

*Dato:* 25.11.11*Sted:* Oslo universitetssykehus*Parter:* Ledelsen for klinikken og klinikktillitsvalgte, klinikkverneombudene*Sak:* Drøfting av budsjett 2012*Tilstede:* Fra arbeidsgiversiden:

Økonomileder Helge Haukås

Klinikkleder Eli Marie Sager

HR-leder Jan Olav Gjelten

Avdelingsleder MBK Lars Eikvar

Avdelingsleder MIKA Kjetil Melby

Avdelingsleder ARN Hans Jørgen Smith

Referent: Fride Halmøy

Fra arbeidstakersiden:

Jonathan Faundez (NITO)

Eli Skorpen (Nrf)

Laila Holmboe (Dnlf/Ylf)

Kari Løhne (Dnlf)

Linda Engvik (NSF)

David Pearson (Parat)

Fra vernetjenesten:

Klinikkverneombud Brit Koppang

**Sak 1 Drøfting av budsjett 2012**

Utsendte saksdokumenter ble gjennomgått av økonomileder Helge Haukås. Gjennomgangen tok utgangspunkt i klinikknivå.

Endelig ramme for OUS er ikke klare enda, når den er klar vil det gjøres en endelig fordeling. Det vil ikke bli vesentlige endringer bare en eventuell styrking av enkelte områder. KDI har i budsjettarbeidet bygget på historikk ved de tre (fire) tidligere sykehusene.

Det er satt av en prioriteringspott på 2 % fra alle avdelingene. Dette blir vektet og fordelt tilbake til avdelingene etter en prioritering av ulike områder. Det er også midlertidig tatt ut noe

av rammen fra IVS, MIK og AMG som også eventuelt skal fordeles ut på andre avdelinger etter prioritert behov. Vurderes nærmere mot oppdatert prognose på inntekter. Det jobbes mot å få til prinsipper for prioritering i 2012 som tas med videre til 2013 budsjettprosess.

Utfordringen på klinikken er ca 65 mill. Dersom dette skal tas ut ved 70 % bemanning og 30 % kostnader er det laget en prognose for hvor mange årsverk dette vil gjøre.

Økonomi kommer til å fokusere på opplæring av økonomiforståelse på seksjon/enhetsnivå for å kunne følge opp forbruket bedre. Ny org.struktur vil også bidra til dette. Et felles innkjøp/fakturasystem er ventet på plass sommeren 2012, dette vil også bidra til en bedre styring i 2012, samt redusert ressursbruk på bestilling/fakturabehandling..

På statsbudsjettet står det at lab og rad skal øke, men det følger ingen midler fra HSØ øremerket til oss. Målet er å redusere forbruk av lab og rad tjenester med 5 % mot 2011 nivå. Vi har i dag et godt system på radiologisiden for å kunne følge dette opp, det er planlagt å få laboratoriesiden også inn i LIS (ledelses informasjon system).

### **Arbeidstakersidens kommentarer og arbeidsgivers tilbakemeldinger**

NRF: det er en økning i aktivitet radiologi, HSØ har fått penger til denne økningen. Nrf oppfatter det som rart at det da ikke kommer penger, dette må etterlyses fra HSØ. Stiller også spørsmål til at OUS-ledermøte har stemt for at KDI skal redusere aktivitet, samtidig som andre klinikker mener vi er flaskehalsen.

Klinikkleder: Til ledermøtet OUS er det sagt at vi ikke får noen penger. Det er etterspurt, men dette må evt sykehusledelsen gå videre med. Valget er å ta penger fra kliniske klinikker og gi til KDI eller at de andre klinikkene bruker oss mindre. De andre klinikkene er tydelige på at de ønsker en redusert bruk. Da må vi ha gode rapporter, som ukentlig kan gi oppfølging. Stor jobb å få dette til, dette er også et spørsmål om omprioriteringer. KDI vil bare måle om hver enkelt klinikk bruker oss mindre, så må OUS beslutte om noen skal forfordes i bruken av KDIs tjenester.

NITO: støtter NRFs innspill. Dette er en finansiering basert på vårt forbruk. Hvordan finansieres utgifter som ikke går på forbruk, som økt kvalitet, sertifisering m.m?

Klinikkleder: vi er for det meste rammefinansiert. Dette skal dekke alt vi gjør, vi står fritt til å disponere. For den rammen vi har fått utdelt kan vi levere et visst omfang av tjenester.

Økonomileder: HSØ jobber med en ny inntektsmodell, vi spiller inn gang på gang at det må vurderes hvordan skal lands-/regionsfunksjoner innen lab/rad skal finansieres.

Klinikkleder: vi har utfordret HSØ på at rammen ble satt for lenge siden, uten å ta høyde for økning. Det er altså adressert, men ingen løsning pt.

Avdelingsleder MBK: Hovedstadsprosessen skal gjennom å samle ressurser, oppnå samhandling og samorg. Krevende, men det er her potensialet ligger også innefor kvalitet..

Dnlf: det er formulert at OUS skal forsøke å redusere bruken av KDI 5 %.

Klinikkleder: Dette er formulert feil, OUS har vedtatt at de skal redusere bruken.

EMS: vedr risikoevaluering

Alle avdelinger har levert en risikovurdering. Det som er markert med rødt vil ikke bli tatt med i budsjettplanleggingen; derfor ingen røde tiltak i drøftenotatet.

For pasienter som er under behandling er behandlingskvaliteten god. Følger nøye med på avvik. Fare for svikt i diagnostisering er liten. Men det er muligheter for fristbrudd. Garantipasienter vil bli prioritert først.

På aktivitetsnivå kan vi forårsake fristbrudd. Vi kan ved rett prioritering redusere risiko noe, men bare til en viss grad.

Dnlf: vedr behandlingskvalitet, pasienter som allerede er inne må ofte vente lenge på oppfølgingsbehandling. Vil tro at det er større risiko også for dette.

Klinikkleder: dette første punktet går på sikkerheten under behandling.

Dnlf: vedr arbeidstid, overholde arbeidstidsbestemmelser samtidig som det skal nedbemannes, uttrykker frykt for at dette ikke kan gjennomføres.

HR-leder: Dette følges nøye opp. Det er utarbeidet en sjekklister til ledere for hva som bør gjøres for å overholde arbeidstidsbestemmelser. Det er også satt i gang arbeid for å kunne monitorere aml-brudd bedre.

Klinikkverneombud: Hr gjennomført en spørreundersøkelse blant verneombud; få som har deltatt på lokalplan i risikovurdering.

Avdelingsleder MIKA: har hatt to runder med TV og verneombud var invitert, men beklager at feil på adresselisten har medført at ikke alle har fått beskjed. Har forståelse for at det kan ikke informeres nok om dette.

KVO: følger opp og sender ut oppdaterte lister.

Avdelingsleder ARN: har hatt månedlige dialogmøter med verneombud og tillitsvalgte, men har opplevd dårlig oppmøte.

Avdelingsleder MBK: hatt to runder på avdelingsnivå, men ikke et strukturert gjennomgang på dette området med risiko og tiltak. Ser også et forbedringspotensial i å referatføre disse møtene.

PARAT: hvis man ikke leverer inn noen tiltak som er merket rødt, blir noe av virkelighetsoppfatningen borte.

Klinikkleder: oppklarer: mange røde tiltak var levert. Disse er vurdert og vi har besluttet at disse ikke kan gjennomføres, derfor er de tatt ut fra budsjettprosessen.

NITO: ledere skal involvere på flere nivåer, etterlyser involvering på andre nivåer enn avdelingsnivå. NITO spør om det er lav risiko for å bryte loven på arbeidstidsbestemmelser? Hva ville det innebære hvis dette var moderat risiko. I dag har vi en del utfordringer på dette.

Klinikkleder: som leder i OUS har klinikkleder et stort fokus på å overholde loven, men det kan forekomme svikt. Da må vi kunne tro på tiltaket vi har, så får tiden vise at kanskje denne risikoen må flyttes opp. En annen grunn til at den er vurdert som lav er at en del automatisering på MBK er på plass og en del av innflyttinger begynner å falle på plass.

NRF: oppfatningen av hvor viktig dette er, spør seg hvorfor ikke folk møter opp.

Vi har ventelistebrudd i dag. Hvorfor sier vi at vi har lav risiko da? Vet vi at tiltakene våre ikke vil føre til lengre ventelister? Har vi så god kontroll? Budsjettplanleggingen bør evalueres hvert år.

Klinikkleder: ledelsen blir evaluert hver måned. Stor lederutfordring å få dette til, kompetansevridning i forhold til at pasienter flytter er kanskje den største utfordringen. Klinikkleder evaluerer dette med sine ledere hvert år.

Avdelingsleder MIKA: noen avdelinger vil kunne gå ned, men på OUS nivå vil noen samlet kunne gå opp. Spørsmål om hvordan klinikkene løser dette. Vi har vært i dialog, men ikke så tydelige før som nå, på om er de er sikre på at de bruker rett verktøy.

Klinikkleder: andre deler av HSØ mener at vi har får dårlig effektivitet, at vi holder på pasienter for lenge. OUS er viktig for HSØ og Norge, samtidig klarer vi ikke å skape entusiasme hos andre, de opplever at vi tar av deres del. Dette må snus. Stor aggresjon mot OUS ute, de får ikke investert fordi vi bruker så mye penger.

NITO: synd at TV ikke møter opp, NITO oppfordrer avdelingsledere å kontakte KTV for NITO, klinikktilitsvalgtes ansvar å følge dette opp.  
NITO har også spørsmål til MBK i forhold til årsverk som er satt opp: denne planen er avhengig av aktivitet og milepæler. Kan være krevende for ansatte, må vite ift turnusplanlegging i god tid hvor mange vi er. Hvordan forholder MBK seg til stillinger knyttet til drift som skal ledigholdes?

Avdelingsleder MBK: MBK har erfart at vi har stor turnover som vi ikke har kontroll på. MBK har perioder med dårlig bemanning selv om vi er nok ansatte, fordi ikke alle vaktoppplært. Det har vært en spesielt vanskelig situasjon i år. Vi trenger å prioritere turnusstillinger. Og vi må prioritere ansettelse av ledere. Turnusplan og personell må være på plass på alle lokalisasjoner. Spesielt utfordrende på Aker, dette vurderes fortløpende. Jo færre vi er, ser vi flere steder at vi får utfordringer også med å gjennomføre enkle vaktordninger, Ønsker å ha en mal for bemanningen, særlig døgnbemanningen.

YLF/DNLF: legeföreningen vil gå igjennom de avdelingsvise fremstillingene og komme med følgende innspill:

1. MBK: Det er meget uheldig med reduksjon i antall stillinger både på overlegesiden og for leger i spesialisering da det er mangel på spesialister i medisinsk biokjemi og rekruttering av spesialister har vist seg vanskelig.

2. ARN:

a) nøkkeltal fra avdeling. På dialogmøte 8.11 i ARN er det oppgitt andre tall enn det som nå er utsendt. Ønsker avklaring på hvilke tall som gjelder.

b) planlegging av aktivitet i avd.: Savner PET/CT som satsingsområde, den budsjetterte aktivitet i 2012 er grunnlag i leger og overleger. Fint å skriftliggjøre at dette er tilfellet i dokumentet, at disse stillinger er skjermet.

Flere forhold som inntreffer etter jul vil gi økt aktivitet fra 2011-nivå. Ønsker også dette nevnt. Forandring fra kveldskjøring til dagtid, for eksempel nukleærmedisin, gir ikke god ressursutnyttelse av maskiner. Hvis dette skal endres, ønskes begrunnelse for hvorfor dette skal endres

c) fremgår ikke om dette gjelder radiologer eller nukleærmedisinere. Ber om at dette skriftliggjøres.

e) ønsker at det skriftliggjøres at dette ikke gjelder nukleærmedisinere.

vedr tilpassing av annen bemanning, ønskes konkretisert hvilke aktiviteter som skal tas ut.

Svar på YLF/DNLFs spørsmål, fra avdelingsleder ARN:

2 a) Notatet til drøftemøtet gjelder (inntil videre).

2 b) Budsjettet for Seksjon for nukleærmedisin legger til grunn en opptrapping av aktiviteten, både mht. personell og inntekter. En pensjonist på nukleærmedisin slutter 01.01.12, men bemanningen som helhet økes. Overleger, LIS og teknisk personal på nukleærmedisin er skjermet fra nedbemanningen. Opphør av stykkprisbetalt kveldsaktivitet er en OUS-beslutning.

2 c) se over.

2 d) se over. "Annet personell" (2 årsverk) i drøftenotatet gjelder ledighold av stilling i seksjonene STD og FoU.

HR-leder understrekte at det er stykkprisfinansiert kjøring som blir kuttet ut. Kveldskjøring, basert på overenskomst, er greit.

Økonomileder: Budsjett 2012 vil dra effekter av automatisering fra investeringer gjort i 2010/11, disse vil ha en mereffekt i 2012 mot 2011. Klinikken ønsker også å spille inn forslag til ytterligere investeringer i automasjon/Business Case, dette vil det jobbes med tidlig i 2012, slik at eventuell effekt av automatisering vil først og fremst komme 2013.

NITO: ønsker flere møter om budsjettarbeid hvor TV og gjerne også flere avdelingsledere er med, slik at vi kan komme med innspill. I og med at dette ikke er klart.

Økonomileder: Vil følge opp i klinikkforum fremover.

**(Evt konklusjon/enighet)**

*Eli Marie Sager*

Eli Marie Sager  
Klinikkleder  
Arbeidsgiver

Arbeidstakerorganisasjonene:

*for* *Linda Engvik*  
Linda Engvik (NSF)

.....  
Eli Skorpen (NRF)

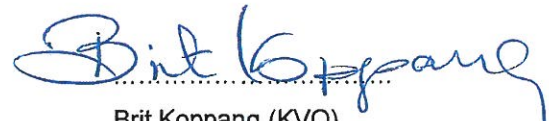
.....  
Anne Tomine Jorde (Tekna)

*Kari Løhne*  
Kari Løhne (Dnlf)

  
Laila Holmboe (Ylf)

  
Jonathan Faurdey (NITO)

.....  
David Pearson (Parat)

  
Brit Koppang (KVO)

.....

.....

**EVENTUELT:**

**Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra Dnlf, NITO og klinikkverneombud – legges inn fortløpende i dokumentet:

## **Legeforeningens protokolltilførsler vedr. drøfting av KDI sitt budsjett 2012**

### **Innledende betraktninger**

Dnlf er klar over sykehusets vanskelige økonomiske situasjon. Vi er bekymret for at de store budsjettmessige innstramningene vil få konsekvenser for pasientbehandlingen, helsepersonellens arbeidssituasjon, spesialistutdanning og forskning/utvikling.

På drøftemøtet med klinikkledelsen 25/11 fikk vi opplyst at OUS har vedtatt at bruk av laboratorie- og røntgentjenester skal reduseres med 5 % i 2012. Det ble ikke opplyst om hvordan dette er forankret i fagmiljøene. Vi er derfor svært bekymret for at denne 5 % reduksjonen ikke vil finne sted i praksis. Uten forankring i fagmiljøene som henviser, vil dette ikke være gjennomførbart. Et vedtak i ledergruppen kan ikke bestemme at det er faglig riktig eller økonomisk gunstig. Dette står også i strid med budsjettpremissene i styresak 114, hvor det legges til grunn en 7% vekst innen radiologi og 10% innen laboratoriediagnostikk i aktivitetsforutsetningene for neste års budsjett. Legeforeningen frykter at dette vil ha negative konsekvenser for ventetid og behandling i alle klinikker som er avhengige av diagnostikken som KDI tilbyr. I tillegg vil den antatt økende aktiviteten skape et betydelig arbeidspress på personalet i hele KDI, som igjen vil ha arbeidsmiljømessige konsekvenser.

Videre ser Legeforeningen med bekymring på at ledigholdelse av utdanningsstillinger benyttes som verktøy for å spare penger. Mange av klinikkens avdelinger utdanner spesialister det er manglebare på nasjonalt. Klinikken har fått utdanningsstillinger for å imøtekomme det nasjonale behovet, og ved å la disse stå ubesatte bidrar de til den nasjonale spesialistmangelen.

### **Kommentarer til de enkelte avdelinger**

#### **Avdeling for radiologi og nukleærmedisin**

##### ***Planlegging av aktivitet i avdelingen:***

Kveldspoliklinikk på CT og MR skal avvikles i sin nåværende form fra 01.01.2012. Det er høyst usikkert hvordan nye løsninger for denne aktiviteten (for legenes del beskrivelse på dagtid) vil fungere i praksis (dagens ordning er meget tidseffektiv). Vi frykter at omleggingen vil føre til redusert kapasitet, økte ventetider og fristbrudd.

##### ***Planer for reduksjon i legeårsverk:***

Når det gjelder nedbemanning av leger, støtter vi ledelsens midlertidig løsning (2012) ved ikke å forlenge overlegevikariater innen radiologi. Selv om dette vil vanskeliggjøre avvikling av overlegenes utdanningspermisjoner høsten 2012, anses dette som det minste onde mot andre alternativer. Vi vil presisere at overlegenes avtale om utdanningspermisjon er en tariffestet og faglig nødvendig ordning som må

avvikles fortløpende. Utsettelse vil medføre at overlegenes opparbeidede rettigheter ”magasineres opp”.

***Tilpasning av annen bemanning/stillingsgrupper i avdelingen:***

Med nedbemanning av radiografer og radiologer, er det fra 2012 redusert kapasitet (det er allerede underkapasitet i deler av ARN). Vi ber om at arbeidsgiver konkretiserer hvilke aktiviteter som skal tas ned eller ut og konsekvensene av dette.

**Avdeling for farmakologi**

Dette er en avdeling som er under oppbygning. Avdelingen har regionsansvar, ingen del av virksomheten er flyttet til Ahus eller Vestre Viken. Det er spesielt sårbart med nedbemanning i en slik periode, og forholdsmessig har denne avdelingen fått de største reduksjonene i legebemanningen idet en av 6 overlegestillinger og en halv av fire LIS-stillinger skal stå ubesatt i 2012. Det er planlagt at avdeling for farmakologi skal overta analyseringen av mye av de farmakologiske analysene som i dag utføres ved avdeling for medisinsk biokjemi. Reduksjonene vil også gå ut over forskningen ved sykehuset slik det står i klinikkens drøfteskiv. Vi er svært bekymret for avdelingens utvikling og etterlyser risikovurdering av disse forholdene.

Oslo, 29.11.2011



Laila Holmboe  
Klinikk TV KDI  
Dnlf / Ylf

og

Kari Løhne  
Vara klinikk TV KDI  
Dnlf / OF



# NITOs PROTOKOLLTILFØRSEL

Til: Klinikleder Eli Marie Sager  
Kopi: Økonomileder Helge Haukås  
HR-leder Jan Olav Gjelten

Fra: NITO klinikktillitsvalgt Jonathan Faundez

Saksbeh.:

Dato: 29.11.2011

Sak: Drøfting av budsjett 2012 KDI

På vegne av NITO ved Klinik for diagnostikk og Intervensjon

## **Innledende**

NITO støtter klinikkens innspill, til foretaket, vedrørende finansiering av Aker-drift, kompensering for økt aktivitet innen transplantasjon og økt fokus innen laboratorie- og radiologiskjenester satt ved statsbudsjettet.

Det oppleves derfor som et paradoks at OUS ledergruppen har enstemmig vedtatt et mål om å redusere forbruket med 5 % av laboratorie- og radiologiskjenester. Dette er en rammeforutsetning som enda ikke har en faglig forankring, som betyr at KDI ikke kan forutse hvilke tjenester dette vil gjelde og om reduksjonen vil ha noe stor innvirkning på klinikkens kostnader. Erfaringen fra 2010 og 2011 er at aktiviteten i mange områder har ikke vært lav slik estimert og planlagt, til tross for aktiv dialog og planlegging mellom klinikkene. NITO må derfor stiller seg undrende til hvorfor vedtaket mangler en innredning som kunne gitt en faglig- og driftforståelse, som ville skapt en økonomisk forutsigbarhet for KDI.

NITO hevder også at det er bekymringsfullt at KDI mangler et styringssystem (LIS) for å styre forbruket av laboratorietjenestene.

## **Arbeidsmiljø**

NITO er bekymret for arbeidsmiljøet, sett med erfaringene fra 2010 og 2011. KDI har hatt et høyt antall AML brudd og det må brukes overtid, planlagt overtid og mertid for å unngå flaskehals effekten, brudd på pasientrettigheter og håndtere omstillingsprosesser. NITO hevder at dette er klare indikatorer på at rammefinansieringen av KDI ikke har vært god nok over lang tid.

NITO forventer at ledelsen har gjennomført risikovurdering ved planlegging av budsjett 2012 på alle nivåer og at arbeidsmiljømessige konsekvenser løftes til klinikk AMU, jfr. ”prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2012..”.

OUS HF og KDI må være varsomme med sine bemanningsplaner og hvordan ressursene utnyttes. Dagens situasjon stiller større krav for de ansatte, det kreves mer fleksibilitet og arbeidspresen har økt. NITO er meget bekymret for at dette kan resultere i kompetanseflukt og at seniorer velger å gå av, framfor å avslutte karrieren på en verdig måte. Dette har allerede NITO erfart og ber ledelsen om ta innspillet meget alvorlig.

## **Innsparingsstrategi og kompetanse ved KDI**

KDI er helt avhengig av å ha nok intern kompetanse, da innhenting av ressurser fra vikarbyråder eller å leie, ikke er en mulighet. I tillegg stiller akkreditering krav som gjør det vanskelig å utnytte personalet på tvers på en effektiv måte. Dette resulterer i at KDI er sårbar for turnover og fravær. Klinikken må derfor bemanne driften og bygge kompetansen slik at disse utfordringene er håndterbare.

NITO hevder derfor at å ledigholde stillinger er ingen god strategi. Dette genererer flere utfordringer, både som direkte kostnader og slitasje på arbeidstokken. Dette er spesielt utfordrende med stillinger knyttet til drift og turnus. NITO kan vise til MBKs utfordringer, der en ressursknapphet har ført til en meget komplisert situasjon.

Bemanningen i KDI har vært knapp i to år og ikke overraskende har ledelsen kutte ned på kursvirksomhet og lignende på grunn av ekstraordinære sparingstiltak. Dette er en utvikling som ikke

er i tråd med akkrediteringsforskriftene og krav om kompetanseutvikling stilt et universitetssykehus. Ressursknappheten vanskeliggjør også kompetanseoverføring og skadeliggjør OUS HF's evne til å bygge på humankapital.

#### **Avhengigheter mellom klinikkene**

NITO valgte å kommentere OSS sin tiltaksliste for budsjett 2012. NITO er bekymret over ringvirkningene OSS sine kutt vil ha for vår drift og om KDI sitt budsjett tar høyde for de eventuelle kostnader vi blir påført. Selv om vi har fått beskjed at OSS ikke kan overføre kostnader til KDI uten å overføre ramme, er NITO bekymret over denne risikostyringen.

#### **Involvering**

NITO er skuffet over den manglende involveringen av tillitsvalgte og verneombud på plannivå. Det har dels vært ivaretatt på avdelingsnivå, noe vi har advart om at blir et altfor høyt nivå. Viser til notatet om utarbeidelse av budsjett 2012, der det presiseres hvor viktig involveringen av organisasjonene, verneombud og de ansatte er for prosessen.

Med vennlig hilsen

Jonathan Faundez

NITO Klinikktillitsvalgt

# Notat

Til:

Kopi:

Fra: Brit Koppang Klinikkverneombud

Saksbeh.:

Dato: 30.11.2011

Sak: Drøfting av budsjett

## Innspill angående medvirkning.

Har fått tilbakemelding fra alle verneombud i KDI som kan rapportere følgende.  
En del får informasjon på avdelingsnivå om tiltak i budsjettprosessen. Det er den reelle medvirkningen på N4 og N5 nivå som med et par unntak mangler.  
Vernetjenesten håper at klinikkleders stadige oppfordring om involvering nå når helt ned på grunnplanet.  
for vernetjenesten i KDI  
Brit Koppang  
klinikkverneombud

| PROTOKOLL   |  |
|---|--|
| Dato:   | 25. november 2011  |
| Sted:   | Oslo universitetssykehus, Forskningsveien 2 a                              |
| Parter:   | Ledelsen for Oslo sykehusservice og klinikktillitsvalgte/klinikkverneombud |
| Sak:  | Budsjett 2012  |
| <b>Til stede:</b>   |  |
| Fra arbeidsgiversiden: Magnus Hatling Landro, Nina Skylv, Lena Kjempengren, Morten Bråthen, Øystein Jensen, Knut Neegard, Bjørn E Helle, Gjertrud Risnes Spillum, Egil Lingaas, Torun Gjesdahl, Sonja A Huber og Anne Marthe Aassve Eriksen |  |
| Fra arbeidstakersiden: Anders Johnson, Leif Eriksen, David Pearson, Kari-Anne Knutsen, Trond Bakkerud og Nini C R Aarvik  |  |
| Fra vernetjenesten: Liv Inger Homleid   |  |

Morten Hatling Landro åpnet møtet og presenterte agenda på vegne av arbeidsgiver.

**Forutsetninger, prosess og status budsjett 2012 ved Økonomileder:**

Magnus Hatling Landro redegjorde innledningsvis for utfordringene i HSØ og i OUS.

Involvering og informasjon OSS:

- Der er avholdt informasjonsmøter for alle ansatte ved de 4 hovedlokalisasjonene
- Det er gjennomført dialogmøter med klinikktillitsvalgte i oktober og november
- Linjeledelsen har fått påminnelser om å involvere lokale tillitsvalgte og verneombud

Utfordringsbildet OSS:

- Merforbruk 2011 anslås til 30 mill, samtidig som vi har fått 95 mill i rammereduksjon. Dette medfører en utfordring på 125 mill i 2012
- Vi får ikke budsjettere med flere stillinger enn hva restkostnadsrammen tilsier på N4 eller lavere, det er ikke anledning til å legge kuttet på N2 eller N3
- Konsekvensen av å redusere utgiftene med 125 mill er 250 årsverk dersom andre tiltak ikke er mulig. Denne reduksjonen i årsverk gir 13 mill for lite da anslått snittløn er mindre enn hva det ble tatt høyde for i beregningen
- Notatet som er benyttet i styresaken er sendt ut. Dette synliggjør bl.a. at OSS får et krav om nedbemanning på ca 14%, mens resten av OUS har en utfordring på under 5%.
- Utfordringen på 125 mill er fordelt ut til N3, og er omgjort til rammereduksjon fremfor årsverkreduksjon
- Geir Teigstad har presisert både overfor sykehusledelsen og egen ledergruppe at han er godt fornøyd med at lederne har definert tiltak for 50%, godt jobba!

**Utfordringer og tiltak pr virksomhetsområde, ved N3-lederne:**

Eiendom (VOE) ved Knut Neegard

- Har 260 mill i energikostnader. Vi gjennomføre en holdningskampanje for å redusere forbruket
- Vil harmonisere serviceomfanget av vedlikehold, har en kostnadsramme på 230 mill. Vil oppnå reduserte kostnader, bedre styring og kontroll, samt færre faktura i systemet
- Vil redusere reansettelse ved naturlig avgang, vil unngå overtallighet
- Det er kritisk at vi tappes for kompetanse og det blir vanskelig å overholde lover- og forskrifter, jfr ulike tilsyn. Bygningsmassen medfører store utfordringer uavhengig av budsjett 2012

#### Intern service (ISE) ved Gjertrud Spillum

- Det største kuttet må tas som stillinger, krav om reduksjon a 133. Har levert tiltak for 76 av disse
- Har mulighet for å jobbe med utviklingstiltak, med intern og ekstern bistand. Det viktigste er:
  - Benchmarking
  - Harmonisering av renhold, hvor Smittevern har bistått med testing
  - Behovsrettet renhold med fokus på smittevernilder og "flekkevask"
  - Nedleggelse av kjøkken Radiumhospitalet, drift overføres til Ullevål og innføring av 1-2-3
  - Overgang til bufø ved Rikshospitalet. Postkjøkken tilrettelegges, har investeringsmidler
  - Effektivisering av lager på Kjøkken, unngå "tidstyver"
  - Tekstil har fått 6 mill til investering 2012. Vil bedre flyten og redusere stans og overtid
  - Brannvern reduserer med 1 årsverk ved Aker (ledig stilling)
  - Vurderer videre organisering av Resepsjon
  - Hustrykkeriet er lagt ned, effekt også 2012
  - Vil etablere prosjekt "ryddig sykehus" med dedikerte oppgaver. Krever ressurser, men gjør det hyggeligere for alle og jobben til renholderne blir lettere

#### Administrative fellesfunksjoner (AFF) ved Bjørn E Helle

- En bemanningsintensiv enhet med få muligheter til å redusere andre utgifter. Reduserer med 21 stillinger og noe på drift
- Harmonisering og samlokalisering videreføres, eks felles fakturasystem og videreføring ekstern lagring av journaler
- Må redusere litt her og litt der, må forvente forverring av opplevd responstid og kvalitet. Fordeler nedtrekket mellom Klinisk dokumentasjon, Regnskap og Personalforvaltning
- Må skjerme Aktivitetsdata og analyse, må sikre riktig koding både med tanke på inntekter og regelverk. Skjermer også de avdelingene som i høst er overført fra Stab og IKT

#### Medisinsk teknologisk virksomhetsområde (MTV) ved Øystein Jensen

- MTV har 80 % av utgifter på vedlikehold/drift og 20% på lønn. Det er ikke aktuelt å redusere bemanningen
- Skal redusere kostnadene med 7 mill. Velger å ta alt dette på avtalefestet vedlikehold Aker. Øker risiko for uforutsette utgifter
- Kan redusere utgiftene ytterligere. Dette krever i så fall en overordnet beslutning av hvilket medisinsk teknisk utstyr som skal skrus av

#### Komparativ medisin (KPM) ved Lena Kjempegren

- Har ca 20 årsverk fordelt på 3 lokalisasjoner
- Krav om reduksjon tilsvarer 3 årsverk. Reduksjon av ansatte vil medføre tilsvarende reduksjon av antall bur og dermed inntekter. Kan ikke redusere på stoll av dyr
- Velger å harmonisere prisene og dermed øke inntekter (eksterne midler). Dette har brukerne gitt god respons på

#### Arbeidsmiljøavdelingen (ARB) ved Nina Skyly

- 90% av utgiftene går til lønn, har få muligheter til å redusere andre utgifter
- Tjenester som skal ytes av Bedriftshelsetjenesten er pålagt i AML, både på individ- og organisasjonsnivå
- Mange byggeprosjekter medfører enda mer oppfølging
- Har i dag 1 – 4 ansatte pr fagområde. MU synliggjør at arbeidsbelastningen er for stor, og det er mange som søker seg andre jobber utenfor sykehuset. Ytterligere reduksjon er svært utfordrende
- Må se på hvilke tjenester som skal reduseres

#### Avdeling for smittevern (AFS) ved Egil Lingaas

- Har ca 50% lavere bemanning enn sammenlignbare sykehus i utlandet, kan ikke redusere denne
- Reduserte driftskostnader vil føre til at flere pasienter får infeksjoner, økt fare for dødsfall
- Kan øke eksterne inntekter. Nedtrekk Aker gir en positiv effekt, og forventer å få tilbakeført midler ved Radiumhospitalet

#### Innkjøp og logistikk (IOL) ved Torun Gjesdahl

- 95% av budsjettet går til lønn og faste avgifter som ikke er påvirkbare
- Har en utfordring på over 30-40 årsverk
- Foreslår igjen å legge ned buss mellom Radiumhospitalet/Rikshospitalet og avvikle trikkeavtalen. Disse tiltakene berører pasientene i minst grad
- Reduksjon vil påvirke klinikkene, andre må bidra med oppgaver IOL utfører i dag
- Har fokusert på oppgaver som må gjøres, og definert hvilke som vi må utføre også i 2012
- Foreslår reduksjon av ledere på portørsiden. Reduserer også turnus for transport av mat
- Foreslår å avvikle nattevakt for portører Aker, harmoniserer med Radiumhospitalet
- Avvikler mesteparten av transport av pasienter mellom sykehusene

#### Spørsmål og innspill fra tillitsvalgte:

#### Parat ved David Pearson

- Hva medfører nedleggelse av buss Rad/RH ifht transport av prøver? Svar fra IOL: I samarbeid med KDI er det opprettet to "lab.ruter" som kjører hele dagen mellom alle sykehus i OUS. Dette bør dekke behovet.
- Hvor gammelt er sykehusets MTU, må dette ses i sammenheng med driftsbudsjettet? Svar fra MTV: Utstyret er i gjennomsnitt 11 år, økes årlig. Skulle årlig ha hatt 400 mill til investering

#### Fagforbundet ved Kari-Anne Knutsen

- Generelt er tillitsvalgte lokalt fått lite mulighet til å påvirke prosessen, er i liten grad involvert
- Hva betyr bortfall av nattevakt ved portør Aker ifht frakt av prøver? Svar fra IOL: Betyr ikke noe, Aker har ikke den oppgaven
- Hva sier klinikkene om at de får flere oppgaver overført fra Logistikk? Svar fra IOL: Tiltakene diskuteres så langt i ledermøter på N2, og Geir Teigstad fokuserer på slike spørsmål. Neste steg er å involvere ledere på N3, som i større grad ser den praktiske utfordringer
- Nedleggelse av buss medfører økte utgifter for klinikkene, samt at ansatte må skifte mer, jft. biologisk materiale Bussen frakter også mye intern post, vil medføre mer bruk av drosje. Mer administrasjon. Medfører dessuten at ansatte får personlige utgifter ved å reise mellom lokalisasjonene. Svar fra IOL: Tilbudet berører pasientbehandlingen i klinikkene i mindre grad enn hva ytterligere bemanningsreduksjon vil gjøre. Bussen brukes ikke til internpost og prøver. Forstår at "gratis" buss og trikk er praktisk, men tilsvarende tilbud gis ikke mellom de andre sykehusene. Offentlig kommunikasjon er god mellom RH og de andre sykehusene, reisebelastningen er verre mellom Aker/Ullevål og Ullevål/Rad som i dag ikke har tilbudet om intern transport. Harmoniserer ved å avvikle ordningen. Presiserer også at OUS dekker nødvendige reiseutgifter for sine ansatte, ingen belastes privat!
- Reduksjon i tilbudet om å hente lab. prøver for KDI medfører kostnadsoverføring på OUS nivå, ingen reell besparelse. Svar fra IOL: Bekrefter at KDI får inntekter for analyse av lab. prøver, og får med dette de tilhørende utgiftene. Alternativet er å sende prøver med posten, slik legekontorer i f.eks Hurdal og Ski gjør det. Noe av reduksjonen skyldes overføring til Ahus
- Fagforbundet vil komme med protokolltilførsel

#### NITO ved Anders Johnsen

- Deler bekymringene som har kommet frem
- Stiller spørsmål til VOE sin rendyrking av aktivitet som utføres ulike fra sykehus til sykehus. Medfører ikke dette bare flytting av kostnader? Svar fra VOE: Området som diskuteres er i hovedsak gass/trykk/vanne, hvor det er ulike grenser mellom VOE og Sykehuspartner/MTV. Kan være aktuelt å overføre oppgaver og midler. Kostnadene reduseres ved at de som er best på feltet utfører oppgaven. Må ha en dialog rundt spørsmålet og bli enige om videre ansvar og organisering
- Hva medfører samarbeid mellom ISE og VOE ifht vaktjenester? Svar fra ISE: Saken gjelder ved Ullevål. Ønskelig å se på ordninger rundt tilstedevakt VOE, samtidig som også Sikkerhet har tilstedevakt. Kan muligens redusere til hjemmevakt ved økt samarbeid og bruk av serviceavtaler

Delta ved Leif Eriksen

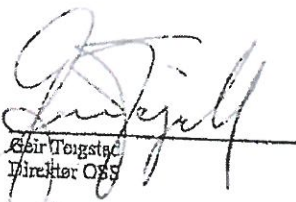
- Opplever at ledelsen er tydelig på at smertegrensen er LÅdd, nok er nok. Synes dette er prisverdig!
- Er bekymret for nedbemanningen og de kravene som er pålagt
- Delta vil komme med en protokolltilførsel

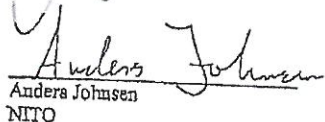
Overlegeforeningen ved Trond Bakkerud

- Økt infeksjonsfare for pasientene er bekymringsfullt. Hva medfører nytt pålegg om dokumentasjon? Svar fra AFS: Er glad for pålegg som krever at vi får en bedre oversikt, men samtidig er dette svært ressurskrevende. Snakk om 2 ekstra sykepleieshiftinger. Utsatt til 1. september. Oppgaven kan løses bedre ved samlokalisering

Vedtak:

- Forslag til endring av protokoll må sendes HR-leder innen kl. 12.00 tirsdag 29. november
- Eventuelle protokolltilførsler må sendes HR-leder innen kl. 12.00 tirsdag 29. november
- Endelig protokoll vil sendes til sykehusets ledelse onsdag 30. november
- Budsjett 2012 skal behandles i ekstraordinært AMU i OSS mandag 5. desember

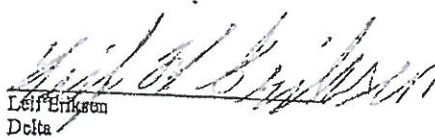
  
Eirik Torgstøl  
Direktør OSS

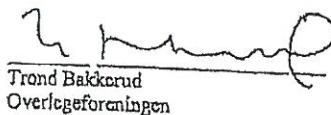
  
Anders Johnsen  
NITO

  
David Pearson  
Parat

  
Nini C R Aarvik  
NFF

  
Kari-Anne Knutsen  
Fagforbundet

  
Leif Eriksen  
Delta

  
Trond Bakkerud  
Overlegeforeningen

#### Protokolltilførsler:

##### Fra NITO

NITO ser med stor bekymring på forslagene til kutt i budsjettforslaget for OSS. OSS er allerede i dag en hardt prøvet organisasjon som de siste årene har gjennomført store kutt. Spesielt har dette gått ut over VOE. Konsekvensene av dette har vi fått se gjennom Arbeidsmiljø tilsynets rapport. Det er derfor grunn til ekstra stor bekymring rundt flere kutt på dette området. VOE klarer pr. i dag ikke å følge opp lovpålagte oppgaver noe som vil forverres ytterligere med de foreslåtte kuttene. I tillegg står vi i fare for å miste kompetanse som det på et senere tidspunkt kan være både vanskelig og dyrt å skaffe. Tilsvarende situasjon er vi i ferd med å få i Avdeling for Smittevern og Arbeidsmiljø avdelingen hvor man vil se seg nødt til å kutte i lovpålagte oppgaver. Dette er svært uheldig for sykehuset og vil kunne få alvorlige konsekvenser for både pasienter og ansatte.

NITO stiller også spørsmål ved de forslagen til innsparinger hvor man i stor grad flytter den økonomiske belastningen over til andre klinikker eller avdelinger. Dette gjelder spesielt de foreslåtte kuttene i portørtjenester samt nedleggelse av intern bussen mellom RH og Montebello. NITO er gjort kjent med at MBK ikke anser den nyopprettede prøvetransport ordningen mellom RH og Montebello som tilstrekkelig. En nedleggelse av intern bussen vil ifølge ansatte ved MBK påvirke analyseringen av prøver i flere seksjoner i MBK. Føringelse av kvalitet pga. forsinkelser, krav til oppbevaring samt forsinkelser i analysering og dermed forsinkede prøvesvar med konsekvenser for pasientbehandlingen.

##### Fra OF

Budsjettsituasjonen og konsekvensene for OSS er egnet til bekymring. Utfordringsbildet lar seg neppe løse uten merkbare konsekvenser for både omfang og kvalitet på tjenestene. Vel så krevende er konsekvensene for de ansatte i klinikken, og belastningen på de som etter tiltak skal utføre samme arbeid men med færre kolleger.

Man støtter bekymringene uttrykt på møtet fra så vel klinikkledelse som de enkelte avdelingsledere.

##### Fra NFF

Rammebetingelsene for OSS er ikke akseptable, da nedtrekk i hovedsak må tas på bemanningssiden i mange avdelinger.

##### Fra Delta

Først vil DELTA påpeke den totalt manglende involvering av de tillitsvalgte på lokalt nivå rundt i klinikken under utarbeidelsen av budsjettet. Dernest ser Delta med sterk bekymring på de økonomiske rammer og styringsmål sykehuset har gitt Oslo sykehusservice (heretter OSS) for driftsåret 2012 og det framlagte budsjett som en konsekvens av det.

En realreduksjon tilsvarende 125 mnok sammenlignet med 2011 og som i stor grad kun kan nåes ved reduksjon i antall årsverk i klinikken, synes urealistisk uten at det vil bidra sterkt til å øke risikoen for pasientrelaterte konsekvenser i de tjenester OSS er pålagt å yte til resten av sykehusets klinikker. Et kutt i den størrelsesorden det her er snakk om tilsvarer 14 % bemanningsreduksjon eller ca 250 årsverk samtidig som de andre klinikkene er pålagt en tilsvarende reduksjon på 5 %, Urealismen i disse vilkår kommer klart fram i klinikkens saksdokumenter som tydelig viser at alle avdelinger så langt ikke klarer å finne definerte gjennomføringstiltak for mer enn halvparten (50%) av det krevde beløp.

Det påpekes også som det står i de samme papirer at mye av årsaken til OSS sine økonomiske utfordringer skyldes også den spesielle situasjonen som påfører OSS 60% av sykehusets ulempekostnader ved Aker.

Det påpekes også at det savnes en helhetlig og tversgående risiko og sårbarhetsanalyse analyse som vurderer de foreslåtte tiltak sett med de andre klinikkens øyne siden de tjenester OSS leverer er klinikkovergripende.



#### Fra Fagforbundet

Fagforbundet ser med stor bekymring i de foreslåtte kutt for å gå i budsjettbalanse i 2012 og mener at hvis dette gjennomføres så vil det få store konsekvenser for hele Oslo universitetssykehus, i form av økt sykefravær på allerede hardt belastede avdelinger, negativ innvirkning på arbeidsmiljøet, reduisering/opphør av tjenester ut til de andre klinikkene, pasienter og pårørende noe som igjen vil gå ut over helsepersonell i de andre klinikkene som i tillegg har sine egne budsjettkutt.

Fagforbundet vil også kommentere den manglende involveringen enhets-/avdelingsledere har hatt overfor de lokale tillitsvalgte i budsjettmøtene.

Sykehuset har store utfordringer knyttet til pålegg fra tilsynsmyndighetene. Fagforbundet kan ikke se at de foreslåtte tiltakene i nødvendig grad tar hensyn til dette.

Fagforbundet presiserer at det er de faktiske arbeidsoppgaver som må være dimensjonerende for fremtidig bemanning og ikke kun budsjettmessige krav. I praksis må dette bety en større grad av detaljering over hvilke oppgaver som faktisk ikke skal utføres av OSS videre og hvilke konsekvenser dette i så fall får for øvrige klinikker i OUS.

Avslutningsvis understreker Fagforbundet at oppsigelser i forbindelse med budsjetttilpasning og nedbemanning ikke kan aksepteres.

#### Fra vernetjenesten

Vi mener det er feil at OSS skal spare så mye i forhold til de andre klinikkene, leveransen vil jo bli dårligere når OSS skal kutte så mye og det vil jo forplante seg videre i systemet til de andre klinikkene. Det er også tøft for de ansatte som gjennom flere år har opplevd budsjettkutt og store endringer.

## MØTEREFERAT - UTKAST

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Møtenavn/tema:                | <b>Arbeidsmiljøutvalget i Oslo sykehuservice</b>   |
| Dato møte:                    | <b>05.12.11</b>  |
| Dato dok.:                    | 05.12.11   |
| Møteleder:                    | Leif Henry Eriksen (LHE)   |
| Referent:                     | Aina Woll (AW)   |
| Tilstede fra arbeidsgiver:    | Geir Teigstad (GT), Nina T.Nikolaisen (NTN), Anne Marthe Aassve Eriksen (AMAE) og Torun Gjesdahl (TG), Magnus Hatling Landro (MHL) |
| Tilstede fra arbeidstakerne:  | Leif Henry Eriksen (LHE), Henning Mathisen (HM) og Kari Anne Knutsen (KAK), Grunde Beisland (GB)                                   |
| Tilstede fra Arbeidsmiljøavd. | Kristine Lillelund (KL)  |
| Forfall:                      | Per Kristian Nyhus (PKN) (vara Ellen Wilhwilmsen ikke møtt), Audun Arnesen (NAA)   |

Observatører og til sakene: Torun Gjesdahl var innkalt for å orientere om budsjett 2012 for IOL. Gjertrud Risnes Spillum var innkalt for å orientere om budsjett 2012 for ISE, men meldte fravær på grunn av sykedom. Saken ble ivaretatt av Geir Teigstad og Nina Trogstad Nikolaisen. Magnus H. Landro var innkalt for å kunne svare på spørsmål. Grunde Beisland deltok som observatør.

Møteinnkalling godkjent.

### Sakliste

- Sak 52/2011    Orientering om budsjett 2012**  
Det vises til protokoll fra drøftingsmøte 25.11.11.  
Magnus Hatling Landro orienterte om budsjett 2012 for Oslo sykehuservice.  
Geir Teigstad og Nina Trogstad Nikolaisen orienterte om budsjett 2012 for ISE.  
Torun Gjesdahl orienterte om budsjett 2012 for IOL.  
Det ble gitt anledning til å stille spørsmål til saken.

**Vedtak:** *Saken tatt til orientering*

## PROTOKOLL

Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8

*Dato:* 13. desember 2011 kl. 12.00 – 14.00

*Sted:* Oslo universitetssykehus

*Parter:* Ledelsen for Oslo universitetssykehus HF og hovedtillitsvalgte, hovedverneombudene

*Sak:* Budsjett 2012  
Saksdokumenter: Styresak 143/2011 med vedlegg I-III

*Tilstede:* *Fra arbeidsgiversiden:*

Rolv Økland (direktør HR-stab), Morten Reymert (viseadm.direktør Økonomisk, juridisk og IKT-stab), Anne Karlsen (Økonomisk, juridisk og IKT-stab), Sølvi Andersen (Stab fag og pasientsikkerhet), Einar Hysing (Medisinsk direktør), Susanne Flølo (HR-stab)

Bjørn Erikstein (administrerende direktør), Olav Røise (Akuttklinikken), Lars Lien (Klinikk for psykisk helse og avhengighet), Otto Smiseth (Hjerte-, lunge- og karklinikken), Sigbjørn Smeland (Klinikk for kreft og transplantasjon), Eli Marie Sager (Klinikk for diagnostikk og intervensjon), Siri Vedeld Hammer (Klinikk for kirurgi og nevrofag), Lena Gjevvert (Medisinske klinikk), Geir Teigstad (Oslo sykehusservice), Terje Rootwelt (Kvinne- og barneklinikken)

Referent: Mari Torset (HR-stab)

*Fra arbeidstakersiden:*

Pål Berdahl (Fagforbundet), Bjørn Wølstad Knudsen (Fagforbundet), Aasmund Bredeli (Dnlf), Margrethe Øyslebø (NETF), Elizabeth Holtebekk (NFF), Kristian Fosså (Dnlf/YLF), Johathan Faundez (NITO), Rita von der Fehr (NITO), Christian Grimsgaard (Dnlf), David Pearson (PARAT), Merete Norheim Morken (NSF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Nina Bøe (Delta), Birgit Aanderaa (NPF), Jorun Clemetsen (FO),

*Fra vernetjenesten:*

Per Oddvar Synnes (HVO)

---

## Budsjett for Oslo universitetssykehus HF 2012

Morten Reymert orienterte om budsjettprosessen og de overordnede rammer for prosessen. Sølvi Andersen og Einar Hysing supplerte vedrørende detaljer i budsjettforslaget. Det vises til drøftingsdokumenter for detaljert gjennomgang.

### *Arbeidstakersidens kommentarer*

I hovedsak er bemerkningene fra arbeidstakersiden knyttet til følgende:

- Det uttrykkes bekymring til Oslo universitetssykehus HF sin evne til å imøtekomme dagens budsjettkrav og oppnå et budsjett i balanse, og samtidig opprettholde kvaliteten i pasientbehandlingen. Det vil ikke være mulig å løse oppdraget i tråd med oppdragsdokumentet innenfor den økonomiske rammen.
- Arbeidstakersiden mener videre at risikovurderingen som er presentert i styresak 143/2011 er mangelfull og gir et feil bilde knyttet til gjennomføringen av budsjett 2012. Det påpekes videre at risikoanalysen ikke viser til konsekvenser av tiltak på tvers av klinikkene, og hvordan tiltak virker på hverandre.
- Det understrekes at også i 2012 vil klinikkene være under et stort omstillingspress og det stilles spørsmål om midlene til omstillingsinvesteringer gir et tilstrekkelig handlingsrom for sykehuset.

Ut over dette ble det stilt flere spørsmål om budsjettet som ikke alle er protokollført. Flere av arbeidsgiversidens presiseringer som ble gitt til arbeidstakersidens kommentarer og spørsmål er imidlertid med i oppsummeringen nedenfor.

*Det vises for øvrig til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden (vedlagt).*

### **Arbeidsgivers kommentarer**

- Aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF blir endelig klart i Helse Sør-Øst RHF Oppdrag og bestilling 2012 som er forventet vedtatt i uke 6. Oslo universitetssykehus HF har vært i løpende dialog med Helse Sør-Øst RHF om aktivitetsmålene og det legges til grunn at det ikke vil bli vesentlige endringer i dagens beskrivelse av status for aktivitetsbudsjettene.
- Det vises til vedtakspunkt 1 og 2 i styresak 143/2012, hvor det blant annet heter at "avstemming i foretaksgruppen kan føre til endringer i budsjettet" (pkt 1) og "Styret ber .. administrerende direktør om å komme tilbake med nye tiltak for å sikre gjennomføring av budsjettet." (pkt 2).
- Pasientgrunnet (lokal- og områdefunksjoner) fra Follo og Alna har stått for 10 pst av somatisk pasientbehandling, mens reduksjonen ved Oslo universitetssykehus HF knyttet til overføringen er på om lag 7,4 pst. Bemanningen er ikke tilstrekkelig tilpasset nytt opptaksområde, og produktiviteten er gått ned 3-4 pst innenfor somatikken.
- Årsverksreduksjonen i tabellen "Utfordringsbilde 2012" er klinikkenes innspill om reduksjon. Det forutsettes at dette er forankret i de respektive klinikker.
- Det understrekes at risikovurderingen for gjennomførte budsjetttiltak 2012 er utarbeidet etter en samlet konsekvensvurdering av klinikkenes tekstlige bidrag og således sammenfatter klinikkenes egne bidrag til analysen.
- Det forutsettes at det arbeides videre med å synliggjøre hvordan klinikkenes forutsetninger og tiltak virker i samspill og hvilke tiltak som får direkte konsekvenser for andre klinikker i den videre oppfølgingen av budsjett 2012.
- Helse Sør-Øst RHF er orientert om at pasienttilbudet ved OUS bygges ned som følge av overføringen av pasientgrunnlag. Det forutsettes at andre foretak faktisk bygger opp tilbud.
- Midler til kompetanseutvikling er som før lagt til de klinikkvise budsjett. Videreutdanning håndteres innenfor Oslo sykehuservice sitt budsjett.
- Psykisk helsevern og somatikk er skjermet i forhold til budsjett-tiltakene som er lagt på somatikken.

### Vedlegg

*Vedlagt er følgende protokolltilførsler:*

1. *Norske ergoterapeuters forbund og Norske fysioterapeuters forbund*
2. *Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Norsk psykologforening, Den norske legeforening, NITO, Delta*
3. *Den norske legeforening*
4. *Fellesorganisasjonen*
5. *Fagforbundet*
6. *Norsk sykepleierforbund*
7. *NITO*
8. *Norsk psykologforening*
9. *Vernetjenesten*

## **1. Norske ergoterapeuters forbund og Norske fysioterapeuters forbund**

### **Protokolltilførsel fra NETF og NFF til drøftingsmøte om budsjett 2012, 13.12.11.**

NETF og NFF ser med bekymring på forslag til budsjett 2012. Det foreslås ytterligere kutt i virksomhet der tilbudet allerede er redusert og ventelister økt. Et eksempel er Ortopedisk avdeling under Klinikk for kirurgi og nevrofag som allerede før omfattende kuttforslag har omfattende brudd på ventelistegarantien. De nye kuttene vil også medføre nedsatt kvalitet på tjenestene.

Budsjettforslaget vil totalt sett påvirke pasienttilbudet negativt. I tillegg ser vi at arbeidsmiljø belastes ytterligere samt at aktivitet knyttet til forskning, fagutvikling og utdanning vil reduseres.

Det vises til redusert aktivitet i OUS fra 2010 til 2011. Omstilling vil alltid ha store omkostninger. OUS har slitt med koordineringsproblemer knyttet til geografiske spenn, flyttinger og sammenslåinger, samt et mangelfullt IT-system. Redusert aktivitet ser vi som et resultat av dette.

OUS kutter nå i tilbud før samhandlingsreformen er kommet i gang og kommunene har fått bygget opp tilsvarende tilbud. En del spesialiserte tilbud som kommunene ikke har kompetanse til å drifte er også foreslått nedlagt. Eksempel på dette er nedleggelse av hjerterehabilitering på OUS.

Margrethe Øyslebø  
Foretakstillitsvalgt NETF

Elizabeth Holtebekk  
Foretakstillitsvalgt NFF

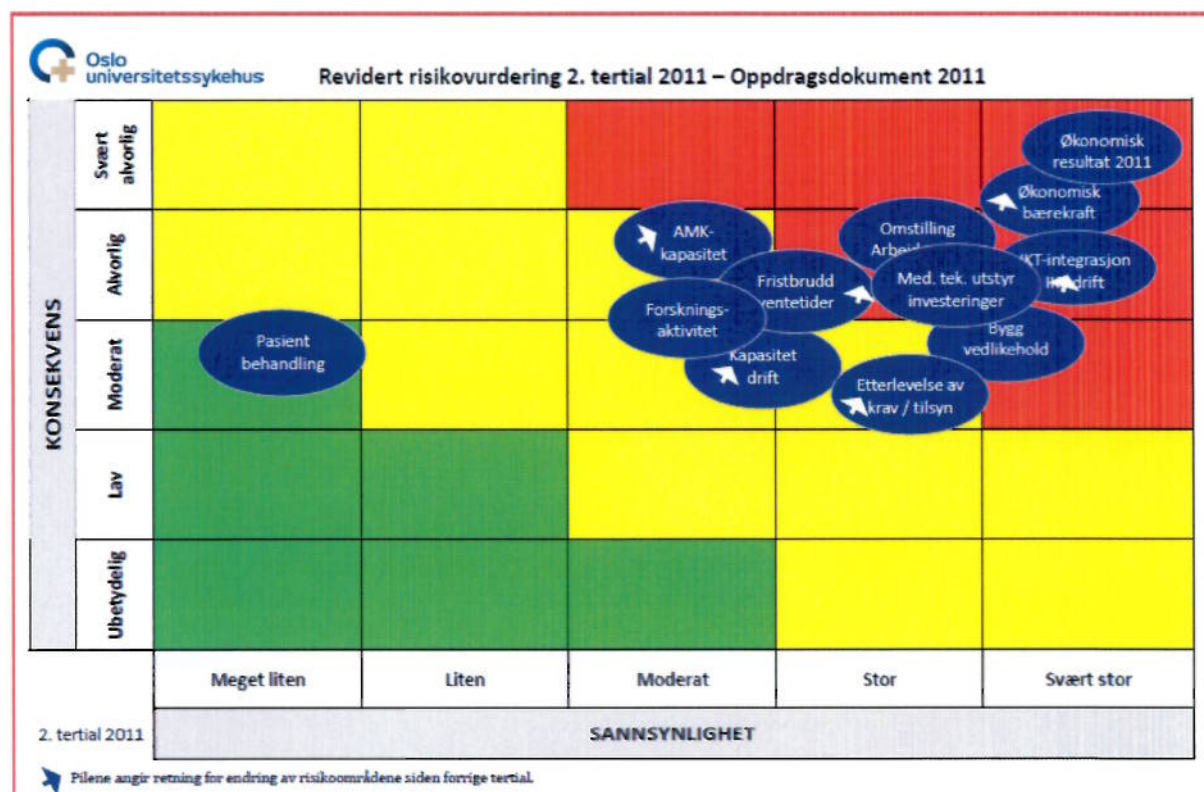
## 2. Den norske legeforening, Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet, NITO, Psykologforeningen og Delta

### Organisasjonenes felles protokoll til budsjett 2012

Organisasjonene avviser ledelsens risikovurdering knyttet til budsjett 2012. Fremlegget gir et uriktig bilde av risiko knyttet til gjennomføring av et saldert budsjett. Dette skyldes i hovedsak tre forhold:

1. Flere av de underliggende klinikkvise risikovurderingene er feilaktige og/eller mangelfulle
2. Risiko er kun vurdert for de identifiserte tiltakene og ikke for et saldert budsjett
3. Tiltakene i de ulike klinikkene vil kunne gi negative synergieffekter for den overordnede risiko, overordnet risiko er ikke justert for dette

Risikovurderingene gjort i sykehuset frem til i høst har vært basert på bruk av et ensartet verktøy på alle nivå. Det har derved vært mulig å gjøre en gjennomgående vurdering av risiko fra avdeling- til sykehusnivå. Det har fremkommet øket risiko i sykehuset inneværende år. Vi viser til overordnet risikovurdering fremlagt i styremøte 290911:



I styremøte 2710 ble det gjennomført klinikkvise risikovurderinger etter sykehusets etablerte mal. Det fremkom da en betydelig risiko knyttet til gjennomføring av budsjett i flere av klinikkene eksemplifisert her med medisinsk klinikk:

7. Risiko og konsekvensvurdering ved gjennomføring av hovedstrategi  
Identifisering av risiko knyttet til gjennomføring av budsjett

Hovedområder for å imøtekomme budsjett 2012 er aktivitetstilpasning/ reduksjon og effektivisering

| Risikoområde  | Stikkord konsekvenser  | Alvorlighet (sannsynlighet/ konsekvens)<br>Kryss av farge   |     |     | Kommentarer (eks. i hvilken grad vil risikoreducerende tiltak kunne kompensere for alvorlighet)   |  |
|---|--|---|-----|-----|---|--|
|   |  | Grønn   | Gul | Rød |   |  |
| <b>Pasientsikkerhet (Når pasient er inne til behandling)</b><br>• behandlingens kvalitet  | Avvikling av beredskapsvakt eller redusere tilstedeværelse for overleger på Aker medfører mindre tilgang til ekspertise.   |   | X   |     | Tiltak synes forsvarlig da det har vist seg at behov for tilsyn ikke har vært betydelig   |  |
|   | Ytterligere nedtrekk av bemanning medfører uforvarlig kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling  |   |     | X   | Klinikken har innført norm for bemanning, og pasientbelegget er i dag gjennomsn. 100 %.   |  |
|   | For kort liggetid  |   |     | X   | Redusert kvalitet i pasientbehandlingen, fare for reinnleggelses  |  |
|   | • fare for svikt, skade  | Risiko for utilstrekkelig kapasitet når aktivitet legges ned og pasienttilbud reduseres   |     |     | X   | Aktivitet må overføres pasienters sektorsykehus og / eller fastlege. Kompetanseoverføring og skriv om hva de bør gjøre er viktige elementer.   |
|   | • pasientrettigheter   | Siden 95 % ØH vil volumet være gift og konsekvens vil være redusert kvalitet og pasientsikkerhet  |     |     | X   |  |
| <b>Aktivitetsnivå (Frister for behandling)</b><br>• Gjennomføring av lovpålagte tjenester | Klinikkenes plikt til å ta imot ø.h.j. pasienter vil ivaretas, men gjennomføring av budsjettiltak vil få konsekvenser for andre pasienttilbud i klinikken  |   |     | X   | Klinikken ser ingen mulighet for å kompensere dette.  |  |
|   | • Gjennomføring av andre tjenester   | Redusere eller fjerne prosedyrer / liasonvirksomhet til andre klinikker og sykehus medfører dårligere tilbud til pasientene og kan resultere i lengre liggetid andre steder |     | X   | Dårligere kvalitet i pasientbehandling, andre klinikker / sykehus må bygge opp kompetanse og opparbeide tilbud.   |  |
|   | • antall behandlede pasienter  | Krav om økt operasjon av antall fedmepasienter uten at klinikken har fått kompensasjon for dette gir økonomisk underskudd og overarbeidet personale                         |     | X   |   | Økning i aktivitet på fedme pasienter må ikke påvirke negativt krav om aktivitet for øvrig i klinikken   |
|   |  | Antall pasienter er gift og det er marginal endring i ikke ØH pasienter.<br>Reduksjon i senger medfører større risiko for overbelegg.                                       |     | X   |   | Benytt senger på tvers i klinikken, fokus på tidlig legevisitt og utskriving, og jobbe med å overføre innliggende pasienter til dagbehandling. |
| <b>Arbeidsmiljø</b><br>• tilrettelegget arbeidsforhold                                    | Klinikken har gjennomført bemanningsnorm på sengeposter og ser på reduksjon av legers arbeidstid. Marginal bemanning reduserer avdelingenes mulighet for å tilrettelegge for individuelle arbeidsforhold |   |     | X   | Klinikken følger lovpålagte oppgaver og har fokus på HMS arbeid.  |  |
|   | • fare for svikt, skade  | Ytterligere reduksjon i bemanning vil medføre risiko for uforvarlig arbeidsbelastning for personale med derav følgende økt sykefravær                                       |     | X   | Klinikken ser på alternative måter å organisere sengepostdrift for å redusere dagens arbeidsbelastning. Reduksjon utover allerede marginal bemanning ser vi ingen mulighet å organisere bort. |  |
|   | • overholdelse av lov/avtaler  | Klinikken overholder ikke lenger lover og avtaler   |     | X   | Klinikken har stort fokus på å følge regelverket. Men ved ytterligere nedtrekk av personell er det stor fare for økt andel AML brudd  |  |

Etter styremøte i oktober ble klinikkene gitt beskjed om at de ikke lenger skulle gjøre risikovurderinger etter sykehusets vanlig mal, men at vurderingene skulle gjøres i form av tekstvurderinger. Disse vurderingene danner grunnlaget for sykehusets overordnede risikovurdering knyttet til budsjett 2012.

Samlet gir dette en svekket rapportering av overordnet risikobilde i sykehuset. De klinikkvise innspillene er lite systematiske, det er på enkeltområder i flere klinikker ikke beskrevet risikonivå, og de tekstlige vurderingene er i liten grad konsistente med tidligere rapportert risiko. Overføringen av tekstvurderinger til sykehusets standard mal øker mulighet for feil i rapporteringskjeden. Vurderingene er kun gjort med bakgrunn i identifiserte tiltak, og det fremlegges derfor et budsjettforslag for styret som ikke er endelig risikovurdert.

Sykehuset har ikke fremlagt tiltak som kan underbygge et bedret risikobilde sammenholdt med den overordnede analyse som ble lagt frem i september. Arbeidstakerorganisasjonene vil fremheve at utviklingen i sykehuset det siste halvåret, og det fremlagte budsjettforslaget bidrar til forverring av det overordnede risikobildet.

Med bakgrunn i dette stiller arbeidstakerorganisasjonene seg avvisende til de fremlagte risikovurderingene for budsjett 2012. Vurderingene er ufullstendige, og gir et feilaktig risikobilde knyttet til gjennomføring av budsjett 2012.

I det samlede budsjettfremlegget er det ikke konkretisert tiltak som gir et saldert budsjett, de tilknyttede risikovurderingene er mangelfulle. Budsjettfremlegget er derved ikke dekkende for den reelle driftssituasjonen i sykehuset i 2012.

**Merete Norheim Morken/sign**

**Norsk Sykepleierforbund**

**Aasmund Bredeli/sign**

**Den Norske Legeforening**

**Bjørn W-Knudsen/sign**

**Fagforbundet**

**Rita Von Der Fehr/sign**

**NITO**

**Birgit Anderaa/sign**

**Den Norske Psykologforeningen**

**Nina Bøe/sign**

**DELTA**

**Kristian Fosså/sign**

**Den Norske Legeforening/Ylf**



### 3. Den norske legeforening

#### Legeforeningens supplerende betraktninger til budsjett 2012

Legeforeningen stiller seg bak felles protokolltilførsel fra de store organisasjonene og ønsker å utdype enkelte punkter ytterligere i denne egne protokolltilførsel.

Det er fra sykehusets overordnede ledelse lagt opp til forankring av budsjettarbeidet i avdelingene og seksjonene blant annet i fellesmøter med medarbeiderne. Dette har i liten grad blitt fulgt opp lokalt. Sykehusledelsen må derfor legge til grunn at involvering og medvirkning i liten grad er ivarettatt. Involvering på klinikknivå er også mangelfull fordi det er avsatt for kort tid.

Legeforeningen stilte seg kritisk til budsjettforslaget for 2012. Inneværende år vil sykehuset sitte igjen med et stort underskudd som følger klinikkene inn i 2012. Budsjettforslaget for 2012 vil alene innebære en betydelig bemanningsreduksjon. Omstillingsprosessen har så langt medført svekket produktivitet i sykehuset og ventetiden har øket i flere av sykehusets avdelinger gjennom 2011. Den samlede risiko knyttet til gjennomføring budsjettforslaget er derfor betydelig og etter legeforeningens vurdering vil ikke sykehuset kunne oppfylle kravene som er pålagt gjennom oppdragsdokumentet. Legeforeningen vil bemerke at det hersker betydelig usikkerhet knyttet til effekten av tiltakene som er foreslått, og at det kun er funnet tiltak for i underkant av 2/3 av budsjettutfordringen. At underskuddet fra 2011 skal kunne saneres i 2012 er ikke sannsynlig.

Fusjonen har medført en krevende daglig drift i de fleste av sykehusets klinikker. Gjennom året har den anstrengte økonomien medført at sykehusledelsen har inndratt flere sentrale fullmakter som tidligere har vært delegert til klinikk, avdelings- og seksjonsnivå. Dette vanskeliggjør den daglige driften på det nivå hvor pasienthåndteringen foregår. Dette vil på sikt kunne gi utilsiktede konsekvenser i form av økte utgifter ved at produktiviteten svekkes, fagmiljøer svekkes og rekruttering av ønskede medarbeidere blir vanskeligere. Dette er effekter vi må kunne påregne å se tydeligere i det forestående året.

Til tross for skjerpede fullmakter og utsettelse av investeringer går de fleste klinikkene i sykehuset med underskudd. Legeforeningen kan ikke se at det vil være mulig å bringe budsjettbalanse i de ulike klinikkene uten en samtidig betydelig reduksjon i pasientbehandlingen, også for rettighetspasienter. Avdelingene har gjennom flere tiår utviklet samhandlingsmønstre med landets øvrige helseforetak, og sykehuset har tatt ansvaret for mange tilstander der det i dag ikke eksisterer alternative behandlingsmuligheter i regionen eller i landet. Legeforeningen kan ikke se at det fra et overordnet helsepolitisk perspektiv er hensiktsmessig eller forsvarlig å redusere behandlingsskapasiteten i sykehuset uten at tilsvarende tilbud er styrket eller bygget opp i landets øvrige helseforetak. En slik utvikling krever planlegging og kompetanseoppbygging som må gå over flere år i landets øvrige sykehus. Legeforeningen vil bemerke at volumet innen mange av sykdomstilstandene dette omfatter er så lavt at en sentralisering av virksomheten vil være hensiktsmessig, og samhandlingsmønstrene som har blitt utviklet gjennom de siste årene gjenspeiler dette.

**Budsjettet tar ikke høyde for at legemiddelindustriens bidrag til utdanning og kurs opphører. HSØ har gitt tydelig uttrykk for at dette er sykehusets ansvar. Sammen med økt krav om produktivitet og tydelige føringer om nedbemanning frykter vi at dette vil gå ut over forskningsaktiviteten.**

**For Legeforeningen:**

**Aasmund Bredeli**

**FTV OF**

**Kristian Fosså**

**FTV YLF**

#### 4. Fellesorganisasjonen (FO)



Oslo universitetssykehus HF

##### **FO har følgende innspill:**

- FO er bekymret for at risikoanalysen av fremlagt budsjett ikke favner konsekvenser av hvordan klinikkvise forutsetninger og tiltak virker i samspill med hverandre. Dette utgjør i seg selv en faktor for ukjent risiko
- FO er bekymret for at klinikkens økonomisk rammer er så stramme at det ikke har vært mulig å finne tiltak for et saldert budsjett så langt. Sannsynligheten for at det vil utkrystallisere seg nye tydelige rom for tiltak er liten.
- Sykehuset er fortsatt i en omstilling og dette vil også dette budsjettåret ha innvirkning på driftssituasjonen og risiko knyttet til både pasientbehandling og arbeidsmiljø. FO er særskilt bekymret for situasjonen i klinikk for psykisk helse og avhengighet som står foran betydelige endringer i bemanning og drift i 2012. Risikoen for overtallighet er særlig stor da det ikke synes å være tilsvarende stillinger å søke i AHUS sitt system selv om ansvar for rusbehandling og økonomi overføres.

## 5. Fagforbundet



## Fagforbundet i Oslo universitetssykehus

Avd. 028 Ullevål universitetssykehus fagforening  
Avd. 065 Fagforbundet Riks- og Radiumhospitalet  
Avd. 651 Fagforbundet Aker universitetssykehus

### **Protokoll til drøftingsmøte 13. desember 2011, vedrørende budsjett 2012**

Fagforbundet vil utrykke sterk bekymring for det misforhold mellom tildelte rammer og de oppgaver som skal løses av sykehuset.

Fagforbundet er av den oppfatning at det ikke er mulig å løse oppdraget i tråd med oppdragsdokumentet innenfor den økonomiske rammen.

Fagforbundet vil særlig vise til, at vi ikke kan se igjen i budsjettforslaget at klinikker som server andre klinikker, i tilstrekkelig grad er avstemt mot hverandre.

Fagforbundet vil her særlig trekke frem OSS som eksempel, her er gjøres det en stor nedbemanning uten at vi i tilstrekkelig har vurdert konsekvensene av det svekkede tilbudet.

Fagforbundet har videre en forventning til at før man går til en nedbemanning av faste ansatte så må overtid og ekstravaktinnleie være minimalisert.

Bjørn Wølstad-Knudsen

Foretakstillitsvalgt

Fagforbundet



## 6. Norsk sykepleierforbund

### BUDSJETT 2012

NSF ser alvorlig på den økonomiske situasjonen OUS befinner seg i og registrerer at klinikkene ikke har klart å saldere sine budsjetter for 2012. Kun tiltak for 2/3 av totale innsparingskrav foreligger og selv dette beskrives av de fleste klinikker å ha uheldige konsekvenser for pasienter og ansatte. Et saldert budsjett er slik vi ser det urealistisk og vi henviser til tidligere innspill knyttet til manglende finansiering av omstillingsprosessen. For øvrig viser vi til felles innspill fra organisasjonene knyttet til risikovurderingen gjort på overordnet nivå.

#### **Ang. prosess.**

Når det gjelder budsjettprosessen har involveringen av tillitsvalgte vært bedre enn tidligere år, men vi ser at det fortsatt er langt frem til prinsippet om god involvering og medvirkninger er ivarettatt. Utfordringene er i hovedsak knyttet til korte frister, samt involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. Slik NSF ser det er dette beklagelig da det i stor grad er på nivåene nærmest pasienten de gode og fremtidsrettede innsparingstiltakene finnes..

#### **Ang. foreslåtte tiltak:**

NSF savner en gjennomgående tydeliggjøring av prioriteringer av aktivitet samt effektiviseringsmuligheter kartlagt gjennom arbeid med pasientforløp i budsjett 2012.

NSF har under hele fusjonsprosessen hevdet at all nedbemanning i sykehuset må skje ved aktivitetsnedgang, synergieffekter av sammenslåinger/effektiviseringer, og ikke gjennom økt arbeidsmengde på de ansatte. Vi ser allikevel at mange av de foreslåtte nedbemanningstiltak bryter med dette og fører til økt arbeidspress på den enkelte ansatte.

Vi vil igjen påpeke gapet som tidligere er kartlagt mellom oppgaver og ressurser (God vakt), samt det store antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene som er registrert i OUS i 2011. Et økt arbeidspress på den enkelte ansatte samt stor bruk av ulovlig overtid vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, økning av feil og svikt i pasientbehandlingen og derav en redusert pasientsikkerhet ved sykehuset.

NSF er bekymret for at det rapporteres fra klinikkene om at fagutviklingsstillinger i sykepleie, ressurser til faglig oppdatering og utvikling, gjennomgående reduseres i budsjett 2012. Dette oppleves allerede i dag å være på et minimum og en trussel for kvaliteten. Slik vi ser det er også dette i strid med HSØ tydeliggjøring i sitt vedtak i budsjett 2012. Her bes helseforetaket om å ivareta sitt ansvar for at blant annet sykepleiere skal gis muligheter for nødvendig videre- og etterutdanning. Helseforetakene bes også om å tydeliggjøre en avsetning til kompetanseutvikling i henhold til kompetanseplaner i budsjettet, noe vi ikke kan se at er gjort verken på klinikknivå eller sentralt i OUS.

NSF vil også påpeke uheldigheten av at sengeposter enkelte steder planlegges slått sammen til storposter. I tillegg til at en generalisering av sykepleiekompetansen vil kunne føre til redusert kvalitet, vil også dette føre til større lederspenning i disse avdelingene. Mange sykepleieledere har i dag ansvar for så mange ansatte at det i liten grad muliggjør god ledelse. Dette problemet vil øke ved innføring av storposter, og er ikke noe NSF kan støtte. Det er på dette nivået nærmest pasienten god kvalitet og økonomi skapes, samt at god ledelse helt ned i organisasjonen er en forutsetning for å lykkes med god informasjon og involvering i omstillingsprosessen.

NSF registrerer at mange av forslagene til klinikkene bygger på forutsetninger som er høyst usikre. Av dette kan nevnes flytting thoraxkirurgi til RH., tidlig utflytting Aker samt økning i radiologitjenester. Det er derfor stor risiko knyttet til at flere av tiltakene ikke vil ha effekt.

NSF savner for øvrig en helhetlig tenkning rundt budsjettet. Den overslagseffekt tiltak gjort i en klinikk (for eksempel KDI eller OSS) har på andre klinikker er ikke kostnadsberegnet.

Mvh

Merete Norheim Morken, Foretakstillitsvalgt NSF

## Vedlegg V til Sak 143 Budsjett 2012

Vedtak fra Arbeidsmiljøutvalget 09.12.2011 om budsjett 2012:

***AMU ser med sterk bekymring på sykehusets samlede vurdering av arbeidsmiljøkonsekvenser av budsjett 2012. Spesielt utfordrende blir arbeidsbelastning, arbeidstid, tilrettelegging av arbeidet og teknisk standard på deler av bygningsmassen. For at kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø skal oppfylles, kreves det at det jobbes aktivt med arbeidsmiljøet på alle nivåer i organisasjonen.***

***AMU ber klinikk-AMUene følge arbeidsmiljøutviklingen i 2012 nøye og rapportere videre til AMU dersom det er sannsynlig at forsvarlighetskravet ikke kan oppfylles. AMU vil i tillegg følge nøye arbeidet med å oppfylle påleggene fra Arbeidstilsynet. AMU ber AU komme med forslag til hvordan klinikk-AMUene skal involveres.***

## Vedlegg V til Sak 143 Budsjett 2012

Vedtak fra Arbeidsmiljøutvalget 09.12.2011 om budsjett 2012:

*AMU ser med sterk bekymring på sykehusets samlede vurdering av arbeidsmiljøkonsekvenser av budsjett 2012. Spesielt utfordrende blir arbeidsbelastning, arbeidstid, tilrettelegging av arbeidet og teknisk standard på deler av bygningsmassen. For at kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø skal oppfylles, kreves det at det jobbes aktivt med arbeidsmiljøet på alle nivåer i organisasjonen.*

*AMU ber klinikk-AMUene følge arbeidsmiljøutviklingen i 2012 nøye og rapportere videre til AMU dersom det er sannsynlig at forsvarlighetskravet ikke kan oppfylles. AMU vil i tillegg følge nøye arbeidet med å oppfylle påleggene fra Arbeidstilsynet. AMU ber AU komme med forslag til hvordan klinikk-AMUene skal involveres.*

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Direktør OSS, Direktør fag og pasientsikkerhet,  
Prosjektdirektører

Vedlegg: Ingen  
Presentasjon holdes i styremøte

---

**SAK 144/2011 ORIENTERINGSSAK  
HELHETLIG PLAN FOR SAMLOKALISERINGER,  
AREALUTVIKLINGSPLAN OG VEDLIKEHOLDSPLAN**

**FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret tar redegjørelsen om helhetlig plan for samlokaliseringer, arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan til orientering.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Det har gjennom høsten vært arbeidet systematisk med fire planer som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer
2. Arealutviklingsplan 2025
3. Vedlikeholdsplan
4. Plan for arealbruk knyttet til Helsearena Aker (omtales i sak 145/2011)

De to første planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse. I arealutviklingsplan legges det til rette for nybygg og ombygninger som ytterligere virkemiddel for samlokalisering. Disse to planene er harmonisert og følger på hverandre. I tilknytning til dette, er det arbeidet med en totaloversikt over de investeringsbehov som knytter seg til samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus HF, både på kort (fase I – helhetlig plan for samlokaliseringer) og lang sikt (fase II og III – arealutviklingsplan).

Sykehusets vedlikeholdsplan prioriteres slik at den understøtter de to øvrige planene og dermed sikrer at det ikke foretas unødvendige investeringer i bygg som skal saneres eller ombygges som en del av det fremtidige sykehuset. Sykehusets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett, men må sees som en del av investeringer knyttet til samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidet med utvikling av en plan for arealbruk på Aker sykehus skjer i regi av Prosjekt Helsearena Aker og omtales nærmere i egen styresak (145/2011).

## 2. Tidligere vedtak i styret

Helhetlig plan for samlokaliseringer inklusive omstillingsprosjekter Dag 4 har tidligere vært omtalt i styresakene 106/2011 (punkt 4) og 135/2011 (punkt 3).

Arealutviklingsplanen 2025 har tidligere vært behandlet i styre med følgende vedtak:

*Sak 07/2010, punkt 4;*

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

Vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus HF inklusive Arbeidstilsynets vedtak om pålegg har tidligere vært omtalt i styresakene 120/2011 (punkt 6) og 135/2011 (punkt 5).



### **3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Styret har ønsket status for arbeidet med samlokalisering, status for arealutviklingsplan og foretakets arbeid med vedlikeholdsplan på bakgrunn av blant annet Arbeidstilsynets pålegg. Formålet med denne styresaken er å gi styret en oppdatert status på det arbeidet som har foregått på dette området.

Redegjørelsen i styresaken viser at det gjennom høsten har vært arbeidet godt med planer for samlokaliseringstiltak i Oslo universitetssykehus HF, og at planene for den videre utviklingen av sykehuset nå tar form. I arbeidet som er utført er det sørget for kvalitetssikring av både pågående og planlagte prosjekter med tanke på faglige avhengigheter og behov for støttefunksjoner. Videre viser oversikten at det er foretatt harmonisering av planer for samlokalisering på både kort og lang sikt.

Oslo universitetssykehus HF har et stort vedlikeholdsetterslep, i tillegg til at foretaket er eier av et stort antall kvm fredede bygg. Det er administrerende direktørs vurdering at foretaket har lagt til rette for en god prosess for å oppnå en vedlikeholdsplan og en helhetlig plan for samlokaliseringer og arealutviklingsplan. Dette er viktig for å sikre at foretaket ikke foretar unødvendige investeringer i bygg som skal saneres eller ombygges. Oppgaven må fortsatt sikres tid og gjennomtenkning når en skal forme et varig, framtidig og tidsmessig sykehus. I planarbeidet inngår også risikovurderinger for å sikre en forsvarlig pasientbehandling og et godt arbeidsmiljø. Det er viktig å påpeke at gjennomføringen av planene i en framtid vil kreve tett koordinering og detaljert planlegging og at det vil være et svært krevende løp å håndtere mange prosjekter samtidig i forhold til sykehusets totale kapasitet.

Oslo universitetssykehus HF har hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om planene som foreligger, spesielt med fokus på investeringsbehovet for 2013 for å sikre at fremdriften i utviklingsplanen ikke forsinkes grunnet manglende finansiering. Det arbeides nå med en siste kvalitetssikring av investeringsbehov for 2013.

Foretaket har arbeidet med sikte på at styret på første styremøte i 2012 vil få seg forelagt helhetlig plan for samlokaliseringer, arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan til beslutning. Dette er nødvendig blant annet på bakgrunn av Arbeidstilsynets pålegg og varsel om tvangsmulkt.

## **4. Faktabeskrivelse**

### **4.1 Helhetlig plan for samlokaliseringer – fase I**

Helhetlig plan for samlokaliseringer fase I omhandler hovedsakelig prosjekter som skal bidra til samlokaliseringer av virksomhet innen dagens bygningsmasse, det vil si i et kortsiktig tidsperspektiv. Unntaket her er det nye akuttmottaket som er en del av denne porteføljen. Opprinnelig omfattet samlokaliseringer de såkalte ”grønne og gule Dag 4-arealprosjektene” som enten skulle sikre overføring av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker sykehus til Ullevål sykehus eller samle regionsfunksjoner til henholdsvis Rikshospitalet eller Radiumhospitalet. Disse prosjektene er det bevilget investeringsmidler til på til sammen 1.5 mrd NOK.

I ettertid har det vært behov for en kvalitetssikring av både de pågående og planlagte prosjektene, samt å legge disse inn i en helhetlig plan. Det har i denne sammenheng vist seg at det er behov for å revurdere enkelte av prosjektene (spesielt de gule som ikke allerede er under gjennomføring) og se dem opp mot nye prosjekter som hittil ikke har vært en del av porteføljen. Nye prosjekter omhandler eksempelvis tiltak innen psykisk helse og avhengighet, som tidligere ikke har vært en del av Dag 4-arealprosjektene.

Også følgeprosjekter som utledes av de allerede planlagte prosjektene som eksempelvis behov for økte radiologitjenester eller andre diagnostiske behov er med i den totale planen som vil sikre at faglige avhengigheter og kapasitet innen støttefunksjoner er tilpasset endret virksomhet.

I tillegg til nye prosjekter og følgeprosjekter så vil det være behov for å sikre midler til prosjektering av de neste fasene knyttet til samlokaliseringer, dvs til prosjektering av fase II av arealutviklingsplanen. Dette vil sikre at man får igangsatt såkalte konseptfaser for hhv somatikk og psykisk helse, samt prosjektering av nye bygg inkludert erstatningsbygg.

I det videre arbeidet med helhetlig plan vil utarbeidelse av en innholdsstrategi stå sentralt, slik at en hensiktsmessig funksjonsfordeling som ivaretar faglige avhengigheter og driftsmessige forhold sikres. Arbeidet skal blant annet bidra til en plassering av lands- og regionssykehusfunksjoner innen sykehusets sentrale arealer. Fagområdene dette omhandler er blant annet thoraxkirurgi, nevrokirurgi, ortopedi, hjerneslag og karkirurgi med flere. En helhetlig planlegging av disse fagområdene skal gjøres med bred involvering av sentrale fagmiljøer og tillitsvalgte. Det er også viktig å understreke at et slikt helhetlig planlegging ikke skal være til hinder for mer kortsiktige driftstilpasninger, som sikrer mulighet til å utnytte ledig kapasitet ved en lokalisasjon.

Det vises for øvrig til sak 143/2011 (budsjettsaken) der det omtales hvilke samlokaliseringstiltak som nå vil gå til forprosjektfasen for detaljplanlegging. Disse omfatter i hovedsak prosjekter som skal sikre at akuttvirksomhet ved Aker sykehus kan tas ned, en første pulje av samlokaliseringsprosjekter for psykisk helse og avhengighet samt noen følgeprosjekter knyttet til diagnostikk og intervensjon. Flere prosjekter vil følge på etter hvert som den helhetlige planen legges.

I arbeidet med helhetlig plan for samlokaliseringer pågår det også en tett koordinering med prosjekt Helsearena Aker, slik at planer for utflytting av aktivitet fra Aker sykehus henger sammen med planer for innflytting av aktivitet på Aker sykehus. Det vises i denne sammenheng til sak 145/2011 som omhandler prosjekt Helsearena Aker.

## 4.2 Arealutviklingsplan 2025- samlokaliseringer fase II og III

### *Prosess*

Arealutviklingsplanen har blitt til gjennom en prosess som startet i september 2010. Ettersom planen har vokst frem har den blitt gjennomgått og bearbeidet i faglige medvirkningsgrupper innen psykisk helse og avhengighet, somatikk, ikke medisinsk service (Oslo sykehuservice) og forskning, innovasjon og utdanning. Disse gruppene har hatt i alt 9 møter i perioden. De strategiske avklaringene har skjedd i ledergruppediskusjoner våren 2011, og har dannet premissene for ferdigstilling av arealutviklingsplanen. For øvrig har det vært gjentatte diskusjoner i dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud (som også har deltatt i medvirkningsgruppene), planen har ligget på intranett siden april og har vært presentert og diskutert i diverse møter i klinikkene, allmøter, brukerutvalg og for verneombud. Styret ble orientert om metodikk og foreløpige konklusjoner i september i år, og får med denne saken en ny orientering.

Eksternt har arealutviklingsplanen blitt diskutert med Oslo kommune, Riksantikvar, Byantikvar, Plan- og Bygningsetaten, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF. Fra oktober har Helse Sør-Øst RHF deltatt i koordineringsmøter hver 14. dag for å bidra til felles forståelse og prosess.

### *Utvikling av Campus Oslo*

Med Campus Oslo forstås området mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus på den ene side og Ullevål sykehus på den andre side - og med Universitetet i Oslo og Forskningsparken i sentrum. En samlet utvikling av dette området fanger opp internasjonale trender innen medisin og utdanning og svarer ut oppdraget med å lage et sykehus som både rommer det sjeldne for Norge og har plass for det alminnelige for Oslos befolkning.

Det er samme internasjonale trend innen forskning og fagutvikling - kalt konvergens - der både fag og forskning utvikles i møtet mellom ulike fagområder og profesjoner. Per i dag utnytter vi ikke fullt ut de muligheter som ligger i nærheten mellom sykehus og Universitet. Denne muligheten visualiseres lettest i bygg og direkte naboskap, men skal mens ny bygningsmasse planlegges utvikles som organisatorisk samarbeid - med forskning, innovasjon og utdanning som sentrale bærebjelker.

### *Klinisk aktivitet på en, to eller tre hovedlokalisasjoner*

Ut fra hensynet til så vel pasient som faglig utvikling, logistikk og driftsøkonomi, har Oslo universitetssykehus HF et ønske om å samle driften på færrest mulig geografiske lokalisasjoner. Med et utgangspunkt på omlag en million kvadratmeter spredt på 70 adresser og 186 bygninger er dette en omfattende oppgave som må realiseres gradvis.

Oslo universitetssykehus HF har et særlig ansvar for å sørge for at de 250.000 kvm som er vernet blir tatt godt vare på, dog på en måte som er forenlig med moderne sykehusdrift. Denne utfordringen er unik for Oslo universitetssykehus HF.

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus HF har primært bedt om å få beskrevet tre langsiktige alternativer, der alternativ 1 er samling på en lokalisasjon (ut fra tilgjengelig tomteareal betyr det i praksis på Ullevål sykehus), alternativ 2 med drift på to hovedlokalisasjoner (Rikshospitalet/Gaustad og Ullevål sykehus, realiseres ved at Radiumhospitalet og Statens senter for Epilepsi flytter) og alternativ 3 med drift på de tre hovedlokalisasjonene Rikshospitalet/Gaustad, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet.

I alle scenarioer forutsettes Aker sykehus utviklet til en samhandlingsarena med Oslo kommune. Det legges opp at det her drives virksomhet både i regi av Oslo universitetssykehus HF, andre Oslo-sykehus og Oslo kommune. Det forventes at det samlede framtidige tilbudet på Aker sykehus vil bidra til å redusere kapasitetsbehovet en ellers ville hatt andre steder i Oslo universitetssykehus HF. Det vises for øvrig til sak 145/2011 som omhandler Prosjekt Helsearena Aker.

Det er fysisk mulig å samle hele Oslo universitetssykehus HF på Ullevål sykehus dersom man bygger høyt og fullt ut benytter tomten. Det vil bety at når prosjektet er gjennomført, er det ikke lenger utvidelsesmuligheter i dette området, samtidig som prisen vil bli omlag dobbelt så høy som alternativ 3. En gradvis samling er likevel ønskelig og mulig over tid. Selv om man starter med tre lokalisasjoner, er dette ikke til hinder for at man senere kan endre dette til et ett-lokalisasjonsalternativ om det skulle vise seg gjennomførbart.

Det er imidlertid også klare fordeler med å opprettholde Campus Oslo – ideen med to hovedlokalisasjoner. Det gir en modell som er mer fleksibel og i stand til å endre seg ettersom samfunnets behov endres over tid, den har beredskapsmessige fordeler og så lenge kompetansen er mobil innenfor Campus åpner modellen for å rendyrke funksjoner i ulike deler av sykehuset.

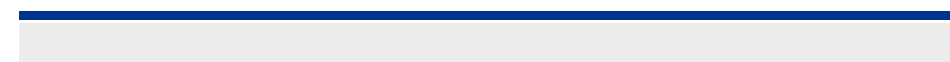
I alternativ 3 vil Radiumhospitalet fortsette som et frittstående kreftsykehus. I internasjonal sammenheng er imidlertid sykehusets pasientgrunnlag lite for å opprettholde en slik organisasjonsform, og ser man på utviklingen innen kreftbehandling vil den fra 2025 kreve nærmere tilknytning til Universitet (inkludert andre fagområder som for eksempel informatikk, kjemi og farmasi) og til den spesialiserte infrastrukturen for pasientbehandling som finnes i resten av Campus.

Dermed vil den ideelle videreutviklingen av Radiumhospitalet i et lengre tidsperspektiv være i direkte tilknytning til Rikshospitalet - men et slikt grep vil kreve omfattende omregulering og en lang prosess. Dette lar seg kombinere med bruk av dagens nye bygningsmasse på Radiumhospitalet i minst en 15-års periode, forutsatt at klinisk areal rustes opp.

#### *Samlokalisering i Oslo – en langvarig rydde- og utviklingsprosess*

Arealutviklingsplanen legger opp til et utviklingsløp som går over minst 15 år. I løpet av denne perioden vil benyttet areal reduseres fra i overkant av 900. 000 kvm til om lag 700. 000 kvm, og man vil ha utviklet tidsmessige sykehusarealer for fremtidig fagutvikling og drift. Samtidig vil man ha håndtert utfordringen med å eie 250.000 kvm vernede bygg og det store vedlikeholdsetterlepet som bygningsmassen per i dag bærer preg av.

En oversikt over utviklingsfasene i planen ser slik ut:



#### *Veien videre*

Arealutviklingsplanen sluttbehandles i løpet av januar i ledergruppen og vil definere den arealmessige rammen som sykehusets virksomhet skal utvikles innenfor. Dette arbeidet vil fortsette i klinikkene og møtes i sykehuset samlede fagstrategi. Endelig behandling av arealutviklingsplanen vil bli berammet til første styremøte neste år.

### **4.3 Status vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus HF**

Arbeidet med vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus HF pågår for fullt og er koordinert med helhetlig plan for samlokaliseringer og arealutviklingsplan. Planen skal omfatte all bygningsmasse som Oslo universitetssykehus HF har aktivitet i. Til orientering ble det den 17.11.11 avholdt statusmøte mellom Arbeidstilsynet og Oslo universitetssykehus HF. Foretaket presenterte da utkast til helhetlig plan for samlokaliseringer og arealutviklingsplan, som i tillegg til vedlikeholdsbehovet også ivaretar omstillingsprosjekter og behov for samlokaliseringer. Arbeidstilsynet vurderte denne positivt og uttrykte forståelse for at den totale planen må ta hensyn til flere forhold, planer og behov enn de rent arbeidsmiljørelaterte. Det ble også bemerket at planene ikke var ferdigstilt og ikke vedtatt, og at foretaket således ikke har kommet i gang med de tiltak som rent materielt vil være å svare til påleggene fra Arbeidstilsynet. Ny frist for gjennomføring av pålegget er satt til 1. mars 2012, og Arbeidstilsynet vil ilegge tvangsmulkt dersom de ikke har mottatt skriftlig melding om at pålegget er oppfylt innen ny fastsatt frist. Denne er satt til 1 000 000,- NOK per virkedag.

I arbeidet med vedlikeholdsplanen er det foretatt en kartlegging av nødvendige bygningsmessige tiltak og det arbeides nå med å prioritere samt planlegge tiltak for gjennomføring. For å sikre at prioriteringer også hensyntar de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøforhold, er det gjennomført en begrenset spørreundersøkelse. Denne omfatter

ansattrepresentanter, verneombud og tillitsvalgte, hvor alle er bedt om å gi sine synspunkter på opplevd arbeidsmiljø relatert til bygninger og deres tilstand.

I bygninger som er planlagt sanert, men hvor det skal være drift frem til nybygg er på plass, er gjennomført befaringer hvor Arbeidsmiljøavdelingen, verneombud og brukere har vært med. Hensikten med befaringen var å danne et grunnlag for utarbeidelse av et forslag til "minimumsløsninger" slik at tiltak samsvarer med det brukere og hovedvernombud anser er tilstrekkelige utbedringer frem til riving. Det ble i forkant av befaringene avholdt oppstartsmøte med forvaltere og drift- og vedlikeholdspersonell som innehar førstehåndskunnskap om byggene samt at det var sikret koordinering mot samlokaliseringstiltak som er planlagt i de samme byggene. Samlokaliseringstiltakene planlegges slik at krav om bufferareal ivaretas mens "minimumsoppgraderingene" gjennomføres. Det er planlagt dialog med Arbeidstilsynet i etterkant av befaringene, slik at en sikrer at valgte løsninger er akseptable.

Utkast til vedlikeholdsplan vil foreligge i uke 51, og foretaket legger opp til dialog med Arbeidstilsynet før endelig rapport vil være klar til behandling i Arbeidsmiljøutvalget og deretter fremlagt for styret i neste møte.

#### 4.4. Forventet investeringspådrag

Oslo universitetssykehus HF har hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om de samlokaliseringsplaner som foreligger for fase I og II, spesielt med tanke på forventet investeringspådrag for 2013. Følgende tabell ble presentert:

| Finansiering (mill. kroner)               | 2010-2011  | 2012        | 2013         | 2014          | Total |
|---|------------|-------------|--------------|---------------|-------|
| Eiendomssalg                              | 190        |             |              |               | 190   |
| Tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF            | 100        | 100         |              |               | 200   |
| Lån                                       |            | 300         | 450          |               | 750   |
| Finansiering som ikke er bevilget         |            | 100         | 260          |               | 360   |
| <b>Akkumulert finansiering</b>            | <b>290</b> | <b>790</b>  | <b>1 500</b> | <b>1 500</b>  |       |
| <b>Akkumulert Totalt fase 1</b>           | <b>219</b> | <b>777</b>  | <b>1 341</b> | <b>1 494</b>  |       |
| <b>Differanse fase 1</b>                  | <b>71</b>  | <b>13</b>   | <b>159</b>   | <b>6</b>      |       |
| <b>Akkumulert Totalt fase 1 og fase 2</b> | <b>219</b> | <b>924</b>  | <b>2 326</b> | <b>4 484</b>  |       |
| <b>Differanse fase 1 og fase 2</b>        | <b>71</b>  | <b>-134</b> | <b>-826</b>  | <b>-2 984</b> |       |

Det bemerkes at Helsearena Aker/Samhandlingsarena Aker ikke er inkludert i denne tabellen. Helse Sør-Øst RHF ble også forelagt forventet investeringspådrag knyttet til realisering av dette prosjektet, hvilket beløper seg til kr 113 mill NOK for 2012 og 109 mill NOK for 2013. Behov knyttet Helsearena Aker/Samhandlingsarena Aker i tidsrommet etter 2013 er under utarbeidelse. Det vises for øvrig til sak 145/2011 som omhandler prosjekt Helsearena Aker.

Det pågår nå en kvalitetssikring av investeringsbehovet, spesielt knyttet til fase II, slik at foretaket kan fremme en formell innmelding av forventet investeringsbehov til Helse Sør-Øst RHF før den 15. desember 2011. Dette for å sikre fremdrift i planene med utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

13.12.2011

Tillegg til sak 144/2011

Fra Oslo universitetssykehus HF

Til Helse Sør-Øst RHF

## **Investeringsbehov 2013 knyttet til samlokalisering i Oslo universitetssykehus**

Det vises til arbeidet med strategisk arealutviklingsplan, møte med gjennomgang mandag 5. desember og senere bilateral kontakt. Etter avtale oversendes med dette en oppdatert vurdering av investeringsbehovet knyttet til samlokaliseringer inklusive arealutviklingstiltak med hovedvekt på 2013.

Strategisk arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus er i ferd med å ferdigstilles, og er planlagt behandlet i ledergruppen i januar og i styret for Oslo universitetssykehus i februar. Det er en overordnet plan for hvordan samlokalisering i Oslo universitetssykehus skal operasjonaliseres og kombineres med utvikling av gode pasienttilbud, håndtering av eksisterende bygningsmasse og utvikling av et fremtidig godt driftskonsept. Planen representerer fase 2 og fase 3 av samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus og bygger videre på de samlokaliseringstiltak som nå pågår i fase 1.

Fase 2 samlokaliseringer strekker seg i hovedsak fra 2014-2018, men planleggings- og prosjekteringskostnader påløper allerede fra 2012 (se under). Aktivitetene er detaljert i "Arealutviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2025", men overordnet skal følgende skje i perioden:

### Radiumhospitalet

- ombygning og oppgradering av kliniske og diagnostiske arealer for å understøtte samlokalisering og god drift

### Rikshospitalet

- påbygg av inntil 14.000 kvm til samling av regions- og landsfunksjoner

### Ullevål

- nytt klinikkbygg for innflytting av resterende døgnaktivitet fra Aker og erstatning av medisinsk og kirurgisk bygning
- oppgradering av eksisterende bygningsmasse

### Psykisk helse og avhengighet

- etablering av skjermede plasser (tilpasset regional prosess)
- samling av barne- og ungdomspsykiatri, regional avdeling for spiseforstyrrelser og voksenpsykiatri på Ullevål
- samling av avhengighetsbehandling (unntatt langtidsbehandling)

### Helse- og samhandlingsarena Aker

- samling av sykehusets rehabiliteringsaktivitet
- utvikling av samhandlingsarena med Oslo Kommune

Det er viktig for den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus at arealutviklingsplanens fase 2 videreføres i idé- og konseptfaser så snart som mulig. I tillegg kommer pålegg fra Arbeidstilsyn og Branntilsyn knyttet til eksisterende bygningsmasse, der en rask gjennomføring av arealutviklingsplanen vil svare ut mange av de utfordringene Oslo universitetssykehus står overfor.

Slik arealutviklingsplanen nå fremstår vil investeringsbehovet for fase 2 inntre alt fra 2012. Dette knytter seg i hovedsak til videre planlegging og prosjektering. I 2013 vil tre typer investeringer gjøre seg gjeldende: 1) bygningsmessige oppgraderinger for å sikre god drift og for å svare ut tilsyn; 2) midler for videre planlegging og prosjektering; 3) midler knyttet til erstatningsbygg inkludert infrastruktur. Det sistnevnte punktet er viktig for å opprettholde fremdrift knyttet til nytt klinikkbygg på Ullevål. Planlagt og optimal byggestart for dette er i 2013. Idé- og konseptfaser i arealutviklingsplanen er gruppert for å gi best mulig faglig sammenheng, muliggjøre fokus på de mest sentrale områdene, redusere samlet gjennomføringsrisiko og gi mulighet for finansiering (både i Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus sitt perspektiv).

I tabell 5 og 6 fremkommer det samlede investeringsbehov knyttet til strategisk arealutviklingsplanen (fase 2 og 3 av samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus).

I det mer kortsiktige perspektiv pågår det per i dag en rekke prosjekter som understøtter samlokalisering i Oslo universitetssykehus innenfor dagens bygningsmasse. Unntaket er nytt akuttbygg på Ullevål som er det enkeltstående største prosjektet som pågår. De vedtatte pågående prosjektene som alt er i gang, er oppsummert i tabell 3 over "grønne prosjekter". I tillegg er det nå vedtatt flere nye samlokaliseringer som vil gå over i forprosjektfase. Disse knytter seg hovedsakelig til utflytting av akutt- og døgnvirksomhet på Aker, slik at akuttberedskapen kan tas ned på denne lokalisasjonen, og til tiltak for samlokalisering innen psykisk helse og avhengighet. Oversikt over prosjektene finnes oppsummert i tabell 4 over planlagte "gule prosjekter".

Totalt sett utgjør disse tiltakene (grønne og gule prosjekter) fase 1 av samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus.

Tabell 1 synliggjør det samlede investeringsbehov knyttet til samlokaliseringer inklusive arealtiltak for Oslo universitetssykehus i årene 2012 til 2014, med utgangspunkt i de samlokaliseringsplaner og arealutviklingsplaner som er omtalt ovenfor sammenholdt med tilgjengelig finansiering. Investeringer i Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker er holdt utenfor i tabellen nedenfor fordi disse investeringene ikke kun omfatter behov knyttet til Oslo universitetssykehus HF.

Tabell 1

| Investeringsutgifter (mill. kroner) | 2010-2011 | 2012 | 2013 | 2014  | Total  |
|-------------------------------------|-----------|------|------|-------|--------|
| Sum grønn liste                     | 219       | 286  | 212  | 38    | 755    |
| Sum gul liste                       | 0         | 273  | 352  | 115   | 739    |
| Sum fase 1                          | 219       | 558  | 564  | 153   | 1 494  |
| Sum fase 2                          | 0         | 128  | 844  | 1 571 | 10 314 |

| Finansiering (mill. kroner)       | 2010-2011 | 2012 | 2013  | 2014  | Total |
|-----------------------------------|-----------|------|-------|-------|-------|
| Eiendomssalg                      | 190       | 0    | 0     | 0     | 190   |
| Tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF    | 100       | 100  | 0     | 0     | 200   |
| Lån                               | 0         | 300  | 450   | 0     | 750   |
| Finansiering som ikke er bevilget | 0         | 100  | 260   | 0     | 360   |
| Akkumulert finansiering           | 290       | 790  | 1 500 | 1 500 |       |
| Akkumulert fase 1                 | 219       | 777  | 1 341 | 1 494 |       |
| Differanse fase 1                 | 71        | 13   | 159   | 6     |       |

|                             |     |      |       |        |  |
|-----------------------------|-----|------|-------|--------|--|
| Akkumulert fase 1 og fase 2 | 219 | 905  | 2 312 | 4 036  |  |
| Differanse fase 1 og fase 2 | 71  | -115 | -812  | -2 536 |  |

Eksklusive Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker

Tabellen viser en akkumulert manglende dekning av investeringsbehovet for 2013 på 812 mill kroner (kr 115 mill knytter seg til 2012). Dette er da forutsatt at de 1500 mill kr som er omtalt i Statsbudsjettet for 2012 gjøres tilgjengelige innen utgangen av 2013 i sin helhet, som vist i tabellen.

Tabellen inkluderer som nevnt ovenfor ikke investeringer knyttet til Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker. I tabell 2 fremkommer investeringsbehovet for 2012 og 2013 knyttet til dette prosjektet. Dette er en viktig del av realiseringen av samhandlingsreformen. Samarbeidsform og ikke minst eierstruktur for eiendomsmassen på Aker er ikke avklart, noe som er avgjørende for fordeling av investeringskostnader.

Tabell 2

| Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker | 2010-2011 | 2012       | 2013       | Total      |
|--|-----------|------------|------------|------------|
| Bygg 5, 3. etg                         |           | 50         | 0          | 50         |
| Bygg 10, 1. etg                        |           | 10         | 0          | 10         |
| Bygg 4, 3. etg                         |           | 5          | 0          | 5          |
| Bygg 6, 1. etg                         |           | 30         | 0          | 30         |
| Bygg 99 m.m.                           |           | 5          | 0          | 5          |
| Bygg 6, 3. etg.                        |           | 5          | 0          | 5          |
| Bygg 6, 5.-7. etg.                     |           | 2          | 0          | 2          |
| Bygg 5, 2. etg                         |           | 0          | 40         | 40         |
| Div. kjernebygg                        |           | 0          | 15         | 15         |
| Div. kjernebygg                        |           | 0          | 10         | 10         |
| Div. kjernebygg                        |           | 0          | 5          | 5          |
| Div. kjernebygg                        |           | 3          | 7          | 10         |
|  |           | 3          | 7          | 10         |
|  |           | 0          | 15         | 15         |
|  |           | 0          | 10         | 10         |
| <b>Sum helsearena Aker</b>             | <b>0</b>  | <b>113</b> | <b>109</b> | <b>222</b> |



Det fremstår i dag som det ikke er avklart hvem som skal finansiere videre utvikling av Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker, og Oslo universitetssykehus har derfor valgt å tydeliggjøre dette investeringsbehovet for seg.

Dersom man ser tabell 1 og 2 samlet, er akkumulert manglende dekning av investeringsbehov for 2013 på 812 mill knyttet til samlokaliseringer fase 1 og fase 2 og 222 mill kroner knyttet til Samhandlingsarena Aker/Helsearena Aker. Samlet utgjør dette et ikke-finansiert investeringsbehov på totalt 1034 mill (228 mill og 921 mill kr for henholdsvis 2012 og 2013).

Det vises for øvrig til styresak 145/2011 hvor det blant annet foreslås følgende vedtak:

”Styret ber administrerende direktør gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet på Aker sykehus. I denne sammenheng bør det også vurderes alternative modeller for eierskap for områder som skal benyttes av andre enn Oslo universitetssykehus HF”.

## Vedlegg:

Tabell 3

| Delprosjekter | Dag 4 - arealprosjekter (omstillingsprosjekter)                        | 2010-2011  | 2012       | 2013       | 2014      | 2015     | Total      |
|---------------|--|------------|------------|------------|-----------|----------|------------|
| DP00          | Prosjektledelse og fellestilltak                                       | 16         | 7          | 2          | 0         | 0        | 24         |
| DP03          | M/R RH   | 18         | 25         | 0          | 0         | 0        | 43         |
| DP04          | CT RH  | 22         | 0          | 0          | 0         | 0        | 22         |
| DP05          | Nytt akuttbygg Ullevål   | 30         | 140        | 170        | 38        | 0        | 378        |
| DP07          | Postop og intensiv RH  | 10         | 9          | 0          | 0         | 0        | 19         |
| DP08          | CT DNR   | 0          | 10         | 0          | 0         | 0        | 10         |
| DP09          | Flytting kontorbrakker Ullevål   | 2          | 0          | 0          | 0         | 0        | 2          |
| DP12          | Generell gynekologi  | 2          | 0          | 0          | 0         | 0        | 2          |
| DP15          | Diagnostikk og intervensjon  | 6          | 25         | 19         | 0         | 0        | 50         |
| DP16          | Vaskulær nevrokirurgi  | 1          | 0          | 0          | 0         | 0        | 1          |
| DP18          | Kardiologi og onkologi barn  | 5          | 2          | 0          | 0         | 0        | 7          |
| DP19          | Flytting administrasjon  | 0          | 0          | 0          | 0         | 0        | 0          |
| DP21          | Hematologi   | 9          | 7          | 0          | 0         | 0        | 16         |
| DP24          | Gynekologisk onkologi  | 5          | 29         | 0          | 0         | 0        | 34         |
| DP29          | Plastikk og kjevekirurgi   | 13         | 0          | 0          | 0         | 0        | 13         |
| DP31          | UPS RH   | 0          | 11         | 0          | 0         | 0        | 11         |
| DP 32         | Adgangskontroll RH   | 0          | 3          | 0          | 0         | 0        | 3          |
| DP33          | Infrastruktur RH   | 0          | 5          | 0          | 0         | 0        | 5          |
| OP 1          | 8. etasje Radiumhospitalet   | 17         | 0          | 0          | 0         | 0        | 17         |
| OP 2          | Automatisering lab KDI   | 17         | 0          | 0          | 0         | 0        | 17         |
| OP 3          | IKT basisplattform   | 14         | 0          | 0          | 0         | 0        | 14         |
| OP 4          | Kjøkken  | 10         | 0          | 0          | 0         | 0        | 10         |
| OP 5          | Annet  | 7          | 0          | 0          | 0         | 0        | 7          |
|               | Planleggingsutgifter div delprosjekter (DP 01, 02, 06, 13, 20, 23, 30) | 16         | 5          | 0          | 0         | 0        | 21         |
|               | Reserve, uspesifisert provisorier                                      | 0          | 10         | 21         | 0         | 0        | 31         |
|               | Risiko knyttet til infrastruktur (følgeutgifter)                       | 0          | 0          | 0          | 0         | 0        | 0          |
|               | <b>Sum grønn liste</b>   | <b>219</b> | <b>286</b> | <b>212</b> | <b>38</b> | <b>0</b> | <b>755</b> |

Tabell 4

| Nye samlokaliseringprosjekter (inkl gul liste)  | 2010-2011  | 2012       | 2013       | 2014       | 2015     | Total        |
|---|------------|------------|------------|------------|----------|--------------|
| <b>Psykisk helse og avhengighet</b>   |            |            |            |            |          |              |
| Samlokalisering BUP (barn og ungdom dag/døgn) til Sognavnsvn                              | 0          | 10         | 0          | 0          | 0        | 10           |
| Samlokalisering avhengighetsbeh Ullevål   | 0          | 20         | 0          | 0          | 0        | 20           |
| Flytte Alderspsykiatri til Ullevål fra Grønland   | 0          | 0          | 0          | 0          | 0        | 0            |
| Fase 1, Søndre Oslo DPS, leiebygg, utstyr   | 0          | 0          | 0          | 0          | 0        | 0            |
| <b>Indremedisin</b>   |            |            |            |            |          |              |
| Flytting indremedisinsk virksomhet fra Aker til Ullevål inkl optimalisering               | 0          | 28         | 10         | 0          | 0        | 38           |
| Økt stuekapasitet for pacemaker og ICD-innleggelse Ullevål                                | 0          | 7          | 0          | 0          | 0        | 7            |
| <b>Neurologi og ortopedi</b>  |            |            |            |            |          |              |
| Neurologi – intern flytting inn i lokaler etter gynekologisk onkologi (Ullevål)           | 0          | 1          | 0          | 0          | 0        | 1            |
| Ortopedi – intern flytting inn i lokaler etter neurologi for samling (Ullevål)            | 0          | 12         | 0          | 0          | 0        | 12           |
| <b>Gastrokirurgi og urologi</b>   |            |            |            |            |          |              |
| Flytting Gastrokirurgi virksomhet fra Aker til Ullevål                                    | 0          | 10         | 0          | 0          | 0        | 10           |
| Flytting Urologisk virksomhet fra Aker til Ullevål  | 0          | 2          | 45         | 0          | 0        | 47           |
| <b>Fostermedisin og reproduksjon</b>  |            |            |            |            |          |              |
| Fostermedisin og reproduksjon sames RH  | 0          | 2          | 8          | 0          | 0        | 10           |
| <b>Mamma- og endokrinkirurgi</b>  |            |            |            |            |          |              |
| Etablering brystsenter Radiumhospitalet   | 0          | 2          | 50         | 0          | 0        | 52           |
| <b>Mottak, operasjon, postoperativ- og intensivkapasitet</b>                              |            |            |            |            |          |              |
| Operasjon og postoperativ kapasitet Radiumhospitalet                                      | 0          | 0          | 25         | 0          | 0        | 25           |
| Dagkirurgi Radiumhospitalet   | 0          | 13         | 13         | 0          | 0        | 25           |
| Operasjon RH  | 0          | 26         | 26         | 0          | 0        | 52           |
| Akuttmottak RH - økning i kapasitet   | 0          | 5          | 10         | 0          | 0        | 15           |
| <b>Diagnostikk og intervensjon</b>  |            |            |            |            |          |              |
| MR Radiumhospitalet   | 0          | 25         | 0          | 0          | 0        | 25           |
| Økt gjennomslingskapasitet for endoskopisk virksomhet på Ullevål.                         | 0          | 10         | 0          | 0          | 0        | 10           |
| Oppgradering av radiologi knyttet til overflytting av ortopedi fra Aker                   | 0          | 2          | 0          | 0          | 0        | 2            |
| <b>Øvrig omstilling</b>   |            |            |            |            |          |              |
| Somatikk inkl diagnostikk (kvr, thoraxkir, nevrokir, ortopedi, slag, smertebel, endo etc) | 0          | 25         | 50         | 70         | 0        | 145          |
| Øvrige samlokaliseringer psykisk helse og avhengighet                                     | 0          | 0          | 5          | 5          | 0        | 10           |
| Hybridstue  | 0          | 35         | 35         | 0          | 0        | 70           |
| <b>Annet inkl prosjektering</b>   |            |            |            |            |          |              |
| Kontorer RH   | 0          | 14         | 20         | 0          | 0        | 34           |
| Kontorer Ullevål  | 0          | 10         | 10         | 0          | 0        | 20           |
| Prosjektledelse   | 0          | 10         | 10         | 0          | 0        | 25           |
| IKT - RIS/PACS-konsolidering Aker - Ullevål   | 0          | 3          | 0          | 0          | 0        | 3            |
| Margin/reserve  | 0          | 0          | 35         | 35         | 0        | 70           |
| <b>Sum gul liste</b>  | <b>0</b>   | <b>273</b> | <b>352</b> | <b>115</b> | <b>0</b> | <b>739</b>   |
| <b>Sum fase 1</b>   | <b>219</b> | <b>558</b> | <b>564</b> | <b>153</b> | <b>0</b> | <b>1 494</b> |

Tabell 5

| Fase 2  | 2010-2011 | 2012       | 2013       | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         |
|---|-----------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Nybygg</b>   |           |            |            |              |              |              |              |
| Fase 2, Gaustad, forsterkede plasser (1000 kvm i eksist bygg)                                 | 0         | 3          | 13         | 25           | 199          | 199          | 197          |
| Fase 2, US, rus og avgiftning   | 2         | 2          | 5          | 14           | 82           | 82           | 82           |
| Fase 2, US, VOP, BUP (unntatt polikl.), TSB   | 0         | 4          | 12         | 31           | 181          | 181          | 181          |
| Fase 2, US, kontortårn Lab. blokk   | 0         | 2          | 22         | 35           | 0            | 0            | 0            |
| Fase 2, erstatningsbygg for bygg 13, 15 og 18 (19000 kvm inkl vaskeri) samt UIO funksjoner (2 | 0         | 19         | 233        | 378          | 0            | 0            | 0            |
| Fase 2, Nytt SHKR (sentralt hovedkommunikasjonsrom/serverrom)                                 | 0         | 40         | 250        | 100          | 40           | 15           | 0            |
| Fase 2, Evt. erst bygg kjøkken og vaskeri   | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Fase 2, RH, barnehabilitering   | 0         | 0          | 3          | 35           | 57           | 0            | 0            |
| Fase 2, US, nytt klinikkbygg  | 0         | 16         | 49         | 130          | 764          | 764          | 764          |
| Fase 2, RH, samling regionfunksjoner  | 0         | 3          | 10         | 34           | 314          | 314          | 0            |
| Utomhus   | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Parkering   | 0         | 1          | 2          | 4            | 24           | 24           | 24           |
| <b>Ombygging</b>  |           |            |            |              |              |              |              |
| Psykisk helse og avhengighet, Gaustad (fase 2)  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 86           |
| US, Bygg 4, Sentralblokk (fase 2)   | 0         | 0          | 20         | 0            | 0            | 0            | 0            |
| US, Bygg 20 (teknisk del)   | 0         | 0          | 4          | 57           | 0            | 0            | 0            |
| US, Bygg 31 (teknisk del)   | 0         | 0          | 4          | 57           | 0            | 0            | 0            |
| US, Bygg 32 og 35 (fase 2)  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg A+B, Radiumhospitalet (fase 2)   | 0         | 4          | 30         | 203          | 203          | 203          | 203          |
| <b>Oppgradering</b>   |           |            |            |              |              |              |              |
| Radiumhospitalet, C og F (fase 2)   | 0         | 3          | 18         | 125          | 125          | 125          | 125          |
| Rikshospitalet (fase 2)   | 0         | 0          | 0          | 6            | 40           | 0            | 0            |
| 08, US, Kvinnesenteret (fase 2)   | 0         | 6          | 70         | 114          | 0            | 0            | 0            |
| 25, US, Laboratoriebygg (fase 2)  | 0         | 0          | 0          | 14           | 172          | 279          | 0            |
| 19, US, Forebyggende bygn (fase 2)  | 0         | 3          | 33         | 54           | 0            | 0            | 0            |
| 02, US, Søsterhjemmet (fase 2)  | 0         | 19         | 20         | 20           | 20           | 20           | 20           |
| Kjøkken - oppgradering/evt andel nytt   | 0         | 4          | 45         | 73           | 0            | 0            | 0            |
| Vardåsen (fase 2)   | 0         | 0          | 0          | 10           | 10           | 0            | 0            |
| SSE (fase 2)  | 0         | 0          | 0          | 4            | 46           | 75           | 0            |
| <b>Riving</b>   |           |            |            |              |              |              |              |
| Bygg 13, US, IT   | 0         | 0          | 0          | 3            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 14, US, Teknisk, fyrhus  | 0         | 0          | 0          | 9            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 15, US, Lasesentr/lager  | 0         | 0          | 0          | 9            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 18, US, Tekstil, ktr   | 0         | 0          | 0          | 18           | 0            | 0            | 0            |
| Bygg D, DnR   | 0         | 0          | 0          | 0            | 5            | 0            | 0            |
| Bygg E, DnR   | 0         | 0          | 0          | 0            | 5            | 0            | 0            |
| Bygg G, DnR   | 0         | 0          | 0          | 0            | 5            | 0            | 0            |
| Bygg H, DnR   | 0         | 0          | 0          | 0            | 11           | 0            | 0            |
| Bygg 3, US, Medisinsk bygn  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 7, US, Kirurgisk bygn  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 30, Barnehabilitering  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 21, US, BUP-bygg   | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 8            | 0            |
| Barnehage, US   | 0         | 0          | 0          | 3            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 46, US, Akuttinstitusj   | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 63, US, Dokumentesenter  | 0         | 0          | 2          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Bygg 12, US, Sentralkjøkken   | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Risiko knyttet til infrastruktur (følgeutgifter)  | 0         | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            |
| <b>Sum fase 2</b>   | <b>0</b>  | <b>128</b> | <b>844</b> | <b>1 571</b> | <b>2 304</b> | <b>2 288</b> | <b>1 680</b> |

Tabell 6

| Fase 3  | 2016      | 2017      | 2018       | 2019         | 2020       | 2021       | 2022       |
|---|-----------|-----------|------------|--------------|------------|------------|------------|
| <b>Nybygg</b>   | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>     | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>0</b>   |
| Fase 3, Gaustad, avhengighet                            | 12        | 25        | 195        | 195          | 195        | 0          | 0          |
| Fase 3, US, alderspsykiatri                             | 0         | 0         | 0          | 0            | 4          | 9          | 88         |
| Fase 3, RH, øvsn. F                                     | 0         | 2         | 6          | 56           | 56         | 0          | 0          |
| Fase 3, US, erstatningsbygg 20, 31, 36, 37, (36000 kvm) | 7         | 21        | 56         | 441          | 442        | 441        | 0          |
| Fase 3, Forskningsbygg, US                              | 1         | 3         | 8          | 63           | 63         | 63         | 0          |
| Fase 3, park US, Bygg 7 tomt                            | 0         | 0         | 0          | 6            | 0          | 0          | 0          |
| <b>Ombygging</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>     | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>0</b>   |
| Psykisk helse og avhengighet, Gaustad (fase 3)          | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 87         | 0          |
| US, Bygg 4, Sentralblokk (fase 3)                       | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 5          | 54         |
| US, Bygg 20, Hud - psyk (fase 3)                        | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 0          | 0          |
| US, Bygg 31, Dagkir (psyk) (fase 3)                     | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 0          | 0          |
| <b>Oppgradering</b>                                     | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>     | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>0</b>   |
| 06, US, Midtblokk (fase 3)                              | 13        | 33        | 307        | 307          | 0          | 0          | 0          |
| Rikshospitalet, oppgraderinger                          | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 0          | 200        |
| 01, US, Administrasjonsbygg (fase 3)                    | 0         | 2         | 21         | 34           | 0          | 0          | 0          |
| <b>Riving</b>   | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>     | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>0</b>   |
| Bygg 37, US, Geriatrisk bygn                            | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 34         | 0          |
| Bygg 36, US, ØNHØve bygg                                | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 29         | 0          |
| Risiko knyttet til infrastruktur (følgeutgifter)        | 0         | 0         | 0          | 0            | 0          | 0          | 0          |
| <b>Sum fase 3</b>                                       | <b>34</b> | <b>86</b> | <b>593</b> | <b>1 100</b> | <b>759</b> | <b>667</b> | <b>342</b> |

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Klinikkleder Medisinsk klinikk,  
Viseadministrerende direktør samhandling og  
internasjonalt arbeid

Vedlegg:

---

**SAK 145/2011**

**BESLUTNINGSSAK  
PROSJEKT HELSEARENA AKER**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret tar til orientering redegjørelsen om utvikling av virksomheten ved Aker sykehus. Styret ber om å bli oppdatert jevnlig.*

*Styret forutsetter videre at administrerende direktør utarbeider en samlet arealplan for Aker sykehus som fremlegges for styret, herunder disponering og eventuell eiendomsutvikling av de delene av Aker sykehus tomt som ikke skal brukes til helseformål.*

*Styret ber administrerende direktør gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet på Aker sykehus. I denne sammenheng bør det også vurderes alternative modeller for eierskap for områder som skal benyttes av andre enn Oslo universitetssykehus HF.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

## **SAMMENDRAG**

I denne styresaken omtales sentrale premisser for Oslo universitetssykehus HF arbeid med utvikling av Aker sykehus. Det redegjøres for hovedtrekk i arbeidet i tiden etter at denne saken ble behandlet som i styret (juni 2011). Spesielt framheves det som er gjort for å tydeliggjøre profil og særtrekk ved framtidens virksomhet på Aker sykehus (kalt "nye" Aker), og prosessene med utflytting av sykehusvirksomhet som for framtida ikke skal drives på Aker sykehus. Det gis en oversikt over arbeidet med å avklare på hvilken måte lokaler og bygninger på Aker sykehus bør disponeres og evt utvikles. I den forbindelse vil det oppstå et investeringsbehov, og arbeidet med det beskrives. Avslutningsvis skisseres hovedpunkter i utviklingsarbeidet på Aker sykehus det neste halve året.

## **ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERINGER**

Administrerende direktør tar utgangspunkt i at et av punktene i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF, er utvikling av Aker sykehus til en samhandlingsarena. Det er etablert et eget prosjekt på sykehuset; Helsearena Aker, som samarbeider med det kommunalt ledede Prosjekt Samhandlingsarena Aker. Prosjektene er gitt en varighet ut 2012. Etter Administrerende direktørs vurdering er utviklingsarbeidet på Aker sykehus i samsvar med de krav og forventninger som er gitt av eier og styret i Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktør konstaterer at utviklingen av Aker sykehus vil kreve investeringsmidler. Oslo universitetssykehus HF har store egne investeringsbehov og begrenset tilgang på likviditet. Investeringsbehovet på Aker må derfor synliggjøres overfor Helse Sør-Øst RHF og det må letes etter gode løsninger for samhandling med andre også på dette området. Dette kan også omfatte vurdering av eierskap for deler av området.

## **FAKTAGRUNNLAG**

### **1. Bakgrunn og oppdrag**

Oslo universitetssykehus HF og kommunehelsetjenesten har et godt samarbeidsklima. Det er videre god dialog med de øvrige sykehusene som betjener Oslos befolkning. Samarbeidet bygger på intensjonene i Samhandlingsreformen.

Utviklingen av Aker sykehus skjer på grunnlag av vedtak fra eier, jfr foretaksprotokoll av 24. november 2010:

- 1. Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune med tilbud til for eksempel pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelser, psykiske problemer og rusmiddelavhengighet, samt eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets sluttfaser.*
- 2. Ved planlegging av hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som skal være ved Aker sykehus, skal det legges vekt på å understøtte Aker sykehus som samhandlingsarena.*
- 3. Rusakuten som ble åpnet i august i år og avgiftningsenheten som er under etablering, danner et godt grunnlag for videre utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige ved Aker sykehus.*
- 4. Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF forutsettes å videreføre et godt og forpliktende samarbeid med Oslo kommune for videre å planlegge og konkretisere de fremtidige tjenestene ved Aker sykehus. Forpliktende plan for fremtidige tjenester ved Aker sykehus skal utvikles i samarbeid med Oslo kommune, og status i arbeidet rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 20. januar 2011.*

Dette ble fulgt opp i foretaksmøtet, der det bla.ble understreket at *"Foretaksmøtet forventer at arbeidet intensiveres og at de framtidige tjenestene ved Aker sykehus konkretiseres"*.

Utviklingen av virksomheten på Aker sykehus har vært behandlet i to styresaker i Oslo universitetssykehus HF. Det har videre vært orientert om arbeidet med flyttinger, Prosjekt helsearena Aker og ideer til framtidige helsetilbud ved Aker sykehus, på hvert styremøte.

Sommeren 2011 opprettet administrerende direktør et internt prosjekt, Prosjekt Helsearena Aker, med oppgave å koordinere alle prosesser sykehuset er involvert i, i tilknytning til Aker – herunder Oslo universitetssykehus HF bidrag til utvikling av Aker sykehus som samhandlingsarena. Samtidig opprettet Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune et prosjekt, Prosjekt Samhandlingsarena Aker, for å lede arbeidet med å virkeliggjøre ideen om en samhandlingsarena. Oslo universitetssykehus HF fikk i oppgave å koordinere Oslo-sykehusenes bidrag i denne sammenheng.

## **2. Betydningen for Oslo universitetssykehus HF**

Oslo universitetssykehus HF utvikling og bruk av Aker sykehus skjer på bakgrunn av klare føringer fra eier, men Oslo universitetssykehus HF har også behov for å disponere arealer på Aker sykehus til egne formål. For Oslo universitetssykehus HF har arbeidet med etablering av "nye" Aker derfor en betydning både i forhold til Oslo universitetssykehus HF egne omstillingsprosesser og i forhold til Oslo universitetssykehus HF evne til å møte Samhandlingsreformen på en vellykket måte. Mulighetene ved bruk og utvikling av Aker sykehus kan oppsummeres slik:

- Styrke våre muligheter for å gjennomføre intensjonene ved Samhandlingsreformen (tilpassede pasientforløp, kompetanseoverføring og relasjonsbygging )
- Bidra til å redusere økt trykk på sykehusets akuttinntak
- Bidra til å få pasienten raskere ut til riktigere tilbud etter akutfase
- Sikre nødvendig samlet kapasitet ved Oslo universitetssykehus HF som helhet (senger, kontorareal, operasjonsstuer, radiologisk kapasitet med mer).

Utviklingen av "nye" Aker kan forventes å ha positive økonomiske virkninger for Oslo universitetssykehus HF ved at:

- Kapasitetsbehovene i resten av Oslo universitetssykehus HF ikke blir like store som ved en situasjon uten virksomheten på "nye" Aker sykehus. Dette kan redusere de samlede investeringsbehov og driftskostnader.
- Tilbud Oslo universitetssykehus HF flytter til Aker sykehus vil muliggjøre salg av andre bygg og oppsigelse av leiekontrakter.
- Samling av helseaktiviteter muliggjør en eiendomsutvikling av resten av tomten – noe som kan gi Oslo universitetssykehus HF inntekter.

## **3. Kort om hva som er gjennomført dette halvåret**

Både Prosjekt helsearena Aker og Prosjekt Samhandlingsarena Aker startet opp i august i år. Følgende er gjennomført:

- Prosjektorganisasjonene er etablert, herunder involvering av tillitsvalgte.
- Det er utarbeidet oversikt over eksisterende virksomhet, planer og prosesser som er i gang på Aker sykehus. Prosjekt Helsearena Aker har ansvaret for å koordinere

prosesser som gjelder Oslo universitetssykehus HF opp mot de vedtatte delprosjekt på Aker - etableringer fra Oslo kommune, Sunnaas helseforetak HF og andre.

- Prosjekt Helsearena Aker har bygd relasjoner til aktuelle fagmiljø, avdelinger, staber og klinikker internt i Oslo universitetssykehus HF inklusive Nasjonale kompetansesentra. Det samme gjelder eksterne instanser slik som Samarbeidsutvalget mellom Oslo kommune og Oslo-sykehusene (referansegruppe), bydeler, aktuelle kommunale etater og Høyskolen i Oslo og Akershus.
- I samarbeid med Oslo kommune og Prosjekt Samhandlingsarena Aker er virksomhetsidé og visjon for "nye" Aker konkretisert.
- Det har vært samarbeid om å få fram ideer og innspill til framtidig virksomhet gjennom en rekke bilaterale møter med aktuelle miljøer og ikke minst ved en stor idé-konferanse, kalt Åpent Forum.

#### **4. Virksomhetsidé for virksomheten ved "nye" Aker**

Arbeidet med å forme innholdet i den framtidige virksomhet på Aker sykehus har tatt utgangspunkt i foretaksprotokoll, styrevedtak og ønsker fra Oslo kommune. Det har videre vært viktig å få fram hvordan virksomheten på "nye" Aker kan få særtrekk som atskiller den fra de tjenester som leveres av tradisjonelle sykehus og fra helsetjenesten i bydelene.

- Flere helsetjenestenivåer leveres på samme sted
- Flere tjenester drives i fellesskap mellom ulike institusjoner og nivåer
- Behandlingstilbud er koordinert
- Tilbudene er bydelsovergrepene
- Tilbudene bygger på brukermedvirkning

Samhandlingsreformen har som mål å flytte større deler av pasientforløp fra helseforetak til kommunehelsetjenesten. Derfor har Prosjekt samhandlingsarena Aker forsøksvis formulert følgende som spissformulert utsagn for det som skal karakterisere all virksomhet ved Aker: *Sammen får vi til mer.*

#### **5. Hva slags sykehusfunksjoner kan ligge i "nye" Aker og samspillet med kommunal virksomhet**

Diskusjonen av ideer til sykehusfunksjoner som kan legges til Aker sykehus knytter an til de gevinster Oslo universitetssykehus HF vil kunne ha av videre bruk av Aker (pkt 2) og den virksomhetsideen som i fellesskap er satt opp gjennom Prosjekt Samhandlingsarena Aker (dvs også andre partners gevinster av å drive på en slik samhandlingsarena).

Fra sykehusets side arbeides det nå med disse områdene innenfor "nye" Aker:

- Rehabilitering
- Palliativ funksjon
- DPS- og BUP-funksjoner
- En rusfunksjon (med utgangspunkt i ruspoliklinikk)
- Lærings- og mestringsfunksjon
- En intermediærfunksjon rettet mot pasienter med lengre liggetid på ordinære sykehusposter
- Forebyggende tiltak i forhold til kronikergrupper
- Et senter for dagkirurgi

- Forsknings- og utviklingsarbeid innenfor samhandlingsområdet

Oslo kommune har besluttet å etablere en kommunal rehabiliteringsenhet og et geriatrisk ressurscenter samt å legge en allmennlegevakt til Aker. Styringsgruppen for Samhandlingsarena Aker har satt i gang arbeid med å utvikle et ressurscenter for migrasjonshelse i Oslo lagt til Aker sykehus. I tillegg har Sunnaas sykehus HF lagt fram konkrete planer om etablering av poliklinikk og dagtilbud på Aker sykehus. Også Akershus universitetssykehus HF ønsker et samarbeid bl.a. innen rehabiliteringsområdet. En kan dermed se konturene av områder med stort potensiale for samspill på ”nye” Aker.

## 6. Sykehusvirksomhet som skal flyttes ut

Aker sykehus har i tråd med vedtak og planer som ble lagt i 2010 mistet betydelig volum av lokalsykehuspasienter. I tillegg er hele fag og sykehusfunksjoner flyttet til Oslo universitetssykehus HF, Ullevål. Premissene for videre utflytting av sykehusfunksjoner fra Aker sykehus er at følgende funksjoner i framtida ikke skal fortsette på Aker sykehus:

- kirurgisk døgnvirksomhet
- annen akuttvirksomhet (indremedisin og rus)
- medisinsk støtte som ikke har noen rolle i forhold til ”nye” Aker
- annen ”rest”-virksomhet som ikke har slik rolle

Sentrale føringer for de kortsiktige prosessene som gjelder Aker sykehus er:

- flytte all øyeblikkelig hjelp raskest mulig ut av Aker sykehus, og
- flytting av all kirurgi som krever intensivmedisinsk støtte
- frigjøre plass for annen virksomhet fra Oslo universitetssykehus HF selv og andre aktører som kan inngå i den virksomheten som planlegges av Prosjekt Samhandlingsarena Aker.

I tillegg til de nevnte Oslo universitetssykehus HF funksjonene som er prioritert å flytte ut, reiser gjennomgangen av Oslo universitetssykehus HF bruk på Aker sykehus andre spørsmål som må finne sin løsning i denne prosessen:

- Lokalisering av poliklinikkvirksomhet
- Bruk av arealer til laboratoriefunksjoner
- Bruk av lokaler til studenter, utdanningsformål og forskere (når dette har å gjøre med virksomhet som ikke vil være på Aker sykehus i framtida)
- Utflytting av virksomhet fra ”nedre” Aker og opp til ”øvre” (gjelder spesielt Oslo universitetssykehus HF rehabiliteringsvirksomhet)

## 7. Hva kreves av bygg og areal for å realisere nye Aker?

Den delen av Aker sykehus som planlegges brukt til virksomhet innen ”nye” Aker (se figur nedenfor), har i dag en kvalitetssmessig ulik tilstand bygningsmessig. Vurdering av byggenes kvalitet og egnethet er dessuten avhengig av hva de skal brukes til. I det videre arbeidet med å etablere ”nye” Aker blir det en viktig oppgave å lage en oversikt over status på arealene og kople dette mot behov for framtidige funksjoner samt å sørge for en plassering av nye funksjoner/tilbud. Ny virksomhet plasseres i forhold til en samlet vurdering av:

- ulike lokalers egnethet til ulike formål slik de er nå
- ulike funksjoners og tilbuds avhengighet i forhold til hverandre



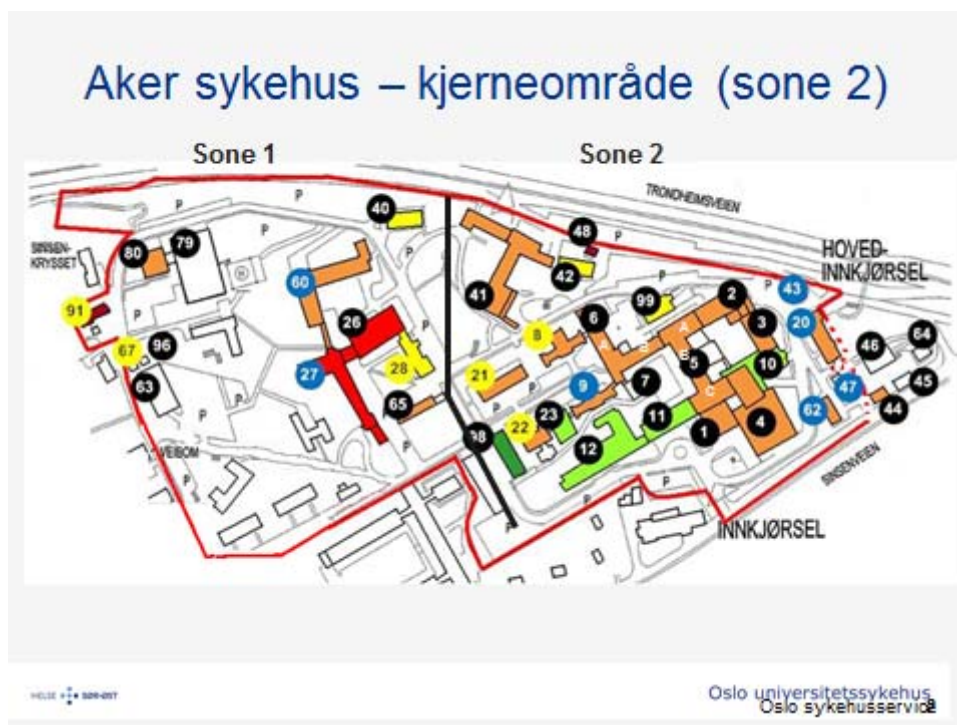
- ulike funksjoners og pasientgruppers evt særskilte krav og behov
- hensynet til å minimalisere samlede bygningsmessige tiltak (og dermed investeringsbehov)
- ivaretagelse av en forsvarlig prosess med hensyn til ut- og innflyttinger.

Disse hensynene må legges til grunn ved utvikling av en samlet plan for arealdisponering innen "nye" Aker. Denne planen er avhengig av tre prosesser:

- Avklaring av hvilke tilbud som skal være ved Aker på kort og lang sikt (driftet av Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune og andre).
- Oslo universitetssykehus HF samlede plan for lokalisering og flyttinger (som vil være styrende for den angitte utflytting av Aker)
- En generell beskrivelse av muligheter, begrensninger og forutsetninger knyttet til den disponible bygningsmassen.

Det legges til grunn at avklaringer i forhold til første fase av etableringer på Aker sykehus foreligger til 1. april 2012. Samlet plan for Oslo universitetssykehus HF skal legges fram for styret tidlig neste år. Dette tilsier at første utgave av en samlet arealplan for "nye" Aker kan foreligge i løpet av april 2012.

Ut fra arbeidet i Aker-prosjektene fram til nå, ser det ut til at det vil være behov for alle de arealene som er tilgjengelig innenfor "nye" Aker området av Aker sykehus tomt. Dette betyr i så fall at alle byggene må ha en tilfredsstillende standard. Det ligger til rette for at innflytting og etablering kan skje gradvis eller i etapper. Det gir rom for å planlegge og gjennomføre evt tilpasninger i lokalene fram mot etablering, innenfor rammen av en samlet plan.



## 8. Finansielle problemstillinger knyttet til utvikling av "nye" Aker

De premissene som er beskrevet i punkt 7 vil legge en del finansielle føringer for utvikling av Aker sykehus. Situasjonen for Oslo universitetssykehus HF er:

- Tilfredsstillende bygningsmessig tilrettelegging for enkelttiltak og helhet i "nye" Aker som samhandlingsarena vil, som skissert i forrige punkt, kreve en del bygningsmessige tiltak.
- Det er Oslo universitetssykehus HF som eier tomt og bygninger og dermed i utgangspunktet må stå for de investeringer som skal gjøres for å utvikle "nye" Aker, men alternative modeller vurderes.
- Oslo universitetssykehus HF har store egne investeringsbehov og begrenset tilgang på likviditet. Det må derfor letes etter løsninger som ikke belaster likviditeten til helseforetaket.

I forhold til oppdrag fra eier og de potensielle gevinster for pasienttilbud, samhandling og økonomi, må det raskt skaffes sikkerhet for at investeringsbehov bygd på premissene ovenfor blir ivaretatt. Det må forutsettes at dette integreres i Oslo universitetssykehus HF budsjettdialog med Helse Sør-Øst RHF.

I arbeidet med realisering av Samhandlingsreformen oppfordres det til å finne fram til nye samarbeidsformer også i forhold til finansiering av tjenester (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-15, s 33 og 36).

## 9. Hvordan arbeides det videre i 2012

Arbeidet i Prosjekt Helsearena og Prosjekt Samhandlingsarena Aker vil i første halvdel av 2012 ha disse hovedaktivitetene:

- Videre arbeid med avklaringer av hva som vil være aktuelle tilbud på Aker sykehus og innholdet i disse (ikke minst krav til organisasjon og areal).
- Utarbeide en samlet arealplan for utvikling av "nye" Aker.
- Gjennomgang og beskrivelse av hvordan en faglig og driftsmessige skal oppnå integrert samarbeid og synergier.
- Utarbeide avtaler som avklarer ansvarsforhold i forhold til pasienter og pårørende.
- Utarbeide avtaler som regulerer leieforhold og samarbeid om ressursbruk og tjenester.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Fagdirektør

Vedlegg: Rapport om håndteringen av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22.juli 2011

---

**SAK 146/2011**

**ORIENTERINGSSAK  
RAPPORT OM OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF  
HÅNDBLING AV TERRORHENDELSENE I OSLO  
OG PÅ UTØYA 22. JULI 2011**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret tar rapporten om Oslo universitetssykehus HF håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22.juli 2011 til orientering.*

Oslo, den 8.desember 2011

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Rapporten om Oslo universitetssykehus HF håndtering av beredskapssituasjonen i forbindelse med terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22.juli legges fram for styret til orientering. Rapporten har tre hovedhensikter:

- Beskrive hendelsesforløpet.
- Dokumentere hvordan helseforetaket håndterte oppgaven.
- Systematisere erfaringer og omsette disse i revisjon og komplettering av beredskapsplaner på alle nivå.

Vedlagte rapport er utformet med tanke på at den skal være helseforetakets offisielle rapport om håndtering av terrorhendelsene 22.juli. Rapporten har derfor hovedvekt på å beskrive hvordan helseforetaket håndterte oppgaven. Den oppsummerer i tillegg lærings- og oppfølgingspunkter som det skal jobbes videre med.

Rapporten konkluderer med at Oslo universitetssykehus HF løste oppgavene i forbindelse med terrorhandlingene 22.juli på en tilfredsstillende måte. Alle pasientene fikk god behandling. Pårørendehåndtering og psykososial støtte ble ivaretatt på en god måte også ut over helseforetakets ansvarsområde. Presse- og mediehåndteringen fungerte i hovedsak godt.

## 2. Tidligere vedtak i styret på saken

Styret fikk i møte 19.08.2011 (sak 92/2011) en orientering om helseforetakets krisehåndtering 22. juli. Det ble fattet følgende vedtak: "Styret retter en ærbødig takk til sykehusets ansatte for den innsats, engasjement og profesjonalitet som er lagt ned i å håndtere en ekstrem og kompleks situasjon. For øvrig tas saken til orientering."

## 3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør konkluderer med at Oslo universitetssykehus HF løste oppgavene i forbindelse med terrorhandlingene 22.juli på en tilfredsstillende måte. Alle pasientene fikk god behandling. Pårørendehåndtering og psykososial støtte ble også ivaretatt på en god måte ut over helseforetakets ansvarsområde. Presse- og mediehåndteringen fungerte i hovedsak godt. Gjennomgangen av hendelsen har påvist en rekke forbedringsområder foretaket skal jobbe videre med for å stå enda bedre rustet i fremtidige beredskapssituasjoner. Beredskapsrådet vil utarbeide en egen, mer detaljert, handlingsplan for det interne arbeidet med forbedringer og komplettering av beredskap.

Administrerende direktør anbefaler at rapporten sendes til Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har en egen gruppe som skal utarbeide en rapport om helsesektorens samlede håndtering av terroraksjonen. Helseforetakets rapport anses å bli et sentralt dokument for Helsedirektoratet.

## **4. Faktabeskrivelse**

### **4.1 Sammendrag av rapporten**

#### **Prehospital innsats**

Terrorangrepene den 22.juli 2011 utløste den største redningsoperasjonen i Norge i nyere tid. Selv i internasjonal målestokk utpeker angrepene seg. Terrorangrepene medførte en krevende, omfattende og kompleks redningsinnsats hvor kombinasjonen av bombeangrep og massakre med håndvåpen medførte et skadeomfang man ikke tidligere har opplevd i Norge siden 2. verdenskrig. Redningsinnsatsen ble, ut fra de rådende omstendigheter, håndtert tilfredsstillende med de ressurser man hadde tilgjengelig og innenfor den strukturen som eksisterer pr. i dag. Imidlertid belyses flere sentrale forhold i denne rapporten som må følges opp med tiltak gjennom anskaffelser, investeringer og kompetansetilførsel. En refleksjon er viktigheten av at dagens AMK-struktur utredes for å sikre tilstrekkelig robusthet, regionalt og nasjonalt. Beredskapsplanleggingen i Prehospitalt senter må sees i en større sammenheng. Det anbefales at man dimensjonerer utstyr, kompetansetilførsel og planverk ut fra et definert ytelseskrav som krever en overordnet angivelse.

#### **Alarmering, varsling, mobilisering og innkalling**

Akuttmottak på Ullevål mottok alarmering fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og varsling til traumeteam ble raskt iverksatt. Beslutning om gul beredskap måtte fattes på grunnlag av mangelfull informasjon og ble oppgradert til rød beredskap etter kort tid. Den ordinære varslingsrutinen med telefonvarsling til hver klinikk fungerte i hovedsak i henhold til plan og nådde frem til de fleste enheter. Ingen enheter hadde problemer med å få tak i nok personell selv om det tok noe tid før alle innkalte var på plass. Traumbemannning var på plass i akuttmottak i løpet av noen minutter. Det tok en halv time å øke behandlingsskapiteten, et par timer å mobilisere en stor mengde folk og flere timer før alle som initialt var innkalt faktisk var på jobb og klare.

Erfaringen viser at det er behov for en varsling som ved massetilstrømning sikrer mobilisering av tilstedeværende personell og klargjøring av behandlingsområder raskere enn man kan oppnå ved telefonvarsling.

#### **Beredskapsledelse**

Fungerende direktør ble tidlig varslet om eksplosjon i Oslo sentrum og iverksatte straks innhenting av informasjon og etablering av beredskapsledelse. Overordnet ledelse var aktiv fra første stund selv om det tok noe tid før beredskapsledelsen var komplett. Infrastrukturen, planverket og rutiner var noe mangelfull, men overordnet ledelse ble allikevel effektivt utøvd.

Formidling av informasjon om situasjonen, status, prognosere og beslutninger ut til hele helseforetaket fungerte ikke tilfredsstillende og må forbedres.

### **Gjennomføring**

Oslo universitetssykehus HF mottok til sammen 33 pasienter fra terroraksjonen 22.juli. Alle pasientene fikk god behandling og ingen fikk reduserte behandlingsforløp som følge av streng prioritering. Til tross for ferieavvikling var det nok personell tilgjengelig. Hendelsen ble godt håndtert av et samlet foretak hvor alle enheter samarbeidet og bidro til raske og gode løsninger. Behandlingskapasiteten til Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med terrorhandlingene 22.juli ble aldri utfordret.

Skadelegevakten behandlet hele 69 pasienter i løpet av 22.juli, de fleste fra regjeringskvartalet. De neste to dagene kom ytterligere noen, slik at det totale antallet pasienter som ble behandlet på skadelegevakten var 85.

Erfaringen fra 22.juli viser at det er behov for å revidere beredskapsplanen. Til tross for mangler fungerte beredskapen likevel godt på grunn av enkeltmenneskers handekraft, improvisering og en meget stor vilje til samarbeid på tvers av avdelinger, klinikker og lokalisasjoner.

### **Pårørendehåndtering**

Det psykososiale arbeidet med pasienter, pårørende og ansatte vurderes som godt. I en så krevende situasjon er det alltid svakheter og mangler, men hovedinntrykket er svært positivt. Til tross for at det var fellesferie var det nok personell, dels ved innkalling, dels ved at frivillige meldte seg. Mange avbrøt ferien for å delta i arbeidet. Psykososialt kriseteam gikk uvanlig omfattende inn i tidlig bearbeiding av traumer, og skjermet samtidig ansatte i somatisk del av helsetjenesten for stor pågang av pårørende. Pårørende til døde fikk individuell omsorg. Erfaringen fra 22.juli skal danne grunnlag for forbedringer av eksisterende planer for pårørende håndtering ved hendelser med massetilstrømming.

### **Ivaretagelse av egne medarbeidere**

Det ble tidlig satt fokus på ivaretagelse av ansatte som fikk mulighet for å bearbeide sine opplevelser. Mange enheter har gode rutiner for oppfølging og iverksatte tiltak allerede i akutfasen. Gruppesamtaler og individuelle oppfølging ble iverksatt de neste dagene. Det er etablert opplegg for dette arbeidet også for langsiktig oppfølging slik at ledere og den enkelte medarbeider får den støtte som er nødvendig og ønskelig.

### **Informasjonsflyt**

Den viktigste informasjonen kom via AMK og ble formidlet til akuttmottak som hadde god informasjon om hendelsene. Ledelsen ble holdt informert om situasjonen i regjeringskvartalet og på Utøya av leder for Prehospitall senter. Informasjon videre i foretaket ble formidlet via klinikkledere og intranettet. Denne informasjonen har ikke vært optimalt formidlet ut til enhetene i sykehusene slik at de kunne ha en god forståelse av situasjon, status, prognoser og behov. De fleste fulgte hendelsene i mediene.

### **Presse- og mediehåndtering**

Håndteringen av norske medier fungerte i hovedsak godt. Både ledelse og sentrale fagpersoner stilte til pressebriefinger og intervjuer. Vi var ikke forberedt på den store pågangen fra utenlandske medier og det tok noe tid før vi stilte til intervjuer. Kommunikasjonsstaben hadde for liten kapasitet til å ta i mot

mediehenvendelser og en del henvendelser ble ikke besvart.

### **Normalisering**

Nedtrapping til grønn beredskap skjedde over ca to døgn. Grønn beredskap ble opprettholdt til 5.august fordi en hadde behov for omdirigering av pasientstrømmer og at mange enheter var opptatt med mange, lange og ressurskrevende reoperasjoner av de mest skadde pasientene. Endringer av beredskapsnivå og normalisering ble formidlet i henhold til beredskapsplanen, men det var noen tekniske problemer med oppdatering av virksomhetsportalen.

### **Økonomi**

Beredskapssituasjonen fra 22.juli og utover høsten har medført betydelige merkostnader for foretaket. Det er ikke mulig å få en komplett og helt nøyaktig oversikt over disse kostnadene. Dette har til dels sammenheng med at man i akutfasen prioriterte behandling av pasienter, ivaretagelse av pårørende, ansatte og andre involverte. Dokumentasjon og administrative gjøremål kom i andre rekke og må til dels rekonstrueres. Det er ofte vanskelig å avgjøre hva som relaterer seg til ordinær drift og hva som er en konsekvens av beredskapssituasjonen. En stor del av kostnadene er lønn (overtid, ekstrahjelp, forskjøvet ferie m.m.). I forbindelse med beredskapen ble det ryddet sengekapasitet som har medført et netto inntektstap i denne perioden. De pasientene som har vært inneliggende lenge, har i liggetid fortrenget flere elektive pasientopphold. Oslo universitetssykehus HF anslår kostnadene til minst 33 millioner kroner.

## **4.2 Lærings- og oppfølgingspunkter - oppsummert**

### Prehospitalt senter

1. Iverksette en prosess for å sikre en robust AMK-struktur i Helse Sør-Øst RHF (eventuelt nasjonalt). Dette bør sees i sammenheng med IKT-prosjekter (dataprojekt) som sikrer tilstrekkelig beslutningsstøtteverktøy og pasientdokumentasjon for prehospitaltjenester.
2. Sikre adekvate IKT-løsninger (dataløsninger) for varsling, beslutningstøtte og pasientdokumentasjon.
3. Anskaffe tilstrekkelig mengde egnet beredskapsmateriell, verneutstyr, samband og spesialkjøretøyer/reserveambulanser.
4. Etablere døgnkontinuerlig legeberedskap i Oslo
5. Etablere sentral styring av luftambulanseressursene i Helse Sør-Øst RHF ved AMK Oslo og Akershus
6. Etablere et funksjonelt planverk knyttet til beredskaps- og katastrofesituasjoner (inkl. utstyr, infrastruktur og egnede lokaler for krisestab)

### Alarmering og varsling

- Varsling om beredskap via skjermbilde på alle PCer.
- Innføring av SMS innkallings- og varslingssystem.

- Utvide gruppesøk om beredskapsnivå slik at flest mulig av aktørene i akuttmottaket ved massetilstrømming mottar meldingen.
- Etablere system for tilbakemelding for mottak av varslings.
- Avklare roller og ansvar for ulike lokalisasjoner.
- Avdeling for traumatologi lager egne varslingslister for traumekompetent nøkkelpersonale for å sikre mobilisering av disse ved massetilstrømming av kirurgiske pasienter.
- Oppdatering av varslingslister og handlingskort for varslings. Varsel skal gå til bemannet enhet i klinikkene.
- Klinikker og avdelinger må holde varslingslister over ledere og ansatte oppdatert. Herunder ajourføring av lister ved ferier og fravær.

#### Mobilisering og innkalling

- Planverket bør tydeligere angi hvordan mobiliseringen skal styres og tilpasses ut fra hvilke enheter som skal motta pasienter fra skadested eller ved interne overføringer og slik at samarbeidende enheter har et harmonisert mobiliseringsnivå.
- Vurdere en struktur for bemanning ved grønn, gul og rød beredskap, samt oppgaver som må iverksettes ved de forskjellige nivåene. En veileder til hjelp for å tilpasse ressursbehovet til den faktiske situasjon blir vurdert.
- Klinikker og avdelinger må likevel selv vurdere behovet for egne ressurser i den enkelte situasjon og tilpasse mobilisering og ressursbruk. Informasjon om situasjonen er viktig faktor i dette.
- Beredskapsplanen for massehendelser bør fokusere på Ullevål. Rikshospitalet bør betraktes som sekundær behandlingsslinje evt. som en ressurs for å innkalle personell til å arbeide i traumeteam på Ullevål.
- Vurdere system for tilbakemelding til ledelse og akuttmottak når enheter er mobilisert.
- Gi føringer i planverket for demobilisering av overskuddspersonell og utskifting av personell spesielt dem som har vært tyngst involvert helt i startfasen.
- Dersom noen enheter planlegger overføring av personell mellom enheter eller lokalisasjoner for å støtte de mest belastede enhetene, må dette forberedes gjennom opplæring og befaring.

#### Beredskapsledelse

- Beredskapsrom med egnet presentasjonsutstyr, PC og telefonlinjer er etablert. Rommet blir komplettert med planer, telefonlister, statustavler og lignende.
- Planverk for beredskapsledelsen er under oppdatering.
- Etablere ressursgruppe/administrativ støtte til beredskapsledelsen i tilstøtende lokale som kan ivareta oppfølging av administrative tiltak som forpleining, loggføring, referatskriving og andre sekretærfunksjoner.
- Forbedre rutiner for ajourhold og tilgjengeliggjøring av oversikter over ledere og stedfortredere samt raskere innkalling av hele beredskapsledelsen. I slike situasjoner må alle klinikkleder kalles inn fra starten.
- Forbedre rutinene for formidling av situasjonsbildet, prognoser og beslutninger ut til hele foretaket. Dette inkluderer direkte formidling i linjeledelsen, bedre bruk av intranett, e-post, SMS meldinger.
- Raskere utpeking av talspersoner for mediehåndtering.



- Avklare liaisonordninger med samarbeidende etater, spesielt politiet. Herunder aktivt oppmøte fra AMKs representant til lokal redningsentral hos politiet uavhengig av om kollektiv redningsledelse blir innkalt.
- Delegeringen fra Helse Sør-Øst RHF må, i henhold til regional beredskapsplan, også omfatte samordning av rapportering fra de øvrige helseforetakene slik det er mulig for Oslo universitetssykehus HF å holde et godt situasjonsbilde.

#### Gjennomføring:

- Lokal koordinering og samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger må avklares og tydeliggjøres i beredskapsplanen og handlingskortene.
- Behov for mer utstyr til nødprosedyrer. Sikre at man får tak i leverandører for påfyll.
- Oppfylling av de ulike operasjonsstuen i mottak ved en eventuell massetilstrømning må også defineres og avklares bedre. Akuttmottaket går også igjennom hvilken type utstyr man trenger på beredskapstraller i kjelleren.
- Avklare hvilke ressurser som skal være tilstede i akuttmottak, og hvilke skal vente andre steder. De som bør være i beredskap kan være i lokale nær akuttmottaket eller tilkalles fra sine respektive avdelinger.
- Triage er i beredskapsplanen tenkt besatt av kirurg 832. Funksjonen foreslås erstattet med traumekirurgisk overlegekompetanse så tidlig som mulig (justert i nytt utkast).
- Det vil være en fordel at den som setter sammen team har inngående kjennskap til tilstedeværende traumekirurgisk kompetanse og kjennskap til huset. Funksjonen bør ideelt sett dekkes av teamlederkompetent forvakt.
- Unngå CT, få pasienter videre fra mottak.
- Tydeligere kommunikasjon mellom teamleder kirurg og radiologi i akuttmottaket med hensyn til logistikk og prioriteringer på de ulike maskinene.
- Det medisinske ansvar for pasienter som skal til, eller har vært på røntgenundersøkelser, må defineres bedre i den lokale beredskapsplanen for Rikshospitalet.
- Team på ”medisinske behandlingsrom”, bør bemannes med personell fra mottak som er kjent fysisk. Medisinske leger bør ta i mot pasienter et annet sted enn i mottak.
- Dokumentasjon ble noe mangelfull blant annet på grunn av at det manglet anestesijournaler på medisinske rom. Tiltak er iverksatt.
- Rutiner for blodprøver hvor skadde kun er identifisert med hjelpenummer må forbedres.
- Formalisering av kommunikasjonslinjer mellom behandlere og sengpost.
- Bedre konvertering av nødnumre til riktig identitet.
- Etablere plan for informasjon og mottak av store mengder blodgivere.
- Det må sikres at taxier og andre transportressurser som skal benyttes til evakuering av pasienter fra sykehuset får tilgang til området.

#### Pårørendehåndtering:

- Overordnet beredskapsplan for pårørendehåndtering må oppdateres. Herunder ansvarsfordeling og samarbeid på tvers av klinikker, avdelinger og enheter.

- Beredskapsplaner på nivå 2, for de enkelte enhetene i pårørendehåndteringen, må oppdateres. Herunder åpningstider, dokumentasjon, journalføring, registrering av pårørende, telefontjenester, språkkunnskaper hos ansatte, ID kort, skilting, P-plasser for pårørende, vakthold og sikring.
- Samarbeidet med politiet må gjennomgå i samarbeid med Oslo politidistrikt, inkludert rutiner for informasjonsutveksling og kontaktpunkter.
- Nytt planverk for pårørendehåndtering for omkomne må etableres. Dette er en støttefunksjon til Rettsmedisinsk institutt og politiet og må samordnes med dem.
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet har også Psykiatrisk legevakt som en del av sin virksomhet. Politiet vil ved behov be om assistanse fra Psykiatrisk legevakt via Oslo kommunale legevakt. Retningslinjer for denne mobiliseringen må nedfelles.
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet har to Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) som en del av sin virksomhet. Øvrige DPS i Oslo har andre sykehus som sin arbeidsgiver. Politiet vil ved behov be om assistanse fra byens DPS til å bistå den enkelte bydel. Det er viktig at retningslinjer for mobilisering, lister over tilgjengelig personell og plan for opplæring av ansatte blir utarbeidet.

#### Ivaretagelse av egne medarbeidere:

- Utarbeide overordnet plan eller prosedyre for oppfølging av ansatte som har vært utsatt for tøffe påkjenninger i sitt arbeid. Denne bør utformes slik at den også kan brukes i andre situasjoner enn ved beredskap og massetilstrømming av pasienter. Planen må beskrive generelle prinsipper og hvor avdelingene kan få faglig støtte i slike situasjoner, eks fra bedriftshelsetjeneste og klinikk for psykisk helse og avhengighet.
- Undervisning i håndtering av sterkt traumatiserte pasienter.

#### Informasjonsflyt:

- Bedre rutiner for formidling av informasjon fra beredskapsledelsen ut til klinikker og avdelinger.
- Bedre bruk av intranettet.
- Vurdere andre kommunikasjonskanaler som f.eks SMS meldinger og egne informasjonsskjermer.

#### Presse- og mediehåndtering

- Etablere en felles forståelse med foretaksledelsen om at det ved beredskap raskt utpekes en eller flere talspersoner og at de prioriterer denne oppgaven.
- Bedre kapasitet for å ta imot henvendelser fra mediene
- Revurdere pressesenterets lokalisering.
- Sikre at involvert fagmiljø er forberedt på å gi bakgrunnsinformasjon om hendelsen til bruk for intern og ekstern informasjon.

#### Normalisering:

- Kriterier for de ulike beredskapsnivå skal revurderes og eventuelt spesifiseres bedre.

- Tydeliggjøre ansvar for dimensjonering av personell og andre ressurser på avdelingsnivå. Kan trolig ivaretas ved en veileder til hjelp for å tilpasse ressursbehovet, jfr tiltak under mobilisering.

#### Andre momenter

#### **Fordeling av pasienter**

Ut fra likhetsprinsippet fordeler AMK pasientene som normalt, også ved hendelser som involverer flere pasienter. Unntak er rød beredskap. Dette må beskrives nærmere og nye retningslinjer for fordeling må innarbeides. Likhetsprinsipp skal også gjelde ved rød beredskap så lenge det finnes kapasitet.

#### **Alarmering, varsling og mobilisering**

En oppfylte aldri kriteriene for rød beredskap, kriterier må revurderes.

#### **Mobilisering**

Endringer av avdelingssammensetning på Aker gjør at sykehusets status ved beredskap endres. Beredskapsrådet og fagmiljøet på Aker har gitt anbefaling om ny status.

#### **Pasientfordeling ved hendelsen massetilstrømming**

Kritisk syke barn med hypotermi som vanligvis sendes til Rikshospitalet sendes dit også ved store ulykker, alle andre barn sendes til Ullevål. Dette bør spesifiseres til: ”kritisk syke barn med hypotermi og sirkulasjonsstans”.

#### **Lokale for teambygging**

I Akuttmottak ble venterommet brukt som lokale for etablering av teamene. Rommet var ikke optimalt og bør revurderes. Telefonlinjer og praktiske hjelpemidler for teambygging må være tilgjengelig. Kommunikasjon mellom teambygger og Akuttmottaket må forbedres.

#### **Støttefunksjoner**

Støtteavdelinger må få sine roller tilfredsstillende beskrevet slik at en unngår at enheter ikke er forberedt eller vil stille sine ressurser tilgjengelig i en beredskapssituasjon. Dette kan være funksjoner som vaskeri- og tekstilforsyning, mat- og kjøkkentjeneste, sterilsentral, rengjøring, IKT-tjenester, parkering, barnehage, adgangs-/ID kort.

Det kan også være aktuelt å identifisere eksterne aktører som bør tilkalles.

Samarbeidet med Sykehusapoteket må gjennomgås og synliggjøres bedre.

#### **Rettsmedisinsk institutt**

Det praktiske samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Rettsmedisinsk institutt (RMI) fungerte bra og må følges opp gjennom etablering av formelle samarbeidsavtaler mellom Folkehelseinstituttet som har ansvaret for RMI, politiet og Oslo universitetssykehus HF.



Foto: Andrea Gjestvang/VG

# Rapport om håndteringen av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22. juli 2011

Utarbeidet av Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

# Rapport om håndteringen av terrorhendelsene i Oslo og Utøya 22. juli 2011

|  |    |
|--|----|
| Hensikt                                    | 4  |
| Sammendrag                                 | 4  |
| Rapportens struktur                        | 6  |
| <br>                                       |    |
| DEL I – PREHOSPITALT ARBEID                | 8  |
| Sammendrag                                 | 8  |
| 1. Varsling og preoperativt forløp         | 9  |
| 1.1. Regjeringskvartalet                   | 9  |
| 1.1.1. AMK                                 | 9  |
| 1.1.2. Ambulanseavdelingen                 | 10 |
| 1.1.3. Luftambulanseavdelingen             | 10 |
| 1.1.4. Pasientreiser                       | 11 |
| 1.2. Utøya AUF-leir                        | 12 |
| 1.2.1. AMK                                 | 12 |
| 1.2.2. Ambulanseavdelingen                 | 13 |
| 2. Skadestedsarbeid                        | 13 |
| 2.1. Regjeringskvartalet                   | 13 |
| 2.1.1. Ambulanseavdelingen                 | 13 |
| 2.1.2. Luftambulanseavdelingen             | 14 |
| 2.1.3. Pasientreiser                       | 14 |
| 2.2. Utøya                                 | 15 |
| 2.2.1. Ambulanse                           | 15 |
| 2.2.2. Luftambulanseavdelingen             | 15 |
| 3. Mobilisering og innkalling av personell | 17 |
| 4. Beredskapsledelse                       | 18 |
| 5. Planverk                                | 19 |
| 6. Presse- og mediehåndtering              | 20 |
| 7. Ivaretagelse av egne medarbeidere       | 20 |
| 8. Tiltaks- og forbedringsområder          | 21 |
| 9. Konklusjon for prehospital innsats      | 21 |
| <br>                                       |    |
| Del II – HÅNDTERINGEN INN I SYKEHUSET      | 22 |
| 1. Alarmering                              | 22 |
| 2. Mobilisering og innkalling              | 23 |
| 3. Beredskapsledelse                       | 23 |
| 4. Gjennomføring                           | 26 |
| 5. Pårørendehåndtering                     | 31 |
| 6. Ivaretagelse av egne medarbeidere       | 36 |
| 7. Informasjonsflyt                        | 37 |
| 8. Presse- og mediehåndtering              | 38 |
| 9. Normalisering                           | 39 |
| 10. Økonomi                                | 40 |

|   |    |
|---|----|
| 11. Andre momenter                              | 41 |
| DEL III – SKADELEGEVAKTEN I STORGATEN           | 42 |
| Vedlegg. Samlet oversikt over hendelsesforløpet | 44 |

## 1. Hensikt

Rapporten har tre hovedhensikter:

- Beskrive hendelsesforløpet
- Dokumentere hvordan vi håndterte våre oppgaver.
- Systematisere erfaringer og omsette disse i revisjon og komplettering av beredskapsplaner på alle nivå.

## 2. Sammendrag

### Prehospital innsats

Terrorangrepene den 22. juli 2011 utløste den største redningsoperasjonen i Norge i nyere tid. Selv i internasjonal målestokk utpeker angrepene seg. Terrorangrepene medførte en krevende, omfattende og kompleks redningsinnsats hvor kombinasjonen av bombeangrep og massakre med håndvåpen medførte et skadeomfang man ikke tidligere har opplevd i Norge siden den 2. verdenskrig.

Redningsinnsatsen ble, ut fra de rådende omstendigheter, håndtert tilfredsstillende med de ressurser man hadde tilgjengelig og innenfor den strukturen som eksisterer pr. i dag.

Imidlertid belyses flere sentrale forhold i denne rapporten som må følges opp med tiltak gjennom anskaffelser, investeringer og kompetansetilførsel. Vi vil spesielt påpeke viktigheten av at dagens AMK-struktur utredes for å sikre tilstrekkelig robusthet, regionalt og nasjonalt. Beredskapsplanleggingen i Prehospitalt senter må sees i en større sammenheng. Det anbefales at man dimensjonerer utstyr, kompetansetilførsel og planverk ut fra et definert ytelseskrav som krever en overordnet angivelse.

### Alarmering, varsling, mobilisering og innkalling

Akuttmottak på Ullevål mottok alarmering fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og varsling til traumeteam ble raskt iverksatt. Beslutning om gul beredskap måtte fattes på grunnlag av mangelfull informasjon og ble oppgradert til rød beredskap etter kort tid. Den ordinære varslingsrutinen med telefonvarsling til hver klinikk fungerte i hovedsak i henhold til plan og nådde frem til de fleste enheter. Ingen enheter hadde problemer med å få tak i nok personell selv om det tok noe tid før alle innkalte var på plass. Traumbemannning var på plass i akuttmottak ila noen minutter. Det tok en halv time å øke behandlingsskapasiteten, et par timer å mobilisere en stor mengde folk og flere timer før alle som initialt var innkalt faktisk var på jobb og klare.

Erfaringen viser at det er behov for en varsling som ved massetilstrømming sikrer mobilisering av tilstedeværende personell og klargjøring av behandlingsområder raskere enn man kan oppnå ved telefonvarsling.

### Beredskapsledelse

Fungerende direktør ble tidlig varslet om eksplosjon i Oslo sentrum og iverksatte straks innhenting av informasjon og etablering av beredskapsledelse. Overordnet ledelse var således aktiv fra første stund selv om det tok noe tid før beredskapsledelsen var komplett.

Infrastrukturen, planverket og rutiner var noe mangelfull, men overordnet ledelse ble allikevel effektivt utøvd.

Formidling av informasjon om situasjonen, status, prognosere og beslutninger ut til hele helseforetaket fungerte ikke tilfredsstillende og må forbedres.

## **Gjennomføring**

Oslo universitetssykehus mottok til sammen 33 pasienter fra terroraksjonen 22. juli. Alle pasientene fikk god behandling og ingen fikk reduserte behandlingsforløp som følge av streng prioritering. Til tross for ferieavvikling var det nok personell tilgjengelig. Hendelsen ble godt håndtert av et samlet foretak hvor alle enheter samarbeidet og bidro til raske og gode løsninger. Behandlingskapasiteten til Oslo universitetssykehus i forbindelse med terrorhandlingene 22. juli ble aldri utfordret.

Skadelegevakten som er samlokalisert med den kommunale legevakten i Storgaten er en viktig del av foretakets samlede behandlingskapasitet. De behandlet hele 69 pasienter i løpet av 22. juli, de fleste fra regjeringskvartalet. De neste to dagene kom ytterligere noen slik at det totale antallet pasienter som ble behandlet her var 85.

Erfaringen fra 22. juli viser at det er behov for å revidere beredskapsplanen. Tiltross for mangler fungerte beredskapen likevel godt pga handelkraft, improvisering og en meget stor vilje til samarbeid på tvers av avdelinger, klinikker og lokalisasjoner.

## **Pårørendehåndtering**

Det psykososiale arbeidet med pasienter, pårørende og ansatte vurderes som godt. I en så krevende situasjon er det alltid svakheter og mangler, men hovedinntrykket er svært positivt. Til tross for at det var fellesferie var det nok personell, dels ved innkalling, dels ved at frivillige meldte seg. Mange avbrøt ferien for å delta i arbeidet.

Psykososialt kriseteam gikk uvanlig omfattende inn i tidlig bearbeiding av traumer, og skjermet samtidig ansatte i somatisk del av helsetjenesten for stor pågang av pårørende. Pårørende til døde fikk individuell omsorg.

Erfaringen fra 22. juli skal danne grunnlag for forbedringer av eksisterende planer for pårørende håndtering ved hendelser med massetilstrømning.

## **Ivaretagelse av egne medarbeidere**

Det ble tidlig satt fokus på ivaretagelse av medarbeiderne og ansatte fikk tidlig mulighet for å bearbeide sine opplevelser.

Mange enheter har gode rutiner for oppfølging og iverksatte tiltak allerede i akuttfasen. Gruppesamtaler og individuelle oppfølging ble iverksatt de neste dagene. Det er etablert opplegg for dette arbeidet også for langsiktig oppfølging slik at ledere og den enkelte medarbeider får den støtte som er nødvendig og ønskelig.

## **Informasjonsflyt**

Den viktigste informasjonen kom via AMK og ble formidlet til akuttmottak som hadde god informasjon om hendelsene. Ledelsen ble holdt informert om situasjonen i regjeringskvartalet og på Utøya av leder for prehospitalt senter. Informasjon videre i foretaket ble formidlet via klinikkledere og intranettet. Denne informasjonen har ikke vært optimalt formidlet ut til enhetene i sykehusene slik at de kunne ha en god forståelse av situasjon, status, prognoser og behov. De fleste fulgte hendelsene i mediene.

## **Presse- og mediehåndtering**

Håndteringen av norske medier fungerte i hovedsak godt. Både ledelse og sentrale fagpersoner stilte til pressebriefinger og intervjuer. Vi var ikke forberedt på den store pågangen fra utenlandske medier og det tok noe tid før vi stilte til intervjuer.

Kommunikasjonsstaben hadde for liten kapasitet til å ta i mot mediehenvendelser og en del henvendelser ble ikke besvart.



## **Normalisering**

Nedtrapping til grønn beredskap skjedde over ca to døgn. Grønn beredskap ble opprettholdt til 5. august fordi vi hadde behov for omdirigering av pasientstrømmer og at mange enheter var opptatt med mange, lange og ressurskrevende reoperasjoner av de mest skadde pasientene. Endringer av beredskapsnivå og normalisering ble formidlet i henhold til beredskapsplanen, men vi hadde noen tekniske problemer med oppdatering av virksomhetsportalen.

## **Økonomi**

Beredskapssituasjonen fra 22. juli og utover høsten har medført betydelige merkostnader for foretaket. Det er ikke mulig å få en komplett og helt nøyaktig oversikt over disse kostnadene. Dette har til dels sammenheng med at man i akuttfasen prioriterte behandling av pasienter, ivaretagelse av pårørende, ansatte og andre involverte. Dokumentasjon og administrative gjøremål kom i andre rekke og må til dels rekonstrueres. Det er ofte vanskelig å avgjøre hva som relaterer seg til ordinær drift og hva som er en konsekvens av beredskapssituasjonen. En stor del av kostnadene er lønn (overtid, ekstrahjelp, forskjøvet ferie m.m.). I forbindelse med beredskapen ble det ryddet sengekapasitet som har medført et netto inntektstap i denne perioden. De pasientene som har vært inneliggende lenge, har i liggetid fortrent flere elektive pasientopphold.

Oslo universitetssykehus anslår kostnadene til minst 33 millioner kroner.

## **Konklusjon**

Oslo universitetssykehus løste oppgavene i forbindelse med terrorhandlingene 22. juli på en tilfredsstillende måte. Alle pasientene fikk god behandling. Pårørendehåndtering og psykososial støtte ble ivaretatt på en god måte også ut over helseforetakets ansvarsområde. Presse- og mediehåndteringen fungerte i hovedsak godt.

Gjennomgangen av hendelsen har påvist en rekke forbedringsområder foretaket skal jobbe videre med for å stå enda bedre rustet i fremtidige beredskapssituasjoner.

## **3. Rapportens struktur**

Denne foretaksomfattende rapporten er basert på evalueringsrapporter i klinikkene, en rapport fra Avdeling for traumatologi og evaluering fra foretakets beredskapsledelse og omfatter hovedlinjer og momenter som går igjen og har hatt betydning for foretakets samlede evne til å håndtere hendelsene 22. juli.

Tiltak for oppfølging og forbedring som må gjøres på foretaksnivå fremgår av denne rapporten. Tiltak og oppfølging i klinikker og avdelinger er ikke tatt med i denne rapporten.

Rapporten deles i tre deler:

- Del I omhandler prehospitalt arbeid.
- Del II omhandler håndteringen inne på sykehusene. Rapport om akuttmottak og traumearbeidet innarbeides i denne.
- Del III omhandler skadelegevakten i Storgaten og har en egen inndeling.

For den sykehusinterne delen av rapporten, Del II, er inndelingen:

1. Alarmering og varslings.
2. Mobilisering/innkalling
3. Beredskapsledelse
4. Gjennomføring/varetagelse av hendelsen.
5. Pårørendehåndtering.

6. Ivaretagelse av egne medarbeidere.
7. Informasjonsflyt
8. Presse og mediehåndtering.
9. Normalisering.
10. Andre momenter

Tiltak for oppfølging på foretaksnivå er sammenfattet i vedlegg.

Fullstendig hendelsesforløp er vist i vedlegg 1.

## Definisjoner, beredskapsnivåer og forkortelser

### Definisjoner

*Paramedic:* Høyeste faglige ambulansekompetanse

*Samleplass:* Sted hvor skadde samles for triage, akuttbehandling og transport

*Triage:* prioriterings- og sorteringssystem for å avdekke hastegrad for skadde på skadested

*Trippelvarsling:* Varsling av politi, helse og brann. Iverksettes ved operasjoner hvor det forventes samvirke (eks. brann, trafikkulykker, drukning mv.)

### Beredskapsnivåer

#### GRØNN BEREDSKAP

Utløses ved ulike typer hendelser som krever begrenset mobilisering av ressurser og iverksetting av ikke forhåndsdefinerte tiltak i berørte avdelinger.

Grønn beredskap vil oftest utløses ved svikt i kritisk infrastruktur og ved hendelser som vedvarer over tid.

#### GUL BEREDSKAP

Utløses normalt bare ved massetilstrømming av pasienter der avdelinger som er involvert i behandling av pasienter fra hendelsen(e) mobiliserer begrensede ressurser og iverksetter forhåndsdefinerte tiltak

#### RØD BEREDSKAP

Utløses normalt bare ved massetilstrømming av pasienter av et slikt omfang at hele sykehuset må være forberedt på å mobilisere ressurser og iverksette tiltak utenfor normalt handlingsrom. Dette omfatter alle klinikker på alle lokalisasjoner, også Oslo sykehusservice.

## DEL I – PREHOSPITALT ARBEID

### Sammendrag om det prehospitalt arbeid

Fredag den 22. juli 2011 kl. 15.26 eksploderte en bilbombe i Grubbegata mellom Høyblokka og R4 i Regjeringskvartalet i Oslo sentrum. Åtte personer ble drept og ca. 100 skadet. Sentrale deler av regjeringskvartalet fikk store skader og det brøt ut brann. Skadestedsarbeidet fremsto som komplekst og krevende. Kl. 17.28 samme ettermiddag mottok Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) for Oslo-Akershus (medisinsk nødnummer 113) nødmelding om pågående skyting på Utøya AUF leir. 69 personer, de aller fleste barn og unge, ble drept og ca. 60 skadet. Bruk av skytevåpen og eksplosiver gjorde skadestedsarbeidet farlig og ekstremt krevende.

| <b>OVERORDNET TIDSLINJE</b> |   |
|-----------------------------|---|
| <b>TID</b>                  | <b>BESKRIVELSE / TILTAK</b>   |
| <b>15.25</b>                | <b>Bombeeksplosjon i Oslo</b>   |
| 15.26                       | AMK mottar første av ca. 80 nødansrop. Omkring 50 % blir besvart.   |
| 15.28                       | To ambulansenheter ankommer stedet  |
| 15.29                       | AMK iverksetter utkall av ti akuttambulanser som befinner seg i nærheten  |
| 15.33                       | Operativ leder melder om katastrofesituasjon. Anmoder om katastrofevarsling.  |
| 15.51                       | 41 ambulans- og legeenheter fra Oslo universitetssykehus har ankommet stedet.   |
| 15.51                       | De to første pasientene ankommer akuttmottaket Ullevål  |
| 16.00                       | Pasient 3 og 4 ankommer akuttmottaket Ullevål   |
| 16.10                       | Pasient 5, 6 og 7 ankommer akuttmottaket Ullevål  |
| 16.40                       | Pasient 8 ankommer akuttmottaket Ullevål  |
| 17.00                       | Aksjonen i Oslo nedtrappes. Flere enheter frigjøres til andre oppdrag.  |
| 17.04                       | Pasient 9 ankommer akuttmottaket Ullevål  |
| 17.15                       | Pasient 10 ankommer akuttmottaket Ullevål (pasient 11 ankommer etter midnatt).  |
| 17.26                       | Nordre Buskerud Politidistrikt mottar melding om pågående skyting på Utøya  |
| <b>17.28</b>                | <b>AMK mottar nødmelding om skyting på Utøya AUF leir fra pårørende</b>   |
| 17.29                       | Oslo politidistrikt verifiserer at opplysningene om skyting er korrekt  |
| 17.32                       | LA 1-2 varslet. Rykker ut 17.42. Er ved Utøya ca. 18.05 – lander ikke grunnet dårlig vær  |
| <b>Fra 17.33</b>            | 21 ambulanser, to Helseekspresser og en MC sendes i retning mot Sundvolden  |
| 17.45                       | Alle enheter fra Buskerud, Innlandet og Østfold dimitteres fra aksjonen i Oslo  |
| 17.53                       | LA 1-1 rykker ut med fire ekstra LA-leger. Lander ved Sollihøgda kl. 18.15  |
| 18.25                       | Beredskapstroppen ankommer Utøya  |
| 18.27                       | Gjerningsmannen pågripes av politiet  |
| 18.50                       | Triage iverksettes av lege- og ambulanspersonell på fergebryggen  |
| 19.05                       | Første ambulanshelikopter lander på Storøya   |
| 19.08                       | Triage iverksettes av lege- og ambulanspersonell på Storøya   |
| 19.30                       | Evakuering påbegynnes. Luftbro opprettes. Lettere skadde fraktes med buss   |
| <b>Fra 19.57</b>            | Den første av totalt 21 pasienter (noen rett fra skadestedet, andre via andre sykehus) fra Utøya ankommer akuttmottaket Ullevål |

**Tabell 1: Overordnet tidslinje (begge katastrofer)**

#### Redningsoperasjonene

Terrorangrepet mot Regjeringskvartalet og Utøya AUF-leir den 22. juli utløste en svært omfattende, krevende og kompleks redningsoperasjon for Prehospitalt senter.

*Omfattende* pga. høye dødstall, mange skadde og stor materiell ødeleggelse. *Krevende* fordi innsatspersonellet måtte håndtere to svært alvorlige katastrofer med mange døde og skadde.

*Kompleks* fordi to katastrofer av ulik karakter <sup>1</sup>og modus<sup>2</sup> kom etter hverandre på geografisk forskjellige steder i løpet av et relativt kort tidsrom på tvers av helseforetak og politidistrikt. At både sprengstoff og skytevåpen var involvert, medførte også en uoversiktlig og potensielt svært farlig sikkerhetssituasjon for innsatspersonellet.

Totalt sett vurderer Prehospitalt senter at de to voldshendelsene ble håndtert tilfredsstillende under de rådende forhold og omstendigheter.

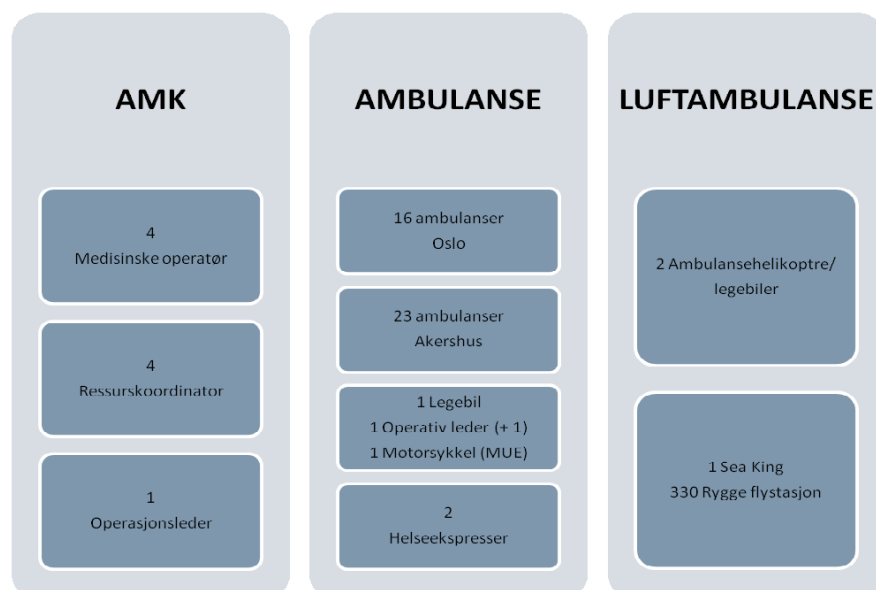
## 1. Varsling og operativt forløp

### 1.1. Regjeringskvartalet

#### 1.1.1. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (medisinsk nødnummer 113)

Kl. 15.25.59 mottok AMK, Oslo universitetssykehus den første av ca. 80 nødmeldinger fra publikum i forbindelse med bombeangrepet i Oslo sentrum. Bare 50 prosent ble besvart grunnet kapasitetsutfordringer. I den innledende fasen var situasjonen i AMK uoversiktlig bl.a. fordi meldingene fremsto som divergerende og kaotiske mht. skadeårsak og stedsangivelse.

Figur 1 gir en oversikt over totalt antall prehospitalt ressurser i Oslo universitetssykehus den 22. juli 2011(dagtid)



På bakgrunn av nødmeldingenes karakter og antall ble ti akuttambulanser, en legebil, en operativ leder og en motorsykelambulanse dirigert til Regjeringskvartalet kl. 15.29. Ytterligere 28 enheter (inkl. luftambulanserressurser) ble sendt til stedet. Omkring kl. 15.51 var samtlige enheter som ble dirigert fra Prehospitalt senter i innsats. Videre ble 29 enheter fra samarbeidende ambulansetjenester og hjelpekorps utkalt til hendelsen i Oslo. Dette foregikk i samarbeid med AMK-sentralene i Buskerud, Innlandet og Østfold. Parallelt med utkall av ambulanse- og legeressurser ble det iverksatt varsling av samarbeidende aktører i forbindelse med bombeangrepet (trippelvarsling til nødetatene, Legevakt og Oslo-sykehusene). I den forbindelse oppdaget Jourhavende i Prehospitalt senter at Diakonhjemmet Sykehus ikke var

<sup>1</sup> Innsatspersonellet måtte utføre både urban og rural redning med topografiske utfordringer

<sup>2</sup> Gjerningspersonen benyttet sprengstoff i Oslo og forskjellige håndvåpen på Utøya AUF-leir.

varslet, noe som ble iverksatt omgående. Ca. kl. 16.00 ankom ekstra innkalt personell (som opprinnelig skulle på nattevakt) til AMK for å drifte katastrofehendelsen spesielt og ordinære hendelser generelt. Regional AMK-funksjon ble opprettet ca. kl. 16.00 (R-AMK innebærer overordnet koordineringsansvar for regionens prehospitalt ressurser og er tillagt AMK Oslo og Akershus). R-AMK sørget bl.a. for å forvalte ressursene som ble tildelt Oslo universitetssykehus fra andre helseforetak ved begge katastrofer. Dagens AMK-struktur i Helse Sør-Øst er hovedsakelig slik at det er frittstående sentraler underlagt sine respektive helseforetak. Dette innebærer at vi har liten mulighet til å se hverandres ressurser (selv ved store aksjoner hvor vi samler ressurser fra flere AMK-områder) og å ta over for hverandre eller avlaste hverandre i aksjonen. Denne strukturen innebærer at sentralene ikke kan ta over for hverandre via automatisert viderekobling ved stor trafikk på medisinsk nødnummer 113.

### 1.1.2. Ambulanseavdelingen

Aksjonen startet med at ambulanse 252 fra Seksjon sentrum hørte et kraftig smell i sentrum før de første nødmeldingene kom inn til AMK. Enheten meldte deretter om "mulig eksplosjon" over TETRA-sambandet (Terrestrial Trunked Radio (nytt nødnett)) til operativ leder 0-2 som sammen med ambulanse 252 og legeenhet 119 kjørte mot stedet hvor man antok at lyden/eksplosjonen kom fra.

De neste minuttene ble følgende tiltak iverksatt:

- 15.29 iverksatte AMK utkall av ambulanse- og legeenheter som befant seg i nærheten av skadestedet
- 15.33 ba Operativ Leder Helse (OLH) om katastrofevarsling av alle tilgjengelige ressurser.
- 15.35 ble medisinsk-operativ ledelse (fagleder helse og operativ leder helse) opprettet på skadestedet.
- Videre ble det opprettet to samleplasser for skadde. *Samleplass 1* ved Høyesteretts Plass og *samleplass 2* ved Youngstorget/Møllergata (se figur 2)

### 1.1.3. Luftambulanseavdelingen (LA)

Luftambulanseavdelingen ble varslet om bombeeksplosjonen i Oslo sentrum på to måter:

1. LA 1-1 lege kontaktet AMK etter å ha sett melding om hendelsen i Oslo på TV og iverksatte utrykning med LA 1-1 legebil. LA 1-2 legebil kalles deretter ut av AMK kl. 15.47
2. Avdelingssjef i Luftambulanseavdelingen var i tjeneste på anestesivdelingen, Ullevål og gikk i mottak da katastrofealarmen ble utløst. Herfra rykker avdelingssjef ut til Regjeringskvartalet sammen med en akuttambulans som har avlevert en pasient i akuttmottaket.

Videre varsling av personell og øvrige ressurser:

- Avdelingssjef besluttet at katastrofealarm skulle utløses i Luftambulanseavdelingen etter vanlig prosedyre via SMS til alt personell. Dette ble utført av Flybestillingssentralen på SPAT/Lørenskog kl. 16.02.
- Rygge flystasjon (Sea King redningshelikopter) ble også varslet. Helikopteret landet på Voldsløkka kl. 17.20 og hadde beredskap der mens lege og redningsmann var på Oslo universitetssykehus – Ullevål.

### Luftambulanseressurser

- Lege og redningsmann fra LA 1-1 og LA 1-2
- Avdelingssjef
- Seks leger, fem flysykepleiere og en paramedic (høyeste faglige ambulansekompetanse) møtte etter katastrofeinnkalling

#### *Merknad 1:*

En lege, to flysykepleiere og en paramedic var i nærheten av Lørenskogbasen og møtte umiddelbart etter katastrofeinnkalling. Disse reiste til Oslo sentrum og brakte med deler av avdelingens beredskapsutstyr og medikamenter. Da melding om skyting på Utøya kom dro dette personellet i den retningen ca. kl. 17.30.

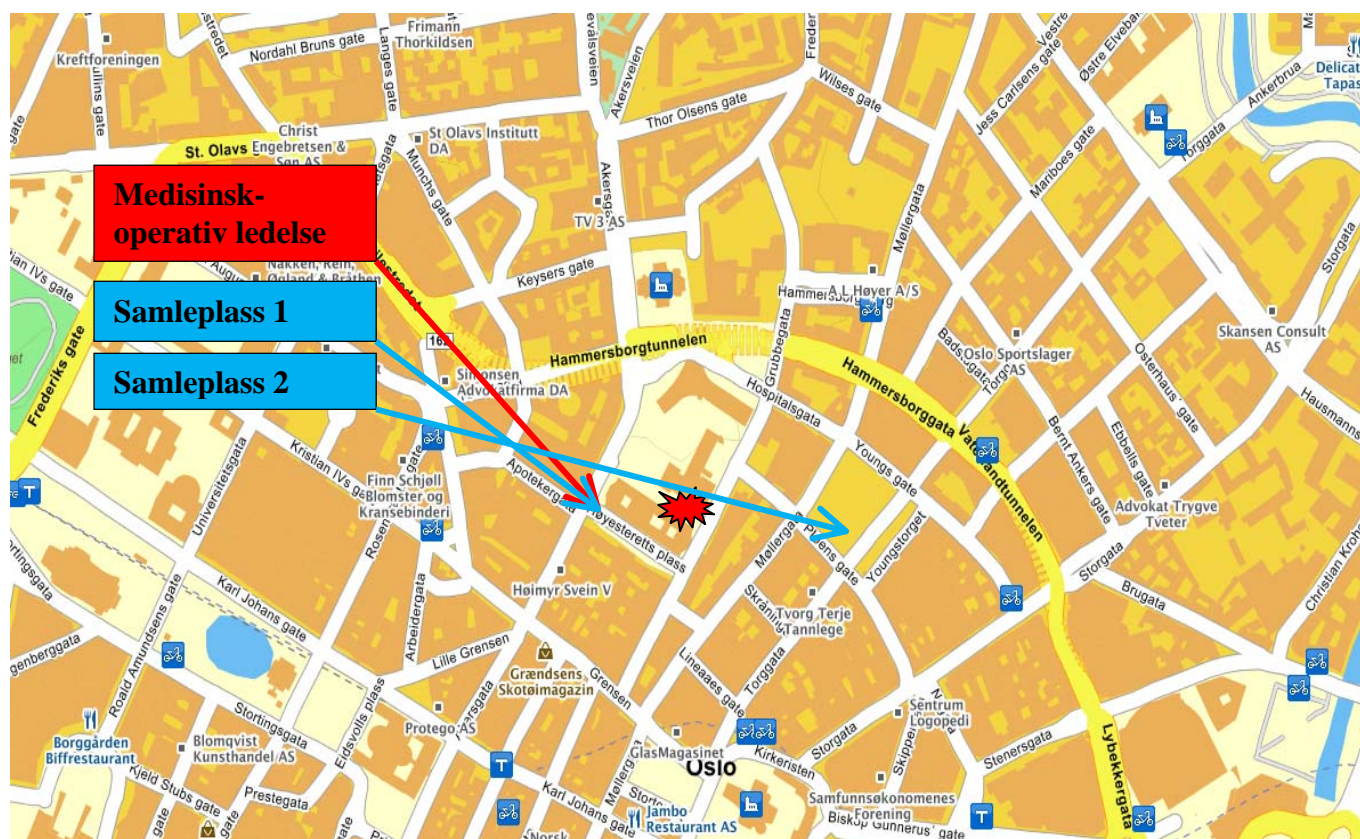
#### *Merknad 2:*

En lege og tre sykepleiere ble tilbudt som forsterkning av beredskapen ved Ullevål, noe Oslo universitetssykehus takket ja til. Disse dro til Ullevål kl. 16.52

#### *Merknad 3:*

Fire leger som ankom Lørenskogbasen kl. 17.15 reiste (da melding om skyting kom) direkte til Sollihøgda og medbrakte deler av avdelingens beredskapsutstyr om bord i LA 1-1. Lege og redningsmann LA 1-1 forflyttet seg fra Oslo til Utøya i legebil 1-1.

Pilot fra 1-1 transporterte katastrofebærer ("Less") pr. bil til Oslo.



Figur 2: Oversikt over samle plasser og medisinsk-operativ ledelse

#### **1.1.4. Pasientreiseavdelingen**

Pasientreiseavdelingen ble formelt varslet av senterleder i Prehospitalt senter litt før kl. 16.00. Avdelingssjef i pasientreiseavdelingen kontrollerte at avdelingen ble varslet umiddelbart etter

henvendelsen fra senterleder. Avdelingen hadde selv kontaktet AMK og var, da kontakten ble opprettet, i ferd med å bemanne bussene (helseekspressene).

Avdelingssjef i pasientreiser ga deretter ordre om innkalling av ekstramannskaper.

Helseekspressene meldte seg for AMK som deretter overtok den operative koordineringen av helseekspressene.

Personell som sluttet kl. 17.00 ble holdt igjen og fortsatte inntil videre for å håndtere økt oppdragsmengde da sykehusene i henhold til sine beredskapsplaner startet evakuering av pasienter som det var mulig å skrive ut umiddelbart.

To ledere i avdelingen som fortsatt befant seg på jobb etablerte avdelingsstab.

Avdelingsstaben iverksatte følgende tiltak:

- Skaffet oversikt over mulige tilgjengelige ressurser på transportkapasitet. Det ble fort klart at det var et stort antall minibusser tilgjengelig.
- Unibuss Tur meldte at de kunne stille med flere turbusser dersom det skulle være behov ut over Helseekspressene som Pasientreiseavdelingen forvalter.

Avdelingsstab og ekstra bemanning ble opprettholdt frem til kl. 20.00. Avdelingssjef Pasientreiser inngikk i senterledelsens krisestab.

## **1.2. Utøya AUF-leir**

### **1.2.1. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral**

Kl. 17.28 ble beredskapsnivået i Prehospitalt senter igjen oppgradert til rødt. Det ble på dette tidspunktet meldt om pågående skyting på Utøya AUF-leir. Vestre Viken HF hadde ansvaret for aksjonen og ba AMK Oslo-Akershus om bistand. Basert på opplysninger om antall deltagere på sommerleiren, samt at disse befant seg på en øy med minimale rømningmuligheter (se figur 3), iverksatte Prehospitalt senter en betydelig respons:

- 2 ambulanshelikoptre
- 2 legebiler
- 21 ambulanser
- 2 Helseekspressbuser bemannet med paramedics (eskortert av egen utrykningsbil)
- 1 operativ leder
- 1 ambulansemotorsykkel

### **Teknisk svikt i AMK**

Bombeangrepet i Oslo medførte massiv pågang og trafikk på datasystemene i AMK. Tidlig i forløpet sviktet kommunikasjonen mellom Transmed (dataprogram for å sende kartmarkeringer/spore enheter på kart mv.) og AMIS<sup>3</sup> (Akuttmedisinsk Informasjonssystem) da systemene ikke taklet oppdragsmengden. Dette medførte bl.a. at responderende enheter ikke fikk tilsendt oppdragene digitalt samt at mulighetene for å sende kartmarkeringer bortfalt. Svikten medførte også at AMK mistet mulighetene for mottak av statusmeldinger fra enhetene. Dette fikk konsekvenser for den operative ressursstyringen, men også for dokumentasjon i etterkant. Videre var det også en stor utfordring at AMK ikke hadde tilgang på Vegtrafikksentralen sine overvåkningsbilder over veinettet. Dette skapte utfordringer ved valg av kjøreruter, oppmarsjområder og trafikkvurdering til og fra Utøya. Imidlertid opplevde man at det nye nødnettet (TETRA) hadde god robusthet og taklet den massive trafikken.

---

<sup>3</sup> AMIS og Transmed er de to viktigste datasystemene i AMK sentralens operative virksomhet

### **1.2.2. Ambulanseavdelingen**

Kl.17.28 ble AMK varslet om pågående skyting på Utøya AUF leir. Ambulanseavdelingen bidro med følgende ressurser:

- 21 ambulanser
- 2 Helseekspressbussar bemannet med paramedics (eskortert av egen utrykningsbil)
- 1 operativ leder
- 1 ambulansemotorsykkel

## **2. Skadestedsarbeid**

### **2.1. Regjeringskvartalet**

#### **2.1.1. Ambulanseavdelingen**

I driftsfasen ble det definert evakueringspunkt/ambulanseskontrollpunkt med dedikert inn- og utkjøringsrute ved Youngstorget for pasienter som skulle transporteres med ambulanse. Det var vanskelig å få rask oversikt over antall døde og skadde da det tok tid å gjennomføre bygninger og området rundt. 43 pasienter ble prioritert/behandlet på stedet og deretter sendt til adekvat omsorgsnivå: ti til Oslo universitetssykehus, Ullevål og 33 til Oslo Kommunale Legevakt. Videre ble en leddbuss fra Oslo Sporveier avgitt til bruk for oppsamling og transport av lettere skadde. Bussen transporterte en rekke pasienter til Oslo Kommunale Legevakt (antall ukjent grunnet mangelfullt verktøy til dokumentasjon).

Ambulanser som ankom stedet ble bedt om å ta seg av pasienter man påtraff i området. Man ventet en betydelig ressurstilgang i løpet av kort tid, samtidig som det ikke var mange åpenbart hardt skadde i umiddelbar nærhet av der hvor ambulansene hadde sitt oppmarsjsted. Videre ble det prioritert å fange opp skadde som allerede var evakuert bort fra Akersgaten, samt å opprette en samle plass for å ta seg av pasienter som oppholdt seg der. Alle lettere skadde som ble påtruffet av vårt personell ble fortløpende henvist til samle plassen.

På et tidspunkt ble ambulansetjenesten bedt av politiet om trekke bort fra høyblokka med tanke på muligheten for flere eksplosjoner. Med bakgrunn i sikkerhetssituasjonen ble innsatsleders kommandoplass (ILKO) flyttet til Einar Gerhardsens plass.

Det ble gjort flere prioriteringer av pasienter på stedet hvor ambulanspersonell bl.a. måtte ta ut en død pasient fra ambulansen for å frigjøre denne til en hardt skadd pasient. Fagleder Helse (lege på 119) fokuserte også på å forsikre seg om at det ikke befant seg pasienter andre steder som var tilgjengelig for helsepersonell og ikke fikk hjelp. Opprettelse av en samle plass nr. 2 i forbindelse med oppstillingsplass for ambulanser på Youngstorget var derfor et naturlig tiltak.

I driftsfasen ble ressursene organisert slik at de skulle være klare til å ta imot en strøm av hardt skadde pasienter etter hvert som disse ble evakuert ut av bygningene som brannvesenet skulle gjennomføre. Lege og redningsmann fra Luftambulansavdelingen bisto brannvesenet inn i det brennende bygget for å prioritere pasienter for evakuering. Det ble skaffet til veie hjelmer til dette arbeidet.

Videre ble det vurdert å dedikere en ambulanse på Legevakten for å transportere pasienter som hadde kommet dit videre til adekvat helsenivå, men leder ambulanse mente på det



tidspunktet at det ikke var tilstrekkelig antall biler på Youngstorget til å gjøre dette. Slik situasjonen etter hvert fremsto, talte mye for at det ikke ville komme flere pasienter og at det ikke fantes flere omkomne inne i bygningene.

Ved 17-tiden, ble det iverksatt nedtrapping og utenbysambulanser ble frigjort. Kort tid etter kom meldingene om skyting på Utøya som også forsterket behovet for nedtrapping. Oslo Politidistrikt uttrykte i den forbindelse bekymring for at ambulansetjenesten skulle tømmes for ressurser da man fryktet enda et angrep i Oslo. Krisestaben i Prehospitalt senter satte derfor fem ekstra ambulanser (inkl. lege) i beredskap gjennom natten.

### **2.1.2. Luftambulanseavdelingen**

Avdelingssjef ankom Akersgata kl. 15.50 og fokuserte initialt på organiseringen av samle plassene ved Regjeringskvartalet. Fokus ble også rettet mot triage og initial behandling. Da nedtrapping av aksjonen i Oslo begynte og melding om skyting på Utøya AUF leir forelå, rykket avdelingssjef ut til Sollihøgda sammen med ambulanse 174.

LA 1-1 (lege og redningsmann) ankom Youngstorget med legebil kl. 15.55. LA 1-1 vurderte en multitraumatisert pasient før transport til Ullevål i ambulanse. Videre gjennomførte disse deler av bygningsmassen i regjeringskvartalet sammen med Oslo Brann- og Redningsetat (OBRE) for å gjøre prioriteringer for evakuering av skadde fra bygningene. LA 1-1 forlot området i legebil rundt kl. 17.40 i retning mot Sollihøgda.

LA 1-2 (lege og redningsmann) ankom Youngstorget med legebil kl. 16.10. Legen ble dedikert til prioriteringer på AKP (Ambulansekontrollpunkt), noe det ikke viste seg å være behov for. LA 1-2 ble derfor dimittert og returnerte til basen på Lørenskog hvor besetningen var samlet kl. 17.58

Lege og redningsmann på Sea King-maskinen fra Rygge Flystasjon dro til akuttmottaket på Ullevål for å bistå i arbeidet der. Helikopteret dro deretter fra Voldsløkka i retning mot Ringerike kl. 18.11 med full besetning.

Ekstra innkalt lege, to sykepleiere og en paramedic ankom Akersgt. kl. 16.50 og meldte seg for Operativ Leder Helse og Fagleder Helse. Disse forlot stedet kl. 17.30 i Ambulanse 174 i retning mot Sollihøgda.

Lege og tre sykepleiere ble tilbudt til Oslo universitetssykehus, Ullevål for ekstra bistand i mottak og behandling av skadde fra eksplosjonen kl. 16.14. Disse dro til Ullevål kl. 16.52. Legen ble satt i arbeid, mens sykepleierne (intensivsykepleiere) var i beredskap uten at det ble behov for deres bistand.

### **2.1.3. Pasientreiser**

Begge Helseekspressene (191 og 192) bemannet med tre paramedics rykket ut til oppmøtestedet på Youngstorget. I det videre forløpet rykket 192 ut i retning mot Utøya. Transporterte pasienter fra E16 til Sundvollen Hotell og deltok med emosjonell førstehjelp for involverte og pårørende.

191 ble etter hvert dimittert fra Youngstorget for å transportere 13 paramedics/ambulansesarbeidere fra Lørenskog til Sundvollen.

## 2.2. Utøya

### 2.2.1. Ambulanse

På Utøya var situasjonen svært uoversiktlig og dramatisk i den innledende fasen fordi gjerningspersonen ikke var pågrepet. Det ble tidlig klart at det pågikk skyting og at flere personer var drept og skadet. I den forbindelse var det knyttet usikkerhet til antallet gjerningspersoner. Også spørsmål omkring udetonert sprengstoff i en bil ved brygga/fergeleiet skapte en svært usikker situasjon.

De fleste ambulanser fra Oslo universitetssykehus ble satt i ventende beredskap i nærheten av veien ned til fergeleiet (se figur 3) samt i beredskap på Sundvollen Hotell (Helseekspressen). Operativ leder som i utgangspunktet ble satt til å lede egne mannskaper, reiste ut til Utøya sammen med en lege og to paramedics for å skaffe oversikt over skadeomfanget. Nytt lederskap ble derfor etablert ved Sundvollen. Ytterligere tre Legeambulans-leger (LA-leger), en flysykepleier og en paramedic reiste ut til øya. Etter midnatt, da situasjonen på øya var mer klarlagt og alle skadde var evakuert til land, iverksatte gjenværende to leger og to paramedics liksyning og la tepper over de omkomne. Disse fire forlot Utøya etter kl. 02.30 på natten.

### Adkomst og tilgjengelighet til skadestedet

Adkomsten til fergeleiet var svært trang. Dette skapte utfordringer mht. til å etablere et effektivt evakueringsystem med bruk av ambulanskontrollpunkt/evakueringspunkt. Det ble derfor opprettet flere evakueringspunkter fordi sivile båter kom med skadde til forskjellige steder.



Figur 3: Oversikt over Utøya, mottak skadde og oppmarsjsted for ambulanser

### 2.2.2. Luftambulanseavdelingen

- LA 1-1 transporterte totalt fem pasienter; tre pasienter direkte til Ullevål, en fra Ringerike til Ullevål og en fra Ringerike til Sykehuset Østfold (23/7)
- LA 1-2 fløy en kirurg som sto fast i trafikken til Ringerike Sykehus. Landet deretter ved Storøya kl. 19.08. Totalt tre pasienter ble transportert av LA 1-2: en pasient

direkte til Ullevål og deretter to pasienter fra Ringerike Sykehus til Ullevål (en av disse ble fløyet 23/7).

- 330 Sea King fra Rygge Flystasjon deltok i søk rundt Utøya og i det medisinske arbeidet på samle plass.

### **Triage og skadestedsarbeid ved første improviserte samle plass på land**

Seks innkalte LA-leger, to sykepleiere og en paramedic deltok i arbeidet med initial triage og behandling på improvisert første samle plass ved fergebrygga. Det var dit beredskapstroppen brakte de første som ble evakuert fra øya. Denne samle plassen ble evakuert grunnet mulig udetonert sprengstoff.

Evakueringen ble utsatt til alle pasienter med skuddskader, som på dette tidspunkt var brakt i land, var ferdig triagert og transport iverksatt. De skadde ble transportert både med tilgjengelige ambulans ebiler og luftambulanse.

### **Båtutrykning til Utøya**

Tre leger og en sykepleier fra Luftambulanseavdelingen dro før evakueringen av første samle plass videre til Utøya i båt sammen med to paramedic og en operativ leder fra ambulanseavdelingen Oslo universitetssykehus. Også en ambulans arbeider fra Buskerud og en LA-lege fra Arendal deltok i båtutrykningen. Totalt fire team med lege og paramedic/sykepleier var operative på selve Utøya.

### **Organisering og arbeid ved endelig samle plass**

De øvrige tre legene og en sykepleier forflyttet seg samtidig til ny samle plass ved utkjøringen til Storøya hvor endelig, sikker samle plass var organisert med alle tre nødetater. Både ambulanser, luftambulanser og redningshelikoptre opererte fra dette området resten av aksjonen. En av legene fungerte her som Fagleder Helse (FLH) og ledet triage av innkommende pasienter sammen med sju anestesilegebaserte team i første linje (basert på egne leger, utsendte ressurser fra Vestre Viken og 330 skvadronens to tilgjengelige mannskaper). Luftambulans ehelikoptrene var dermed fortsatt operative og kunne bedrive effektiv transport av de hardest skadde. Samarbeidet med Operativ leder helse (OLH) fra lokal ambulansetjeneste, øvrige nødetater og de utkalte ressursene fra lokale sykehus er rapportert som meget godt. Moderat og hardt skadde pasienter i denne fasen av aksjonen ble umiddelbart triagert og transportert direkte til sykehus med luftambulanse. Et stort antall uskadde passerte også gjennom samle plass og ble evakuert opp til ventende busser i samarbeid med brannetaten. Lokale legevaksleger undersøkte på nytt og ivaretok personene/pasientene om bord i bussene før de ble transportert til det mottaket som kommunehelsetjenesten hadde opprettet ved Sundvollen. Øvrige pasienter med små skader og medisinske problemstillinger ble sendt til Bærum sykehus fordi Ringerike på dette tidspunktet var fullt. Ingen skadde pasienter oppholdt seg på samle plassene i påvente av transport i noen fase av aksjonen. Fagleder helse holdt kontakt med egne ressurser på Utøya og med traumesenteret på Ullevål via mobiltelefon slik at man hadde oversikt over forventet pasientmengde fra øya og gjenværende kapasitet ved traumesenteret. Ustabil mobildekning i området medførte imidlertid kommunikasjonsutfordringer.

330-skvadronens helikoptre og ventende ambulanser ble beholdt i beredskap for transport av pasienter til øvrige sykehus på Østlandet i tilfelle et uventet stort pasientomfang skulle tilkomme. Da etterretningen etter hvert tydet på at det var få eller ingen gjenværende levende pasienter, ble ambulanseresurser fortløpende frigjort via OLH og luftambulanseresurser

frigjort via FLH. AMK Oslo/Akershus ble holdt oppdatert av FLH per telefon om hvilke Oslo universitetssykehusansatte som befant seg på Utøya utover kveld og natt.

#### Totalbidrag fra Luftambulanse- og redningstjenesten

- 6 ambulanshelikoptre fra Stavanger, Arendal, Ål, Dombås og Lørenskog
- 2 redningshelikoptre fra Rygge og Ørland
- 6 innkalte leger, 2 innkalte flysykepleiere og 1 innkalt paramedic fra LA-avdelingen.
- 13 pasienter ble transportert av luftambulansetjenesten til Ullevål.
- Redningshelikoptrene utførte søk i vannet rundt Utøya og besetningene deltok i arbeidet på samle plass ved Storøya, men transporterte ingen pasienter.

**Tabell 2 viser en totaloversikt over antall pasienter og enheter i aksjon ved begge katastrofer**

| Antall  | Regjeringskvartalet                     | Utøya AUF leir                     |
|---|---|------------------------------------|
| Pasienter behandlet/transportert <sup>4</sup> | 43 (10 til OUS, 33 til legevakt)        | 21                                 |
| Luftambulanser (helikopter)                   | ---                                     | 3                                  |
| Legebiler                                     | 3 (2 fra LA, 1 fra ambulanseavdelingen) | 2 (LA)                             |
| Ekstra legeressurser LA <sup>5</sup>          | 2                                       | 6                                  |
| Ekstra sykepleiere LA                         | 2                                       | 2                                  |
| Ekstra legeressurser Amb.avd.                 | 2                                       |                                    |
| Ekstra ambulanspersonell                      | 15                                      | 13 (+10 gjennom natten)            |
| Ambulanser - OUS                              | 41                                      | 23                                 |
| Ambulanser – andre HF                         | 18                                      | Fremgår i rapport fra Vestre Viken |
| Ambulanser - hjelpekorps                      | 11                                      | Fremgår i rapport fra Vestre Viken |
| Helseekspresser                               | 2                                       | 2                                  |
| Busser (Ruter)                                | 1                                       | ---                                |

### 3. Mobilisering og innkalling av personell

Tilbakemeldinger og erfaringer etter katastrofene viser at det var knyttet betydelige utfordringer til varsling av personell. Tilfeldig varsling (noen ble ikke varslet i det hele tatt) medførte at man hadde liten oversikt over hvem som hadde anledning til å møte og hvem som faktisk møtte. Både operativ leder (0-2) og Jourhavende (0-1) var avskåret fra å delta i varslingsarbeid da disse var direkte involvert i håndteringen av redningsarbeidet. Det samme opplevde man også i AMK-sentralen.

Dagens innkallingssystem består i hovedsak av at ledere må ringe og/eller sende SMS til sine ansatte ved katastrofe- og/eller beredskapsvarsling. Det er knyttet betydelig risiko for svikt ved denne ordningen fordi den er ressurskrevende og personavhengig. Man har bl.a. brakt i erfaring at enkelte ambulanseseksjoner, samt luftambulanseavdelingen, først ble varslet om eksplosjonen i Oslo via TV-sendinger. Videre opplevde man at personell på frivakt ble innkalt via SMS av ledere i ferie. Et betydelig antall ansatte som ikke ble innkalt stilte likevel på sin

<sup>4</sup> Det er fortsatt ikke brakt på det rene hvor mange av de 21 pasientene som ble kjørt i Oslo universitetssykehus-ambulanser fra Utøya grunnet IKT svikt i AMK, samt mangelfull dokumentasjon.

<sup>5</sup> Luftambulanseavdelingen Oslo universitetssykehus

seksjon på eget initiativ. Hadde katastrofene inntruffet om natten er det grunn til å anta at det frivillige oppmøtet ville blitt sterkt redusert.

Prehospitalt senter har, som en sentral aktør i samfunnets beredskapsapparat, behov for et automatisert varslingsystem som *ikke* legger beslag på leder og/eller utrykningskapasiteten ved katastrofe- og beredskapsvarsling.

#### **Nødvendige forbedringer:**

1. Anskaffe automatisert varslingsystem basert på SMS og/eller taleinformasjonsmeldinger. Systemet bør være nivådelt slik at man varsle om obligatorisk oppmøte, beredskap i hjemmet eller oppdekking av vakter for arbeidende mannskaper. Systemet må være i stand til å gi automatisert, kronologisk tilbakemelding pr. data – slik at stab og ledelse ser hvem som kommer, når og hvor.
2. Etablere et fast telefonnummer i krisestaben hvor personell kan henvende seg om administrative/tjenstlige spørsmål knyttet til pågående hendelse. Erfaringer fra katastrofene viser at AMK, operative ledere, jourhavende og stabspersonell var opptatt med drift av hendelsen og derfor ikke kunne kvittere ut viktige spørsmål knyttet til katastrofevarslingen.
3. Integre Pasientreiser i varslingsrutinene for AMK ved storskalahendelser

## **4. Beredskapsledelse**

### **Varsling og operativt forløp**

Krisestab ble satt i senteret umiddelbart etter bombeangrepet. Innledningsvis ble staben bemannet av tilgjengelig ledelse og deretter med innkalte ledere, samt leger fra ambulans- og AMK-avdeling. Staben var operativ litt over kl. 16.00 og ble ledet av senterleder iht. beredskapsplanen for Prehospitalt senter. Arbeidet i staben pågikk frem til kl. 00.30 med påfølgende nattberedskap.

Staben arbeidet med følgende oppgaver:

- Monitorering, kriselogg og ledelse av hendelsene på taktisk-strategisk nivå
- Planlegge for et mulig angrep nr. 2 og 3.
- Kartlegge og rekvirere nødvendige/tilgjengelige ressurser
- Kartlegge sikkerhetssituasjonen for personellet i samarbeid med politiet
- Vaktoverdragelse og personellflyt
- Opprettholde kommunikasjonslinjer med foretakets beredskapsledelse
- Opprettholde et minimum av akuttberedskap for ordinære oppdrag ved begge katastrofer<sup>6</sup>
- Planlegge drift og oppfølging frem i tid
- Gjenoppretting til normaldrift

Umiddelbart etter bombeangrepet startet krisestaben planlegging av en mulig hendelse nr. 2 basert på opplysninger fra politiet. I første rekke dreide fokuset seg omkring en ny eksplosjon i Oslo. I den innledende fasen var hovedfokus derfor innkalling av personell, vurdering av

---

<sup>6</sup> Frivillige hjelpekorps ble benyttet til dette, assistert av to paramedics som benyttet kjøreopplæringsbil og "rendezvous"-prinsippet.

sikkerhetssituasjonen for innsatspersonellet, monitorering av mediebildet samt å skaffe oversikt over tilgjengelige materielle ressurser og planlegge vaktoverdragelse.

Da aksjonen i Oslo ble trappet ned endret staben fokus til skytingen på Utøya. Omdirigering av mannskaper og ressurser til Vestre Viken ble prioritert. Mens skadestedsarbeidet pågikk ved Utøya ble det sendt uthvilte mannskaper i buss til Sundvollen for vaktskifte. Parallelt med dette påbegynte staben planlegging for en eventuell hendelse nr. 3. I det videre forløpet iverksatte krisestaben planlegging av personellomsorg og teknisk gjennomgang av katastrofene. Det foreligger en kronologisk kriselogg fra stabsarbeidet.

Pr. i dag eksisterer det ikke et dedikert stabsrom med tilhørende materiell noe som viste seg å være en stor utfordring den 22. juli.

### **Nødvendige forbedringer**

1. Etablere eget, dedikert stabsrom som kan benyttes som møterom i det daglige
2. Anskaffe låsbart skap hvor alle kriseplaner, IKT-utstyr og protokoller kan oppbevares
3. Tilgang til TV, internett og intranett
4. Rommet må være av en slik art at arbeidet kan startes til alle døgnets tider året rundt.
5. Rommet må ha tilgang til PC, digitale infoskjermer med direkte link til AMK, projektor, telefoni, white-board, diktafon, radiosamband og kart.
6. Rommet bør være utstyrt slik at det er fullt ut operativt selv om PC og IT-løsninger ikke fungerer.

## **5. Planverk**

I krisestaben oppfattet man planverket som utilstrekkelig for oppgavene.

Oslo universitetssykehus er tildelt enkelte nasjonale og regionale oppgaver knyttet til beredskaps-, krise og katastrofehendelse<sup>7</sup>. I etterkant av terrorangrepene fremstår det som nødvendig at dette ansvarsforholdet avklares bedre.

### **Nødvendige forbedringer:**

- 1) Beredskapsplanen for Prehospitalt senter må revideres
- 2) Planen bør inneholde scenariobaserte beskrivelser av hvordan man skal agere og varsle i ulike situasjoner
- 3) Beredskapsplanen for Prehospitalt senter må gjøres tilgjengelig for alle ansatte.
  - a) Planen må plasseres i egen i perm på alle stasjoner
  - b) Må være elektronisk tilgjengelig med link på skrivebordet på alle datamaskiner ved alle tjenestesteder
  - c) Må oppdateres årlig
- 4) Alle ansatte i Prehospitalt senter må få obligatorisk, nettbasert opplæring i senterets beredskapsplaner. Fokusområder bør være hva man skal gjøre og hva man kan forvente ved en stor hendelse. Dette bør igjen differensieres til:
  - a) Ambulansepersonell, sykepleiere og leger som er på jobb
  - b) Ledere som er på jobb
  - c) Administrativt personell som er på jobb
  - d) Ansatte som er hjemme og har fri

---

<sup>7</sup> Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Sør-Øst, pkt. 5.3.

## 6. Presse- og mediehåndtering

Prehospitalt senter var kjent med foretakets policy ved presse- og mediehåndtering når katastrofene inntraff. Flere av de ansatte i Prehospitalt senter var involvert i mediehåndtering både under og etter katastrofene. Alle mediehenveler ble rutet til medievakten via Jourhavende i Prehospitalt senter. Personell som uttalte seg til mediene fikk føringer og talepunkter i forkant.

## 7. Ivaretagelse av egne medarbeidere

Personell som var i innsats ved Utøya fikk beskjed om å møte ved Seksjon Sentrum umiddelbart etter at aksjonen var avsluttet. Her ble det foretatt en såkalt “debriefing-screening” av personellet. Noen av disse fikk tilbud om å overnatte på ambulanseseksjonen. Videre ble personellet informert om hvilke tiltak vårt debriefingsystem (EFOK-Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering) ville iverksette de neste dagene.

Den 23. juli ble arbeidet med å ferdigstille en teknisk gjennomgang av hendelsen iverksatt. Alt personell som var i innsats og/eller beredskap ved hendelsene fikk beskjed om å møte til teknisk gjennomgang 24. juli. Det var stort oppmøte fra samtlige avdelinger i Prehospitalt senter, samt fra 330 skvadronen ved Rygge flystasjon.

### Status - 24. juli

- Gjennomført gruppedebriefing med alle som var registret og hadde vært involvert i terrorhendelsene
- 67 personer registrert for gruppedebriefing – alle fulgt opp
- Enkelte grupper har hatt flere oppfølgingssamtaler med hele gruppen eller enkeltpersoner
- Flere ansatte er fulgt opp med 1-1 samtaler
- Seks personer har hatt tett oppfølging umiddelbart etter hendelsene

Videre har det blitt gjennomført såkalte avlastningssamtaler enten ved oppmøte eller på telefon for 20-30 ansatte. Dette gjelder personell som ikke har vært direkte involvert i hendelsene, men som har vært i beredskap.

EFOK-gruppen i Prehospitalt senter har gjennomført samtaler/oppfølging med personell fra følgende avdelinger/aktører:

- Ambulanseavdelingen
- Luftambulanseavdelingen
- AMK
- Pasientreiser
- Norsk Folkehjelp

Det forventes at etterarbeidet vil strekke seg over tid, da det er ulike behov ut fra hva den enkelte ansatt har vært eksponert for. At katastrofene fant sted midt i fellesferien er også en medvirkende faktor for tidsløpet. Det antas at ikke alle ansatte som har vært involvert er fanget opp som følge av at det ikke finnes en tilstrekkelig oversikt pga. datasvikt i AMK. Det ble imidlertid gitt informasjon på den tekniske gjennomgangen om at de som ikke hadde fått henvendelse fra EFOK-gruppen selv måtte ta kontakt.

## 8. Tiltaks- og forbedringsområder

Terrorangrepene den 22. juli medførte en betydelig mobilisering fra Prehospitalt senter. Den akuttmedisinske innsatsen som ble utført fremsto i det vesentlige som tilfredsstillende. Evalueringer, møter og konkrete erfaringer fra terrorangrepene viser imidlertid at det er behov for tiltak i etterkant innen følgende områder:

1. Iverksette en prosess for å sikre en robust AMK-struktur i Helse Sør-Øst (eventuelt nasjonalt). Dette bør sees i sammenheng med IKT-prosjekter (dataprojekt) som sikrer tilstrekkelig beslutningsstøtteverktøy og pasientdokumentasjon for prehospitaltjenester.
2. Sikre adekvate IKT-løsninger (dataløsninger) for varsling, beslutningstøtte og pasientdokumentasjon
3. Anskaffe tilstrekkelig mengde egnet beredskapsmateriell, verneutstyr, samband og spesialkjøretøyer/reserveambulanser.
4. Etablere døgnkontinuerlig legeberedskap i Oslo
5. Etablere sentral styring av luftambulanseressursene i Helse Sør-Øst ved AMK Oslo og Akershus
6. Etablere et funksjonelt planverk knyttet til beredskaps- og katastrofesituasjoner (inkl. utstyr, infrastruktur og egnede lokaler for krisestab)

## 9. Konklusjon for prehospital innsats

Terrorangrepene den 22. juli utløste den største redningsoperasjonen i Norge i nyere tid. Selv i internasjonal målestokk utpeker angrepene seg. Terrorangrepene medførte en krevende, omfattende og kompleks redningsinnsats hvor kombinasjonen av bombeangrep og massakre med håndvåpen medførte et skadeomfang man ikke tidligere har opplevd i Norge siden den 2. verdenskrig. Redningsinnsatsen ble, ut fra de rådende omstendigheter, håndtert tilfredsstillende med de ressurser man hadde tilgjengelig og innenfor den strukturen som eksisterer pr. i dag. Imidlertid belyses flere sentrale forhold i denne rapporten som må følges opp med tiltak gjennom anskaffelser, investeringer og kompetansetilførsel.

Vi vil spesielt påpeke viktigheten av at dagens AMK-struktur utredes for å sikre tilstrekkelig robusthet, regionalt og nasjonalt. Dersom terrorangrepene hadde blitt utført tidligere på dagen når det oppholdt seg betydelig flere mennesker i Oslo, og det f.eks. samtidig hadde passert fullastede busser forbi eksplosjonsstedet, kunne skadeomfanget blitt langt mer omfattende og alvorlig enn det man opplevde den 22. juli. Tilsvarende kan man tenke seg konsekvensene mht. ressurstilgang dersom gjerningspersonen hadde startet angrepet på Utøya først, og deretter forflyttet seg til Oslo.

Beredskapsplanleggingen i Prehospitalt senter må sees i en større sammenheng. Det anbefales at man dimensjonerer utstyr, kompetansetilførsel og planverk ut fra et definert ytelseskrav som krever en overordnet angivelse.



## DEL II – HÅNDTERINGEN INN I SYKEHUSENE

### 1. Alarmering og varsling

Alarmering fra AMK til koordinator i akuttmottaket på Ullevål ble gjennomført i henhold beredskapsplan. Koordinator besluttet gul beredskap som etter kort tid ble oppgradert til rød. Teamleder kirurg ble konferert i forbindelse med beslutningene. Traumeteamet ble umiddelbart varslet. Sentralbordet på Rikshospitalet mottok meldingene om iverksetting av varsling kl.15.48. Oppgradering til rød beredskap ble mottatt kl.16.08.

Sentralbordet varslet videre til alle klinikkene i henhold til plan. Sentralbordet fikk mange mobilsvarmeldinger grunnet ferietid, noe som gjorde at varslingen tok lang tid. Varsling videre ut til avdelinger og sengeposter fungerte i varierende grad. Mange steder fungerte denne helt i henhold til planverk mens den noen steder var ufullstendig eller manglende varsling. Varsling til stabsenheter og støttefunksjoner var til dels mangelfull.

I akuttklinikken ble det sendt gruppesøk til traumeteamet. Teamet har medlemmer fra flere klinikker for mobilisering av traumemottaket. Dette varselet går til dem som har en rolle i akuttmottaket og bidro til at traumeteamene raskt kom på plass. I noen enheter ble denne varslingen også formidlet videre slik at flere fikk kjennskap til beredskap før varslingen via sentralbord ble iverksatt.

Mange ble kjent med hendelsen i Oslo sentrum via media eller kolleger og møtte opp eller tok kontakt med arbeidsstedet.

#### **Delkonklusjon:**

Akuttmottak mottok alarmering fra AMK som forutsatt og varsling til traumeteam ble raskt iverksatt. Beslutning om beredskapsnivå (gul) måtte fattes på grunnlag av mangelfull informasjon og ble oppgradert til rød beredskap etter kort tid. Den ordinære varslingsrutinen med telefonvarsling til hver klinikk tar noe tid, men fungerte i hovedsak i henhold til plan og nådde frem til de fleste enheter. Det er behov for en ordning som ved massetilstrømning sikrer mobilisering av tilstedeværende personell og klargjøring av behandlingsområder raskere enn man kan oppnå ved telefonvarsling om beredskapsnivå ut til alle avdelinger og enheter. Varsling som går gjennom flere ledd når oftere ikke fram.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Varsling om beredskap via skjermbilde på alle PCer.
- Innføring av SMS innkallings- og varslingsystem.
- Utvide gruppesøk om beredskapsnivå slik at flest mulig av aktørene i akuttmottaket ved massetilstrømning mottar meldingen.
- Etablere system for tilbakemelding for mottak av varsling.
- Avklare roller og ansvar for ulike lokalisasjoner.
- Avdeling for traumatologi lager egne varslingslister for traumekompetent nøkkelpersonale for å sikre mobilisering av disse ved massetilstrømning av kirurgiske pasienter.
- Oppdatering av varslingslister og handlingskort for varsling. Varsel skal gå til bemannet enhet i klinikkene.
- Klinikker og avdelinger må holde varslingslister over ledere og ansatte oppdatert. Herunder ajourføring av lister ved ferier og fravær.

## 2. Mobilisering og innkalling

I mobiliseringen fokuserte man på klinisk eller operativt personell. Noen avdelinger har angivelse i planverket på hvem som skal kalles inn og fulgte dette. Andre enheter har ingen angivelse i planen av hvor mange som skal mobilisere. Andre avdelinger hentet personell fra enheter ved andre lokalisasjoner enn Ullevål.

Ingen hadde vansker med å få tak i nok folk det første døgnet. Igangsatt mobilisering lar seg vanskelig avbryte. Flere enheter mobiliserte nesten alt tilgjengelig personell og mange ansatte kom på jobb på eget initiativ. Personellmengden øker derfor gjennom de første timene og flere steder ble det en betydelig overmobilisering. Flere erfarte at også ledere, stab og støttefunksjoner på alle nivåer i større grad må mobiliseres ved slike store hendelser. Manglende informasjon om omfanget av hendelsen var et usikkerhetsmoment for beslutning om hvor mange som skulle kalles inn, men når omfanget ble tydelig kunne innkallingen tilpasses for noen enheter.

Behovet for å opprettholde ekstra bemanning over lang tid ble en betydelig belastning på flere enheter.

### Delkonklusjon:

Innkalling og mobilisering fungerte tilfredsstillende og ingen enheter hadde problemer med å få tak i nok personell selv om det tok noe tid før alle innkalte var på plass. Erfaringer er at traumbemanning er på plass i akuttmottak i løpet av noen minutter. Det tar en halv time å øke behandlingsskapasiteten, et par timer å mobilisere en stor mengde folk og flere timer før alle som initialt blir innkalt faktisk er på jobb og klar.

### Tiltak for oppfølging:

- Planverket bør tydeligere angi hvordan mobiliseringen skal styres og tilpasses ut fra hvilke enheter som skal motta pasienter fra skadested eller ved interne overføringer og slik at samarbeidende enheter har et harmonisert mobiliseringsnivå.
- Vurdere en struktur for bemanning ved grønn, gul og rød beredskap, samt oppgaver som må iverksettes ved de forskjellige nivåene. En veileder til hjelp for å tilpasse ressursbehovet til den faktiske situasjon blir vurdert.
- Klinikker og avdelinger må likevel selv vurdere behovet for egne ressurser i den enkelte situasjon og tilpasse mobilisering og ressursbruk. Informasjon om situasjonen er viktig faktor i dette.
- Beredskapsplanen for massehendelser bør fokusere på Ullevål. Rikshospitalet bør betraktes som sekundær behandlingsslinje evt. som en ressurs for å innkalle personell til å arbeide i traumeteam på Ullevål.
- Vurdere system for tilbakemelding til ledelse og akuttmottak når enheter er mobilisert.
- Gi føringer i planverket for demobilisering av overskuddspersonell og utskifting av personell spesielt dem som har vært tyngst involvert helt i startfasen.
- Dersom noen enheter planlegger overføring av personell mellom enheter eller lokalisasjoner for å støtte de mest belastede enhetene, må dette forberedes gjennom opplæring og befarung.

## 3. Beredskapsledelse

Fungerende administrerende direktør fikk meldingen om eksplosjon i Oslo kl. 15.32, kontaktet umiddelbart AMK for informasjon og iverksatte innkalling av beredskapsledelsen.

Beredskapsledelsen består av administrerende direktør, fagdirektør, kommunikasjonsdirektør og klinikkledere og støttes av beredskapssjef, leder for prehospitalt senter og nødvendig administrativt personell fra direktørens stab. På grunn av ferietid var mange av lederne stedfortredere. Ved at hendelsen inntraff ved arbeidstids slutt en fredag, var noen hjemme eller på vei hjem. Det tok noe tid før alle ble varslet. Ledelsen ble kontinuerlig komplettert utover ettermiddagen og kvelden. Kommunikasjonsstaben etablerte egen beredskapsstab.

Beredskapsledelsen var i kontinuerlig arbeid utover ettermiddagen og kvelden. Det ble avholdt seks statusmøter med orientering om situasjonen i regjeringskvartalet og etter hvert på Utøya. Prehospitalt senter var den primære informasjonskilden som kunne gi korrekt informasjon og holdt ledelsen og akuttmottak informert om skadeomfang og utvikling på skadestedene. Beredskapsledelsen avholdt fire statusmøter lørdag et møte søndag. Daglige møter ble gjennomført frem til 29. juli. Deretter hver annen dag til beredskap ble avviklet 5. august.

Beredskapsledelsen fokuserte på å sikre driften slik at de operative enhetene hadde de ressursene de trengte og sørget for ivaretagelse av ansatte, sikring av sykehusområdet, omdefinering av pasientstrømmer innad i sykehuset og samarbeid med andre sykehus i Helse Sør-Øst. Beredskapsledelsen etablerte også kommunikasjonslinjer til eier, myndighetene og samarbeidspartnere. Ledelsen hadde også det overordnede ansvaret for at pårørende ble tatt vare på og at presse og publikum ble informert.

Klinikkene rapporterte status for situasjonen i sine avdelinger til beredskapsledelsen som opparbeidet en god situasjonsforståelse. Nødvendige prioriteringer, avklaringer, rollefordeling og beslutninger ble tatt. Klinikklederne tok oppdragene med tilbake til egne avdelinger, fikk oppdragene effektivt og rapporterte tilbake. Dette fungerte effektivt og med meget god lagånd selv med mye trafikk inn og ut fra møtene. Dette medførte noe forstyrrelse.

Helse Sør-Øst delegerte den operative koordineringen mellom regionens helseforetak til Oslo universitetssykehus. Det ble avholdt jevnlig telefonmøter med Helse Sør-Øst og andre helseforetak i regionen hvor koordinering mellom sykehusområdene ble foretatt. Helse Sør-Øst valgte å beholde rapporteringslinjene og samordning av statusrapportering selv.

Rapporteringsrutinene til Helse Sør-Øst varte frem til 29. juli, men sykehuset sendte daglige rapporter så lenge vi var i grønn beredskap frem til 5. august. Deretter sendte vi ukentlige rapporter frem til 25. august.

Beredskapsledelsen har hatt eget beredskapsrom. Rommet var valgt for sin skjermede plassering. På grunn av restriksjoner for dette lokalet var det ikke faste installasjoner for kommunikasjon og presentasjoner. Rommet var derfor under flytting til et annet lokale som ikke var klart med egne telefonlinjer, PCer og presentasjonsløsninger. Beredskapsledelsen manglet tilgjengelig logg, status- og informasjonstavler.

Status og informasjon til egen organisasjon ble ikke tilfredsstillende distribuert. Dette skal skje både i linjen via ledere på alle nivåer og direkte ut til ansatte via intranett og andre kommunikasjonskanaler. Dette må ivaretas selv om informasjonen er usikker. Mange mottok informasjon om krisens omfang bare via media. Beredskapsledelsen må også ivareta informasjon til de enheter som ikke er direkte involvert i pasienthåndteringen men som er en del av beredskapen.

Det var meget stor mediepågang både fra norske og utenlandske medier. Det tok lang tid å peke ut talspersoner for sykehusets ledelse og at disse prioriterte tid til intervjuer.

I de fleste klinikkene var det stedfortredende klinikkledere som fungerte på grunn av ferieavvikling. Det var noe usikkerhet om hvordan klinikkledere på ferie skulle forholde seg, men man valgte å la stedfortredende klinikkleder fungere i beredskapsledelse. Det ble, med noen unntak, ikke etablert beredskapsledelse på klinikknivå. Erfaringen var at klinikken må etablere klinikkledelse og sørge for kommunikasjon og informasjonsflyt ut til beredskapsledelse på avdelingsnivå.

De fleste klinikker for øvrig har meldt at beredskapsledelse på avdelingsnivå er beskrevet i beredskapsplan og ble tydelig utøvd. Enkelte av enhetene som ikke var så direkte involvert, og som hadde en støttende og mer tilbaketrukket rolle, rapporterer om lite tydelig eller fraværende ledelse. Flere enheter har rapportert problemer med å komme frem på telefon og mange løste dette ved personlig oppmøte.

Deler av arbeidet 22. juli ble utført ved hjelp av gammelt planverk, også der oppdaterte planer var tilgjengelig. På mange punkter sammenfaller de gamle og de nye, men på noen steder førte dette til noen uklarheter, men ikke av avgjørende betydning.

Massetilstrømningsplanene på hver lokalisasjon var i stor grad basert på planene fra de tidligere helseforetakene. Aker har rapportert at ledelses- og rapporteringslinjene inn til den lokale koordineringsgruppa har fungert, men at linjen derfra til sykehusledelsen var uklar. Det ble også uttrykt et behov for sentral traumeledelse på Rikshospitalet. Dette ble organisert fra lørdag 23. juli.

Akuttklinikken har en stor del av sin daglige virksomhet konsentrert rundt vaktarbeid, ikke-planlagte aktiviteter og er en mottaker av pasienter fra mange ulike pasientstrømmer. Dette gjør at ledelse og driftskoordinering på enhetsnivå er godt innarbeidet i organisasjonen. Beredskapsplanene benytter seg i stor grad av den samme vaktledelsesstrukturen. Mange av disse rollene er i kontinuerlig bruk i vaktorganisasjonen, men suppleres ved at en del av dagtidsdriftsfunksjonene bemannes. På Ullevål hadde man positive erfaringer med radiosamband mellom deler av ledelsen.

Sikkerhetsseksjonen i Oslo sykehusservice var tidlig på plass og sperret av sentrale bygg på Ullevål og etablerte vakthold. Enheten samarbeidet med politiet som var til stede i perioder. Ved etableringen av støtte til Rettsmedisinsk institutt fra 23. juli, løste sikkerhetsseksjonen en rekke praktiske oppgaver også langt ut over sikringsoppgaver. Også her var politiet til stede i perioder.

Ledelsens kommunikasjon med politiet er planlagt ivaretatt via AMKs representant i lokal redningsentral/utvidet redningsledelse hos politiet. Utvidet redningsledelse ble ikke innkalt og vi manglet således vår kommunikasjonskanal på ledelsesnivå. Anmodning om sikring av Ullevål måtte derfor formidles via publikumstelefon 02800 til politiets operasjonssentral. Anmodningen ble også formidlet via stedlig innsatsleder på Ullevål når disse var til stede og via Helsedirektoratet, men Oslo universitetssykehus mottok aldri tilbakemelding på anmodningene. Politiet var periodevis til stede på sykehusets område om kvelden 22. juli og natten til 23. juli. Sykehuset registrerte også noen patruljer på området. I de perioder politiet forlot området ble sykehuset ikke

informert. Fra formiddagen lørdag 23. juli og gjennom helgen var imidlertid politiet til stede og sikret området kontinuerlig.

#### **Delkonklusjon:**

Fungerende direktør ble tidlig varslet om eksplosjon i Oslo sentrum og iverksatte straks innhenting av informasjon og etablering av beredskapsledelse. Overordnet ledelse var således aktiv fra første stund selv om det tok noe tid før beredskapsledelsen var komplett. Infrastrukturen, planverket og rutiner var noe mangelfull, men overordnet ledelse ble allikevel effektivt utøvd. Formidling av situasjonen, status, prognosere og beslutninger ut til hele helseforetaket fungerte ikke tilfredsstillende og må forbedres.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Beredskapsrom med egnet presentasjonsutstyr, PC og telefonlinjer er etablert. Rommet blir komplettert med planer, telefonlister, statustavler og lignende.
- Planverk for beredskapsledelsen er under oppdatering.
- Etablere ressursgruppe/administrativ støtte til beredskapsledelsen i tilstøtende lokale som kan ivareta oppfølging av administrative tiltak som forpleining, loggføring, referatskriving og andre sekretærfunksjoner.
- Forbedre rutiner for ajourhold og tilgjengeliggjøring av oversikter over ledere og stedfortredere samt raskere innkalling av hele beredskapsledelsen. I slike situasjoner må alle klinikkleder kalles inn fra starten.
- Forbedre rutinene for formidling av situasjonsbildet, prognoser og beslutninger ut til hele foretaket. Dette inkluderer direkte formidling i linjeledelsen, bedre bruk av blant annet intranett, e-post, SMS-meldinger.
- Raskere utpeking av talspersoner for mediehandtering
- Avklare liaisonordninger med samarbeidende etater, spesielt politiet. Herunder aktivt oppmøte fra AMKs representant til lokal redningsentral hos politiet uavhengig av om kollektiv redningsledelse blir innkalt.
- Delegeringen fra Helse Sør-Øst må, i henhold til regional beredskapsplan, også omfatte samordning av rapportering fra de øvrige helseforetakene slik det er mulig for Oslo universitetssykehus å holde et godt situasjonsbilde.

## **4. Gjennomføring**

Oslo universitetssykehus behandlet 33 pasienter fra terrorhandlingene på sykehus. Tolv pasienter fra regjeringskvartalet og 21 fra Utøya. Fordi traumesenteret ligger på Ullevål, ble 31 pasienter behandlet der. En av disse kom via Sykehuset Asker og Bærum til Rikshospitalet og senere videre til Ullevål. En kom via sykehuset i Drammen og syv via Ringeriket sykehus. To pasienter som var skadd i eller nær regjeringskvartalet ble behandlet på Aker og skrevet ut om kvelden 22. juli. Begge disse kom via legevakten.

|                |          | <b>Fra Regj. kv</b> | <b>Fra Utøya</b> | <b>Via Lege- vakt</b> | <b>Via Ringe- riket</b> | <b>Via SAB</b> | <b>Via Dram- men</b> | <b>Totalt</b> |
|----------------|----------|---------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|----------------------|---------------|
| <b>Ullevål</b> | 22. juli | 10                  | 12               |                       | 2                       |                |                      | 24            |
|                | 23. juli |                     |                  |                       | 5                       |                |                      | 5             |
|                | 24. juli |                     |                  |                       |                         |                | 1                    | 1             |
| <b>Aker</b>    | 22. juli |                     |                  | 2                     |                         |                |                      | 2             |

|                        |          |    |   |  |  |          |  |    |
|------------------------|----------|----|---|--|--|----------|--|----|
| <b>Rikshospitalet</b>  | 22. juli |    |   |  |  | 1        |  |    |
|                        | 23. juli |    |   |  |  | Til Ull. |  | 1  |
| <b>Skadelegevakten</b> | 22. juli | 69 | 2 |  |  |          |  | 71 |
|                        | 23. juli | 3  | 1 |  |  |          |  | 4  |
|                        | 24. juli | 3  | 2 |  |  |          |  | 5  |
|                        | 25. juli | 5  |   |  |  |          |  | 5  |
|                        |          |    |   |  |  |          |  |    |

Liggetiden for de øvrige pasientene var tildels lang med pga gjentatte reoperasjoner og revisjoner. 29. juli, en uke etter terrorhendelsene, hadde vi 23 ”22. juli-pasienter”. 1. august var det 22, 17. august ti og 1. september to pasienter. Siste pasienten ble utskrevet og overført til Sunnaas 11. oktober.

85 pasienter ble behandlet på skadelegevakten i Storgaten. 80 av disse ble skadet i regjeringskvartalet eller tilstøtende område. Egen rapport fra skadelegevakten i del III.

Generelt var beredskapsplaner tilgjengelig i enhetene. De fleste steder var beredskapsplaner oppdatert og kjent for de ansatte, spesielt der hvor man har akuttfunksjoner. Noen steder er det imidlertid ikke alle som er kjent med planene og hvor de befant seg. Beredskapsoppgaver er hovedsakelig tilfredsstillende beskrevet i avdelingene og bidro til at hendelsen ble greit håndtert. Imidlertid er ikke alle beredskapsplaner på operativt nivå oppdatert etter at ny overordnet beredskapsplan for Oslo universitetssykehus ble iverksatt i mars. Dette hadde allikevel ikke avgjørende betydning da oppgavene til sentrale avdelinger ikke har endret seg vesentlig med sammenslåingen av Oslo-sykehusene.

Akuttmottaket på Ullevål var fullt av ordinære pasienter da man fikk melding om eksplosjon i Oslo sentrum. Avdelingen ble tømt i løpet av 15 minutter. De første pasientene fra Regjeringskvartalet ankom akuttmottaket få minutter etter at beredskap var etablert her.

Alle pasienter på Postoperativ avdeling på Ullevål, ble utskrevet og ni av elleve pasienter på intensiv ble utskrevet. Man hadde tilstrekkelig kapasitet og tok i mot 22 pasienter fra terrorhandlingene på disse enhetene. Dette kunne ved behov vært økt til 39 bare på Ullevål. For hele foretaket kommer kapasitet ved Aker og Rikshospitalet i tillegg. I tillegg ble det identifisert kapasitet til ytterligere 70 postoperativ- og intensivplasser. Noen avdelinger opplevde problemer med overføring av pasienter ut av sykehuset til andre sykehus med taxi fordi området var avsperrert. Rask utskrivning av pasienter førte til merarbeid og også i noen grad til redusert kvalitet i behandling og oppfølging i den akutte fase, noe det var stor forståelse for blant pasienter og pårørende. Disse pasientene fikk god oppfølging i ettertid og hjemsendelse fikk ingen konsekvenser for liv og helse.

Akuttmottaket, som bemannes med personell fra flere klinikker, mottok 25 pasienter første døgn. Det ble mobilisert 20 traumeteam og 12 operasjonsteam.

I initialfasen (ca første 30 minutter) var det lite personell i akuttmottaket, noe som også førte til situasjoner hvor man manglet utstyr og medikamenter. Deretter var det til enhver tid tilstrekkelig med alle former for resurser. Antall operasjonssykepleiere i klinikk for kirurgi og nevrofag og med ortopedisk kompetanse var ikke tilstrekkelig i et perspektiv over flere dager.

Triage i mottak fungerte bra under ledelse av traumekirurgisk overlege. Venterommet i mottak fungerte bra for etablering av behandlingsteam, men manglet telefon. Overlege ortopedi etablerte team i henhold til beredskapsplanen. I den aktuelle situasjonen var det ikke mangel på antall mennesker eller team, men på den reelle traumekompetansen. I henhold til planen skal teamene følge pasient gjennom behandlingssløyfen frem til sengepost eller annen enhet hvor behandlingsteamet kan avløses. På grunn av behov for raskere gjenbruk av traumekompetansen, ble pasientene overlatt til personale på Postoperativ etter avlevering. Kirurg med traumekompetanse ble stasjonert for å følge, sortere, prioritere eller videreutrede pasienter på Postoperativ sammen med anestesilege. Dette prinsippet vurderes formalisert i planen.

To operasjonsstuer var engasjert med annen aktivitet da beredskap ble etablert. På det mest hektiske ble seks operasjonsstuer benyttet samtidig. Ingen pasienter måtte vente på operasjoner. 17 operasjoner ble utført natt til 23. juli hvorav 16 fra ulykkene og en ”ordinær” øyeblikkelig-hjelp-operasjon

Thoraxkirurgisk avdeling på Ullevål mottok syv pasienter de første 20 minuttene. Det ble utført 19 store inngrep første natt. Kapasiteten i mottak og på operasjonsavdelingen ble aldri overstrukket. Det var ikke mangel på thoraxkirurgisk operasjonskompetanse.

Klinikk for kirurgi og nevrofag omprioriterte raskt 15 senger på nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet og ortopedisk avdeling benyttet overføringspost og overflytting til Aker for frigjøring av kapasitet. Det må vurderes om sengepostene trenger å oppbemanne fra første stund. Klinikk for kirurgi og nevrofag hadde 28 av pasientene fra terrorhandlingene innom sine avdelinger.

Gjennomføringen av akuttmedisinsk avdelings del av katastrofeplanen, dvs. ivaretagelse av både de medisinske og kirurgiske intensivpasientene fungerte meget godt. Akuttmedisinsk avdeling hadde nok medikamenter, utstyr både for mer dialyse og minst 12 respiratorpasienter.

Alle pasientene ble testet med forskjellige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser. I tillegg gjennomførte vi CT-undersøkelser og analyser av de døde i forbindelse med rettsmedisinske undersøkelser på Rikshospitalet.

Det ble gjennomført dosemålinger av kulene benyttet på Utøya. Ingen av disse var radioaktivt kontaminert. Utover dette er det ikke undersøkt stråling i ettertid.

Det ble utvist meget god lagånd og stor evne til å improvisere. Nødprosedyrer og improvisering er en del av den daglige kulturen for mange enheter. Nødvendige tilpasninger ble derfor gjennomført raskt og effektivt i denne situasjonen også. Behovet for merkantil personell i slike situasjoner er påpekt.

På oppdrag fra IKT-avdelingen utførte Sykehuspartner en rekke tiltak for å forsterke IKT-løsninger. Telefoner ble omprogrammert og ekstra telefonlinjer ble etablert, spesielt var dette viktig for pårørendehåndtering. Det ble etablert ekstra PC-posisjoner på Rettsmedisinsk institutt for å gjøre arbeidet der effektivt.

Pasientdokumentasjon var noe mangelfull i akuttfasen, blant annet på grunn av at det manglet anestesijournaler på medisinske rom (tiltak iverksatt).

Rød beredskap medførte også mobilisering på Aker og Rikshospitalet noe som var en viktig faktor for Ullevål som kunne ha full fokus på de skadde fra terroraksjonene. På Aker var seks operasjonsteam klar kl.17.00. Situasjonen ble godt håndtert også på Aker som hadde kapasitet til langt flere pasienter.

Rikshospitalet som har meget stor operasjons- og behandlingsskapasitet, mottok bare en pasient fra terrorhendelsen og ble ikke satt på prøve. Ti operasjonsteam var klare og syv barneintermediære plasser.

Når det gjaldt medikamenter og teknisk utstyr i akuttmottaket gikk dette greit bortsett fra noen mangler de første 30 minutter. Diverse annet forbruksutstyr hadde man i perioder problemer med å få tilført, men dette ble løst fortløpende. Sykehuset fikk mangel på nakkekrager, og slike ble sendt i taxi fra akuttmottaket på Aker og fra Diakonhjemmet.

Når det gjelder utstyr, trenger akuttmottaket oversikt over når de forskjellige serviceavdelingene ankom til Ullevål. Akuttmottaket trenger kontaktpunkter og oppdaterte telefonlister til enheter de trenger tjenester fra ved beredskap. Etter hvert kom det traller fra sterilavdelingen til akuttmottaket. Det var ingen til stede som kjente innholdet i disse trallene, hvilket medførte ekstraarbeid for å lete etter riktig utstyr.

Det var aldri mangel på kapasitet fra anestesi eller postoperativ avdeling.

Det pågikk kampanjer via internett/media om å gi blod. Oslo universitetssykehus la ut egen melding på twitter med ønske om at blodgivere skulle melde seg, men den første meldingen var unyansert og etter stor tilstrømning måtte vi presisere at det bare var allerede registrerte blodgivere som kunne komme. Før dette kom ut, var det mange hundre som ønsket å melde seg som blodgivere. Flere medier hadde i tillegg oppgitt feil telefonnummer og det tok litt tid å rette opp denne feilen.

Ivaretagelse av mat og drikke til de ansatte er viktig i en slik situasjon. Det tok noe tid før leveransene fra eget kjøkken kom i gang og det er påpekt at leveransene var uegnet i denne situasjonen da man ikke hadde tid til å smøre egen mat. Mange ble temmelig sultne.

For at Ullevål skulle kunne bruke sine operative ressurser til reoperasjoner på de skadete, ble planlagt kirurgi og visse akuttsløyfer overført Rikshospitalet, Aker og Akershus universitetssykehus (Ahus). Pasientstrøm for øyeblikkelig hjelp for gastrokirurgi og ortopedi ble rutet til Ahus. Fra 26. juli gikk øyeblikkelig hjelp for ortopedi til Aker. Fra 28. juli ble også øyeblikkelig hjelp for gastrokirurgi som sokner til Oslo universitetssykehus rutet til Aker. Internt ble akutt infarkt og slagbehandling rutet om fra Ullevål til Rikshospitalet. Fra 28. juli ble hjertestans rutet om fra Ullevål til Rikshospitalet. Fra 29. juli gikk akutt infarkt og slagpasienter til Ullevål som normalt.

Andre eksempler er:

| Seksjon              | Tidspunkt    | Annet   |
|----------------------|--------------|---|
| Generell Intensiv RH | 22.7 – 23:25 | Hjertestanser i OUS under grønn beredskap   |
| PO Ullevål           | 25.7 – 08:00 | Ø-hjelp traumatologi som vanlig fra lørdag 23.7. Økt bemanning gjennom helgen. Redusert elektiv postoperativ aktivitet til 5.8. |



|                         |              |   |
|-------------------------|--------------|---|
| <b>Intensiv II/III</b>  | 25.7 – 08:00 | Intensiv III tatt ned 23.7, 20:30<br>Intensiv II/III fullt belegg fram til 25.7. Økt bemanning pga hendelsen første uken.         |
| <b>PO1 RH</b>           | 22.7 - 23:30 | Sendt hjem innkalt personale. Siste pasient fra Ullevål flyttet ut 24.7. Tok elektive pasienter fra Ullevål under grønn beredskap |
| <b>Akuttmottak RH</b>   | 23.7 -11:15  | Ekstrapersonell trer av, rydder ned.  |
| <b>PO2 RH</b>           | 22.7 – 22:00 | De fleste innkalte permitteres. Fire blir igjen til 23.7, kl. 01.00. Åpent 23.7, 07:30-22:30. Stengt søndag 24.7. Normal drift.   |
| <b>Barneintensiv RH</b> | 23.7 – 14:30 | Normal drift  |
| <b>PO/Intensiv Aker</b> | 23.7 – 11:00 | Beredskap ned – normal drift + ø.hjelp gastro/orto for Ullevål over en uke.   |
| <b>PO RAD</b>           | 23.7 – 08:00 | Kun personal i beredskap hjemme – tas ned når overgang til gul beredskap lørdag   |

### **Delkonklusjon:**

Til tross for ferieavvikling var det nok personell tilgjengelig. Hendelsen ble godt håndtert av et samlet foretak hvor alle enheter samarbeidet og bidro til raske og gode løsninger. Alle pasientene fikk god behandling, ingen fikk reduserte behandlingsforløp som følge av streng prioritering.

Oslo universitetssykehus har kapasitet til å behandle langt flere traumepasienter enn terrorhandlingene 22. juli resulterte i.

Beredskapsplaner er basert på likhetsprinsippet og der hvor planverket er lite kjent, ufullstendig eller ikke etablert fungerte det allikevel godt, noen steder ved handelkraft, improvisering og en meget stor vilje til samarbeid på tvers av avdelinger, klinikker og lokalisasjoner. Erfaringen fra 22. juli skal danne grunnlag for forbedringer og mer komplette beredskapsplaner.

### **Tiltak for oppfølging:**

- Lokal koordinering og samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger må avklares og tydeliggjøres i beredskapsplanen og handlingskortene.
- Behov for mer utstyr til nødprosedyrer. Sikre at man får tak i leverandører for påfyll.
- Oppfylling av de ulike operasjonsstuene i mottak ved en eventuell massetilstrømning må også defineres og avklares bedre. Akuttmottaket går også igjennom hvilken type utstyr man trenger på beredskapstraller i kjelleren.
- Avklare hvilke ressurser som skal være tilstede i akuttmottak, og hvilke skal vente andre steder. De som bør være i beredskap kan være i lokale nær akuttmottaket eller tilkalles fra sine respektive avdelinger.
- Triage er i beredskapsplanen tenkt besatt av kirurg 832. Funksjonen foreslås erstattet med traumekirurgisk overlegekompetanse så tidlig som mulig (justert i nytt utkast).
- Det vil være en fordel at den som setter sammen team har inngående kjennskap til tilstedeværende traumekirurgiske kompetanse og kjennskap til huset. Funksjonen bør ideelt sett dekkes av teamlederkompetent forvakt.
- Unngå CT, få pasienter videre fra mottak.
- Tydeligere kommunikasjon mellom teamleder kirurg og radiologi i akuttmottaket med hensyn til logistikk og prioriteringer på de ulike maskinene.

- Det medisinske ansvar for pasienter som skal til, eller har vært på røntgenundersøkelser, må defineres bedre i den lokale beredskapsplanen for Rikshospitalet.
- Team på ”medisinske behandlingsrom”, bør bemannes med personell fra mottak som er kjent fysisk. Medisinske leger bør ta i mot pasienter et annet sted enn i mottak.
- Dokumentasjon ble noe mangelfull blant annet på grunn av at det manglet anestesijournaler på medisinske rom. Tiltak er iverksatt.
- Rutiner for blodprøver hvor skadde kun er identifisert med hjelpenummer må forbedres.
- Formalisering av kommunikasjonslinjer mellom behandlere og sengpost.
- Bedre konvertering av nødnumre til riktig identitet.
- Etablere plan for informasjon og mottak av store mengder blodgivere.
- Det må sikres at taxier og andre transportressurser som skal benyttes til evakuering av pasienter fra sykehuset får tilgang til området.

## 5. Pårørendebehandling

Politiet har det overordnede ansvaret for håndtering av pårørende ved store ulykker og katastrofer. Oslo universitetssykehus har ansvaret for å ivareta pårørende til pasienter som er innlagt på våre sykehus. I Oslo universitetssykehus har Klinikk for psykisk avhengighet og rus det faglige ansvaret for pårørendebehandling og psykososial støtte. Psykososialt kriseteam ved Oslo universitetssykehus, Ullevål ivaretar pårørende til pasienter som er innlagt i sykehuset. Det er et tverrfaglig team som består av 14 personer: voksen-, barne- og ungdomspsykiatere, sykepleiere, psykologer, sosionomer, kontorpersonell og prest. Ved behov, forsterkes kriseteamet med ansatte i Akuttpsykiatrisk avdeling, og fra Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon.

I Oslo politidistrikts beredskapsplan skal politiet opprette pårørendesenter på Plaza hotell for pårørende til savnete og antatt skadde. Vi samarbeider med politiet slik at pårørende til pasienter som ligger inne på våre sykehus blir sendt hit. Dette er planlagt ivaretatt ved at politiet sender tjenestemenn til vårt pårørendesenter på Ullevål. Her får de informasjon om hvilke pasienter som ligger på sykehuset og utveksler denne informasjonen med sitt eget pårørendesenter på Plaza. Om nødvendig skal politiet også opprette et senter for evakuerte.

**Fase 1a) 22. og 23. juli:** Beredskapsleder i Klinikk for psykisk avhengighet og rus møtte nestleder for Psykososialt kriseteam i akuttpsykiatrisk mottak. 22. juli kl 16.25. Begge møtte etter eget initiativ uten å være innkalt. Nestleder i Psykososialt team iverksatte kl 16.45 åpning av pårørendesenteret etter gjeldende plan på Lærings- og Mestringssenteret (LMS), Pasienthotellet, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

De første pårørende etter eksplosjonen i Regjeringskvartalet ankom Ullevål før pårørendesenteret for innlagte pasienter på Ullevål var etablert. Akuttmottaket hadde da ingen ressurser ledige for å ivareta dem. Liggetiden i akuttmottaket på Ullevål var 22. juli ned mot et kvarter for mange pasienter. I denne tiden måtte somatisk pasientbehandling ha prioritet. Pårørende ble samlet i kantinen inntil representanter fra Psykososialt kriseteam kom og fulgte dem over til Pasienthotellet.

Varsling av Psykososialt kriseteam fungerte ikke etter gjeldende plan. Leder for teamet og sentrale medarbeidere ble først varslet over telefon kl 17.15.

### **Informasjon og kommunikasjon:**

I løpet av kvelden 22. juli besøkte vel 200 antatt pårørende pårørendesenteret på Ullevål. 600 oppringninger ble besvart. Riksdekkende medier oppga ettermiddag og kveld 22. juli telefonnummeret for pårørendesenteret på Ullevål sykehus som telefonnummeret til et nasjonalt pårørendesenter, i stedet for 815 02 800, som er politiets faste telefon for pårørende ved større hendelser. Tross gjentatte puringer ble dette ikke rettet før etter mange timer.

Pårørendesenteret for innlagte pasienter ved Ullevål mottok vel 600 oppringninger i løpet av kvelden 22.juli, fordelt på tre telefoner som betjente én linje. Vi vet ikke hvor mange som har forsøkt å ringe inn uten å få svar. Oppringningene ble besvart av sentrale medarbeidere i psykososialt kriseteam, samt frivillige fra akuttpsykiatrisk avdeling Oslo universitetssykehus: psykiatere, sykepleiere, psykolog og sosionom. Registrering av innringere ble prioritert ut fra antatt tilknytning til innlagte pasienter. Mange henvendelser var fra nyhetssøkende, og ble ikke registrert.

Mellom kl 22 og 23 ble beredskap redusert fra rød til gul. Det ble besluttet at pårørendesenteret skulle stenge for natten, og at telefonene skulle settes tilbake til akuttmottaket etter daværende plan.

### **Fase 1b) 23. juli:**

Etter en drøy time over midnatt uten telefonhenvendelser ble pårørendesenteret stengt for resten av natten ca kl 01.30. Politiet gikk ut med antall døde midt på natten, og dette førte til et meget sterkt press på de ansatte i akuttmottaket som betjente telefoner.

Pårørendesenteret på Ullevål gjenopptok ansvaret for oppringninger fra pårørende fra tidlig morgen 23. juli, og holdt etter dette døgnåpent for henvendelser. I løpet av 23. juli ble det registrert mottatt vel 200 telefoner og pårørende til de fleste av de 31 innlagte pasientene besøkte og innledet kontakt med medarbeidere ved pårørendesenteret.

Politiet sendte ikke tjenestemenn til vårt pårørendesenter på Ullevål og kommunikasjonen med politiet i løpet av det første døgnet var sparsom. Psykososialt kriseteam ble 22. juli informert om at pårørendesenter for pårørende til savnede og antatt døde ikke skulle opprettes på Plaza hotell, etter gjeldende plan, men skulle flyttes til Stovner politistasjon. Informasjon ble gitt over telefon flere ganger av ikke navngitt medarbeider i politiet. Om morgenen lørdag 23. juli fikk vi informasjon om at politiets pårørendesenter ble endret til Anker hotell, like ved legevakten. Noen timer senere ble psykososialt kriseteam informert om at politiet hadde flyttet pårørendesenter for pårørende til savnede og antatt døde til Sundvollen hotell i Hole kommune, like ved Utøya. Samtidig opprettet Byrådet i Oslo en møteplass for sørgende i Oslo Domkirke. AUF opprettet sitt møtested for berørte på konferansesenteret, Folkets Hus. Legevakten/Psykiatrisk legevakt i Oslo bisto i Domkirken og på Folkets Hus. Fungerende leder for psykiatrisk legevakt sto i løpende kontakt med psykososial beredskapsleder og informerte om oppdrag legevakten fikk, dels ved direkte henvendelser, dels via Oslo kommunes legevakt. Psykososial beredskapsleder koordinerte ikke denne delen av psykososial støtte.

Pårørendesenteret på Ullevål oppnådde ingen direkte kontakt med politiet. Verdifull informasjonsutveksling ble derfor forsinket. I arbeidet med pårørende hadde psykososialt kriseteam en samtidighet: Informasjon om hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya ble formidlet gjennom media både til hjelpere, skadde og pårørende samtidig.

Videreformidling og bearbeiding av informasjon for de berørte var de første dagene på individuell basis, der de psykososialt kriseteams grupper besto av den enkelte pasient og dennes nærmeste pårørende.

I løpet av 23. juli ble det registrert mottatt vel 200 telefoner. Pårørende til 31 pasienter innledet kontakt med pårørendesenteret.

### **Fase 1c) 23. juli:**

#### Identifisering av alvorlig skadete:

Akuttklinikken har en sentral rolle i arbeidet med å identifisere pasientene og konvertere NN-numrene (løpende "katastrofenummer" som benyttes ved beredskap siden pasientenes identitet oftest ikke er kjent). Pasientene var for en stor del inneliggende på akuttklinikkens avdelinger den tiden de fortsatt hadde NN-nummer. For pasientbehandlingen er det en fordel at ikke NN-numrene konverteres for tidlig, og kanskje ikke før etter et par dager. For pårørendehåndteringen er det derimot viktig å få bekreftet identitet så raskt som mulig. Frem til ettermiddagen 23. juli var fortsatt to av pasientene ikke identifisert. Psykososialt kriseteam bidro med identifisering av enkelte pasienter ved hjelp av pårørende.

Personell fra prestetjenesten, Akuttklinikken og avdeling for Akuttpsykiatri deltok i arbeidet ved pårørendesentrene. For størstedelen av Akuttklinikken har pårørendesenteret på Ullevål skjermet deres arbeid mot henvendelser utenfra. De enhetene som likevel fikk pårørendehenvendelser har manglet informasjon i planverket om hvordan kommunikasjonen mot pårørendesenteret skal fungere.

#### **Identifisering av antatt døde:**

Politiet opprettet sitt senter for overlevende og pårørende til savnete på Sundvollen hotell fra 23. juli. Det ble i løpet av 23. juli klart at arbeidet med identifisering av døde måtte gjøres på Rettsmedisinsk Institutt, Universitetet i Oslo på Rikshospitalet. Instituttet ligger i umiddelbar nærhet til Gaustad pasienthotell, Rikshospitalet. Idet pårørendesenteret for overlevende og savnete midlertidig var opprettet på Sundvollen hotell, ble det vurdert hensiktsmessig å avvike fra gjeldende plan og å videreføre pårørende til savnede og antatt døde fra Sundvollen til Gaustad pasienthotell, Rikshospitalet. Pårørendesenteret for antatt savnede og døde ble derfor etablert på Gaustad pasienthotell. 23. juli ble det fortsatt oppgitt at 84 var drept på Utøya, og en utelukket ikke at antall drepte kunne være høyere enn 84.

Prestetjenesten ved Rikshospitalet ble utpekt å lede pårørendesenteret for døde, også betegnet som senter for etterlatte. I tillegg ble ansatte ved Barne- og Ungdomspsykiatrien Oslo universitetssykehus, samt ansatte ved akuttpsykiatrisk avdeling mobilisert for å ta i mot etterlatte på Gaustad hotell. I dagene 23. – 26. juli ble det gjentatte ganger varslet fra politiet at etterlatte ville bli kjørt med buss fra Sundvollen hotell til pårørendesenteret på Gaustad hotell. Fra kontaktpersoner på Sundvollen varierte oppgitt antatt antall pårørende som skulle busses inn mellom 70 og 200. Endelig antall som ankom var 42.

Oslo sykehusservice bidro ved etablering av pårørendesenter på Rikshospitalet for håndtering av pårørende til de døde. Resepsjonen på Gaustad hotell bidro ved ombooking og forlegging av pasienter fra hotellet inn på Rikshospitalet og koordinerte avtalen med hotellet. Dette ble en adhoc-løsning som ikke er ivarettatt i beredskapsplanen til Oslo universitetssykehus. Gammel beredskapsplan for Rikshospitalet ble iverksatt og tilpasset for å løse denne oppgaven.

## **Fase 2) Fra 24. juli:**

Ivaretagelse av hardt skadete pasienter og deres pårørende

Psykososialt kriseteam ble bygget ut fra gjeldende plans bemanning til i alt 43 personer, dels ved tilkalling, dels ved ansatte som meldte seg frivillig fra:

- Barne- og ungdomspsykiatrien på Ullevål og Rikshospitalet
- Prestetjenesten ved Rikshospitalet
- Ansatte ved Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus
- Frivillige fra andre avdelinger ved Klinikk for psykisk avhengighet og rus
- Ansatte fra Psykiatrisk divisjon, Akershus universitetssykehus

Psykososialt kriseteam ble inndelt i tre vaktskift per døgn. Hovedtyngden av arbeid ble prioritert mellom kl. 08.00 og kl. 18.00. Det ble anbefalt overfor pårørende å søke ro og unngå følelsmessig overbelastning de siste timene av det våkne døgnet. Vi understreket betydningen av å etterstrebe normal døgnrytme etter de første svært krevende dagene for alle pårørende.

Pårørendesentrene hadde enkeltstående episoder der representanter for en frivillig organisasjon krevde å være tilstede inne i pårørendesenteret om natten for å være tilgjengelig for enkelte pårørendes behov for følelsmessig bearbeiding døgnekontinuerlig. Forsøk på dialog mellom disse representantene og ledelsen for sykehuset måtte løftes til fungerende helsedirektør før alle kunne akseptere psykososialt kriseteams arbeidsmetodikk.

Psykososialt kriseteam gjennomførte tre korte rapportmøter i løpet av hvert døgn med oppdatering om pågående arbeid med de skadete og deres pårørende, samt informasjon fra ledelsen. Hvert av de tre vaktskiftene i løpet av et døgn ble igjen inndelt i flere team med ett behandlingsteam per pasient.

Kontinuitet i behandlingen ble etterstrebet. Pasienten og pasientens nærmeste pårørende ble ivare tatt av samme team. I enkeltsaker ble det satt inn flere team ved behov. Noen pasienter hadde flere nære omsorgspersoner i tillegg til biologiske foreldre. Medarbeidere internt i hvert pasientteam ble vurdert etter pasientens alder, barne- og ungdomspsykiatrien tok seg av pasienter opp til og med 18 år. Fordeling av fagsammensetning psykiatere/psykolog og sykepleier/sosionom i det enkelte team ble vurdert etter familiens totale belastning. Hver pasientkontakt ble registrert og journalført i det elektroniske pasientsystemet PasDoc.

Henvendelser over telefon avtok til vel 50 om dagen. Pårørende til 31 innlagte pasienter oppsøkte Pårørendesenteret på Ullevål. Mer enn 20 oppsøkte pårørendesenteret på Rikshospitalet.

Felles informasjonsmøte for pasienter og pårørende ble holdt tirsdag 26., onsdag 27. og torsdag 28. juli. Tirsdag 26. juli informerte tre ledende tjenestemenn innen politiet. Mer enn 45 pårørende møtte opp på Ullevål. Onsdag 27. juli ga sykehusets ledelse samme informasjon på Rikshospitalet, som politiet hadde gitt på Ullevål. Flere enn 40 møtte opp. Torsdag 28. juli besøkte statsministeren pårørendesenteret på Ullevål i lukket møte. Vel 70 pasienter og pårørende møtte opp.

## **Fase 3) Fra mandag 25. juli:**

Psykologisk oppfølging av personell.

Foretakets beredskapsledelse besluttet å holde tre like plenumsinformasjonsmøter for alle ansatte ved Aker, Rikshospitalet og Ullevål. Til disse møtene bidro beredskapsleder for

psykososial beredskap. I plenumsmøtene ble alle rådet til at henvendelser om debriefing av personell ble gitt til nærmeste leder og i linjeledelsen. Etter dette har psykososialt kriseteam ledet 24 grupper av ansatte, 8 – 16 personer i hver gruppe, samt gitt ni ansatte individuell samtale. Der det har vært nødvendig med videre bearbeiding har den enkelte vært henvist videre til fastlege, DPS/poliklinikk eller annen hjelp. Siste debriefing på gruppenivå var 10. august.

#### **Fase 4) Fra fredag 29. juli:**

Overføring av pasienter og pårørende til neste behandlingsnivå.

Pasienter som kunne utskrives til hjemstedet ble overført til den lokale spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern/DPS – poliklinikk som umiddelbart overtok ansvaret for videre oppfølging. Oppfølging av pårørende på eget hjemsted ble vurdert etter behov og tilbud. Pasienter som skulle behandles videre i somatisk sykehus ble overført til konsultasjons-/liaisonenheten (C-L-teamet) på sykehuset.

#### **Fase 5) Fra lørdag 30. juli:**

Nedrigging av pårørendesenter, overgang til normal sykehusdrift.

Rikshospitalets pårørendesenter for pårørende til savnete og antatt døde ble lukket 30. juli.

Siste døde var da identifisert og etterlatte hadde kunnet ta farvel med sine. Ullevål lukket pårørendesenteret for pårørende til hardt skadete pasienter innlagt i sykehuset onsdag 3.

august. Konsultasjons- og Liaisonenheten ved Ullevål/Aker overtok videre oppfølging av dem som fortsatt var innlagte pasienter. Siste pasient ble skrevet ut 11. oktober 2011.

#### **Delkonklusjon:**

Det psykososiale arbeidet overfor pasienter, pårørende og ansatte vurderes som godt. I en så krevende situasjon er det alltid svakheter og mangler, men hovedinntrykket er svært positivt. Til tross for andre uke i fellesferien var det nok personell, dels ved innkalling, dels ved at frivillige meldte seg. Flere av de faste medlemmer av psykososialt kriseteam hadde ferie 22. juli, men avbrøt denne for å delta i arbeidet. Sammen med Akuttpsykiatrisk avdeling sørget de for uvanlig fleksibel mobilisering av personell. Psykososialt kriseteam gikk uvanlig omfattende inn i tidlig bearbeiding av traumer, og skjermte samtidig ansatte i somatisk del av helsetjenesten for stor pågang av pårørende. Pårørende til døde fikk individuell omsorg og mulighet for bearbeiding. Ansatte fikk tidlig mulighet for å bearbeide opplevelsene av et stort volum av svært unge, som var hardt skadet på grunn av ett enkelt menneskes onde handlinger.

Erfaringen fra 22. juli skal danne grunnlag for forbedringer av eksisterende planer for pårørende håndtering ved hendelser med massetilstrømning.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Overordnet beredskapsplan for pårørendehåndtering må oppdateres. Herunder ansvarsfordeling og samarbeid på tvers av klinikker, avdelinger og enheter.
- Beredskapsplaner på nivå 2, for de enkelte enhetene i pårørendehåndteringen, må oppdateres. Herunder åpningstider, dokumentasjon, journalføring, registrering av pårørende, telefontjenester, språkkunnskaper hos ansatte, ID-kort, skilting, P-plasser for pårørende, vakthold og sikring.
- Samarbeidet med politiet må gjennomgås i samarbeid med Oslo politidistrikt, inkludert rutiner for informasjonsutveksling og kontaktpunkter.
- Nytt planverk for pårørendehåndtering for omkomne må etableres. Dette er en støttefunksjon til Rettsmedisinsk institutt og politiet og må samordnes med dem.

- Klinikk for psykisk helse og avhengighet har også Psykiatrisk legevakt som en del av sin virksomhet. Politiet vil ved behov be om assistanse fra Psykiatrisk legevakt via Oslo kommunale legevakt. Retningslinjer for denne mobiliseringen må nedfelles.
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet har to Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) som en del av sin virksomhet. Øvrige DPS i Oslo har andre sykehus som sin arbeidsgiver. Politiet vil ved behov be om assistanse fra byens DPS til å bistå den enkelte bydel. Det er viktig at retningslinjer for mobilisering, lister over tilgjengelig personell og plan for opplæring av ansatte blir utarbeidet.

## 6. Ivaretagelse av egne medarbeidere

Foretaket forberedte tidlig et opplegg for oppfølging av egne medarbeidere hvor Klinikk for psykisk helse og rus stod for den faglige og mye av den praktiske gjennomføringen til støtte for enhetene i foretaket. Ivaretagelse av medarbeidere generelt er et lederansvar som ivaretas i avdelingene og som håndteres litt ulikt og avhengig av avdelingens oppgaver og drift. De mest eksponerte enheter som ambulansetjenesten og akuttmottak har rutiner for støtte- og oppfølgingsarbeidet av medarbeidere som eksponeres for slike sterke inntrykk som mange ble utsatt for i denne hendelsen.

Allerede om kvelden 22. juli var de tyngst belastede enheter i gang med systematisk oppfølging av medarbeiderne. Avdelinger som hadde de mest sentrale rollene i behandlingen av pasientene iverksatte tiltak for rulling av ansatte for å gi rom for hvile og for fordeling av arbeidsbelastningen. Mange enheter hadde godt med ressurser tilgjengelig i avdelingen gjennom helgen slik at nødvendig hviletid og pauser kunne ivaretas på en god måte.

De nærmeste dagene etter hendelsene ble det gitt tilbud om debriefing med psykososialt team og personalet deltok på gruppesamtaler. Noen enheter hadde egne møter hvor hendelsen ble gjennomgått i detalj samt åpnet for refleksjoner rundt de påkjenninger de opplevde. Ledere har hatt flere individuelle samtaler med dem som har ønsket det og det har vært stort fokus på bearbeiding. Noen enheter har også hatt gruppesamtaler med de ansatte for å se på hvordan beredskapsplanen fungerte og forslag til endringer. I noen enheter er det gjennomført møter slik at ansatte som var til stede kunne dele erfaringer med ansatte som var på ferie eller av andre grunner ikke var til stede under hendelsen.

Erfaringen er at mange har bearbeidet inntrykk i samtaler med kollegaer de jobbet sammen med og hadde mindre behov for debriefingsgruppene som ble arrangert.

Enkelte av det mobiliserte personellet som ikke ble direkte involvert i arbeidet med de skadde, dette gjelder spesielt på Aker og Rikshospitalet, har gitt uttrykk for frustrasjon over ikke å bli benyttet da de hadde et stort ønske om å bidra.

Ledelsen avholdt allmøter på Aker, Rikshospitalet og Ullevål mandag 25. juli. På disse møtene formidlet ledelsen sine inntrykk, ga anerkjennelse til de ansatte for sin innsats og ga rom for spørsmål og kommentarer. Det ble også avholdt et møte hvor ledelsen deltok sammen med politi og rettsmedisinsk institutt for de som var involvert i arbeidet med å støtte identifiseringsarbeid og rettsmedisinsk obduksjon.

Oslo universitetssykehus vil ha fokus på behovet for langsiktig oppfølging av våre medarbeidere. Det er bemerket at en del ansatte som kanskje håndterte den akutte fasen bra, nå merker ettervirkninger.

**Delkonklusjon:**

Det ble tidlig satt fokus på ivaretagelse av medarbeiderne. Mange enheter har gode rutiner for oppfølging og iverksatte tiltak allerede i akuttfasen. Gruppesamtaler og individuelle oppfølging ble iverksatt de neste dagene. Det er etablert opplegg for dette arbeidet også for langsiktig oppfølging slik at ledere og den enkelte medarbeider får den støtte som er nødvendig og ønskelig.

**Tiltak for oppfølging:**

- Utarbeide overordnet plan eller prosedyre for oppfølging av ansatte som har vært utsatt for tøffe på kjenninger i sitt arbeid. Denne bør utformes slik at den også kan brukes i andre situasjoner enn ved beredskap og massetilstrømning av pasienter. Planen må beskrive generelle prinsipper og hvor avdelingene kan få faglig støtte i slike situasjoner, eks fra bedriftshelsetjeneste og klinikk for psykisk helse og avhengighet.
- Undervisning i håndtering av sterkt traumatiserte pasienter.

## 7. Informasjonsflyt

Den sentrale kilden til riktig informasjon i slike situasjoner som vi opplevde 22. juli er Prehospitalt senter med AMK som den sentrale aktør. I akuttmottaket på Ullevål fikk de god informasjon fra AMK under hendelsen. Dog er det bemerket at man var noe plaget med mange rykter som kom fra ulike hold. Teamleder kirurg ga god informasjon under hendelsen. En del enheter som har representanter i akuttmottaket fikk relevant informasjon som kunne formidles videre i klinikk og avdeling. Man hadde god kontakt med beredskapsleder kvelden 22. juli, men liten kontakt med andre i sykehusets ledelse. På Aker melder operasjonsavdelingen at de ble holdt informert av ortopedisk overlege.

Leder for Prehospitalt senter holdt ledelsen informert om situasjonen i regjeringskvartalet og på Utøya. Informasjon fra foretakets beredskapsledelse videre ut til foretaket ble opplevd som mangelfullt og dårlig systematisert. Det etterlyses informasjon til hele sykehuset, også ut til de enheter som er i beredskap, men som ikke nødvendigvis er direkte involvert i håndteringen av pasientene. Informasjon etterlyses selv om den er usikker. Informasjon om hvilken situasjon og utfordring man står overfor er viktig for riktig tilpasning av ressurser og tiltak. Informasjon om krisens omfang ble for mange basert på det man fikk via mediene.

Foretakets intranett, virksomhetsportalen, ble benyttet til å meddele beredskapsnivå og noe informasjon om situasjonen. Intranettet blir i varierende grad benyttet og den informasjon som ble presenter ble ikke opplevd som tilfredsstillende. Det etterlyses mer informasjon enn bare "tørre tall".

Klinikklederne, som sitter i foretakets beredskapsledelse, formidlet informasjon til sine klinikker underveis. Rutinene for dette er ulik i og de fleste klinikkene savnet informasjon om status og hvilket behov man hadde for ulike ressurser utover i krisens forløp. Enkelte enheter fikk god informasjon fra sine ledere. Generelt savnet de fleste avdelinger også informasjon om når situasjonen var avklart og når enheter kunne redusere antall personer til stede. Mange medarbeidere som hadde blitt mobilisert satt og lurte på hva som skjedde og mange følte seg for dårlig ivaretatt. Dette omtales som svikt i vertikal ledelseslinje. Det er også et behov for å nå ut til ansatte som ikke er til stede på jobb.



En av klinikklederne sendte i uken etter hendelsen ut informasjonsskriv til avdelingsledere om beredskapsgrad, antall inneliggende pasienter med mer. På den måten var ledere oppdatert og kunne videreformidle informasjon. I noen klinikker formidlet man informasjon via vaktfunksjoner. Informasjonsflyten gikk tilsynelatende via gamle planers linjer på Aker og Rikshospitalet. Informasjon mellom samarbeidende avdelinger var ikke alltid optimal.

#### **Delkonklusjon:**

Den viktigste informasjonen kom via AMK og ble formidlet til akuttmottak som hadde god informasjon om hendelsene. Ledelsen ble holdt informert om situasjonen i regjeringskvartalet og på Utøya av leder for Prehospitalt senter. Informasjon videre i foretaket ble formidlet via klinikkledere og intranettet. Denne informasjonen har ikke vært tilfredsstillende for at enhetene ute i sykehusene kunne ha en god forståelse av situasjon, status, prognoser og behov. De fleste fulgte hendelsene i mediene.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Bedre rutiner for formidling av informasjon fra beredskapsledelsen ut til klinikker og avdelinger.
- Bedre bruk av intranettet.
- Vurdere andre kommunikasjonskanaler som f.eks SMS-meldinger og egne informasjonsskjermer.

## **8. Presse og mediehandling**

Kommunikasjonsstaben ble raskt varslet og var på plass med tilstrekkelige ressurser på sykehuset i løpet av kort tid.

De første timene var det svært stor pågang fra norske og utenlandske medier. Pågangen avtok gradvis, men det var stor pågang i flere uker etter 22. juli.

Håndteringen av norske medier fungerte i hovedsak godt. Det ble gjennomført flere pressebriefinger på Ullevål. Her stilte representanter for beredskapsledelsen og sentrale fagfolk fra akuttmottaket. Det ble gitt generelle orienteringer og intervjuer til enkeltmedier. Dette fungerte godt. Pågangen fra utenlandske medier var vi ikke godt nok forberedt på og det tok noe tid før vi stilte til intervjuer med blant annet Al Jazeera, CNN og BBC.

Kommunikasjonsstaben hadde for liten kapasitet til å ta i mot mediehenvendelser. Pressetelefonen var opptatt store deler av tiden og en del anrop ble ikke besvart.

Det ble fortløpende lagt ut oppdatert informasjon på norsk og engelsk på sykehusets internettsider.

Informasjonsflyten mellom beredskapsledelse og kommunikasjonsstab var ikke optimal. Det var krevende for kommunikasjonsstaben å få oppdatert og bekreftet faktainformasjon fra ledelsen og det gikk mye tid og energi til telefoner og e-poster.

Håndteringen av media 22. juli og de følgende dager og uker viste at Kommunikasjonsstaben har en god beredskapsplan. Det som ikke fungerte optimalt skyldtes ikke primært mangler i planen, men at den på en del punkter ikke ble fulgt.

I klinikkene er mange godt kjent med rutiner for mediehandtering fra sitt daglige arbeid. Avdelingene fikk skriftlig informasjon om foretakets policy kort tid etter hendelsen. Flere avdelinger og en rekke enkeltansatte har fått henvendelser fra media. Noen opplevde stor pågang av til dels uanmeldte henvendelser. En avdeling slapp etter press fra TV2 inn et team som ikke var klarert med ledelsen.

Avdeling for traumatologi hadde en sentral rolle i kvalitetssikring og formidling av informasjon om foretakets rolle og håndtering av pasientene både 22. juli og i ukene som fulgte.

#### **Delkonklusjon:**

Håndteringen av norske medier fungerte i hovedsak godt. Både ledelse og sentrale fagpersoner stilte til pressebriefinger og intervjuer. Vi var ikke forberedt på den store pågangen fra utenlandske medier og det tok noe tid før vi stilte til intervjuer. Kommunikasjonsstaben hadde for liten kapasitet til å ta i mot mediehenvendelser og en del henvendelser ble ikke besvart.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Etablere en felles forståelse med foretaksledelsen om at det ved beredskap raskt utpekes en eller flere talspersoner og at de prioriterer denne oppgaven.
- Bedre kapasitet for å ta imot henvendelser fra mediene
- Revurdere pressesenterets lokalisering.
- Sikre at involvert fagmiljø er forberedt på å gi bakgrunnsinformasjon om hendelsen til bruk for intern og ekstern informasjon.

## **9. Normalisering**

Nedtrapping fra rød til gul beredskap ble besluttet i beredskapsledelsen om kvelden 22. juli ca kl. 23.00 og iverksatt fra sykepleierkoordinator i mottak på Ullevål kl. 23.46. Meldingen ble ringt ut til klinikkene fra sentralbordet på Rikshospitalet i henhold til plan. Meldingen kom, på grunn av tekniske vanskeligheter, ikke frem på virksomhetsportalen før lørdag formiddag. Nedtrapping fra gul til grønn beredskap ble besluttet i beredskapsledelsens møte søndag 24. juli kl. 12.00 og formidlet fra koordinator etter møtet. Meldingen ble formidlet i henhold til plan, og virksomhetsportalen ble oppdatert. Oslo universitetssykehus avvirket beredskap og gikk over til normal drift 5. august. Flere enheter har ikke mottatt disse varslene som forutsatt.

Årsakene til at grønn beredskap ble opprettholdt så lenge var behovet for mange, lange og ressurskrevende reoperasjoner av de mest skadde pasientene fra terrorhandlingene. Noen avdelinger var i denne fasen avhengig av en del ekstravakter. Oppfølgingsfasen var kanskje den mest krevende fordi personalet begynte å bli slitne. Ved normaliseringen, var også alle omdirigeringer av pasientstrømmer avvirket.

Akuttmottaket hadde en delvis normalisering natt til 23. juli, da man begynte å ta i mot medisinske pasienter. Dette var noe for raskt, da avdelingen ikke var helt klargjort for dette. Lørdag 23. juli tok avdelingen bare i mot medisinske pasienter. Mottaket fikk i løpet av denne formiddagen flere dårlige medisinske pasienter mens de ennå ventet flere overflytninger av Utøya pasienter fra andre sykehus. I samråd med medisinsk konfereringsvakt ble akuttmottaket skånet for flere dårlige medisinske pasienter.

Sikkerhetsavdelingen opprettholdt en forhøyet beredskap frem til 29. juli kl. 16.30 på bakgrunn av avdelingens oppgaver rundt håndtering av de døde på Rikshospitalet. Samarbeidet på tvers med Universitetet i Oslo, Kripos, Oslo politidistrikt, begravellesbyråene og pårørendesenteret fungerte svært godt for sikkerhetsavdelingen.

#### **Delkonklusjon:**

Nedtrapping til grønn beredskap skjedde over ca to døgn. Grønn beredskap ble opprettholdt til 5. august fordi vi hadde behov for omorganisering av pasientstrømmer og at mange enheter var opptatt med mange, lange og ressurskrevende reoperasjoner av de mest skadde pasientene. Endringer av beredskapsnivå og normalisering ble formidlet i henhold til beredskapsplanen, men vi hadde noen tekniske problemer med oppdatering av virksomhetsportalen.

#### **Tiltak for oppfølging:**

- Kriterier for de ulike beredskapsnivå skal revurderes og eventuelt spesifiseres bedre.
- Tydeliggjøre ansvar for dimensjonering av personell og andre ressurser på avdelingsnivå. Kan trolig ivaretas ved en veileder til hjelp for å tilpasse ressursbehovet, jfr tiltak under mobilisering.

## **10. Økonomi**

Beredskapssituasjonen fra 22. juli og utover høsten har medført betydelige merkostnader for foretaket. Det ble opprettet eget prosjektnummer for å kunne spore kostnadene knyttet til denne situasjonen. Det er imidlertid ikke mulig å få en komplett og helt nøyaktig oversikt over disse kostnadene. Dette har til dels sammenheng med at man i den intense akutfasen prioriterte å gjøre de nødvendige handlinger for å ivareta pasientene, pårørende, ansatte og andre involverte. Dokumentasjon og administrative gjøremål kom i andre rekke og må til dels rekonstrueres. Det er i tillegg gråsoner hvor det kan være vanskelig å avgjøre hva som relaterer seg til ordinær drift og hva som er en konsekvens av beredskapssituasjonen.

En stor del av kostnadene er lønn (overtid, ekstrahjelp, forskjøvet ferie m.m.). Personell som ble tilbakekalt fra ferie, må avvike ferie på et senere tidspunkt. Når forskjøvet ferie avvikles vil dette medføre ekstra kostnader på et senere tidspunkt. I forbindelse med beredskapen ble det ryddet sengekapasitet som har medført et netto inntektstap i denne perioden. De pasientene som har vært inneliggende lenge, har i liggetid fortrenget flere elektive pasientopphold.

Merutgiftene anslås slik (tall i hele tusen):

| Utgifttype   | Anslått beløp med antatt periode for utbetaling |        |           |         |               |
|--|---|--------|-----------|---------|---------------|
|  | Juli  | August | September | Okt-des | Sum           |
| <b>Merutgifter lønn, ekstra personell og overtid</b> |   |        | 19.000    | 4.000   | 23.000        |
| <b>Medikamenter og forbruksvarer</b>                 |   | 2.400  |           |         | 2.400         |
| <b>Andre kostnader</b>                               |   | 2.600  |           |         | 2.600         |
| <b>Estimert netto inntektstap</b>                    |   | 5.000  |           |         | 5.000         |
| <b>Totalt</b>  | 0   | 10.000 | 19.000    | 4.000   | <b>33.000</b> |

**Delkonklusjon:**

Beredskapssituasjonen etter terrorhandlingene 22. juli har medført betydelige merkostnader for foretaket. Kostnader lar seg bare delvis identifisere og beløper seg til minst 33 millioner kroner.

## 11. Andre momenter

**Fordeling av pasienter**

Ut fra likhetsprinsippet fordeler AMK pasientene som normalt, også ved hendelser som involverer flere pasienter. Unntak er rød beredskap. Dette må beskrives nærmere og nye retningslinjer for fordeling må innarbeides. Likhetsprinsipp skal også gjelde ved rød beredskap så lenge det finnes kapasitet.

**Alarmering, varslings og mobilisering**

Vi oppfylte aldri kriteriene for rød beredskap, kriterier må revurderes.

**Mobilisering**

Endringer av avdelingssammensetning på Aker gjør at sykehusets status ved beredskap endres. Beredskapsrådet og fagmiljøet på Aker har gitt anbefaling om ny status.

**Pasientfordeling ved hendelsen massetilstrømning**

Kritisk syke barn med hypotermi som vanligvis sendes til Rikshospitalet sendes dit også ved store ulykker, alle andre barn sendes til Ullevål. Dette bør spesifiseres til: "kritisk syke barn med hypotermi og sirkulasjonsstans"

**Lokale for teambygging**

I Akuttmottak ble venterommet brukt som lokale for etablering av teamene. Rommet var ikke optimalt og bør revurderes. Telefonlinjer og praktiske hjelpemidler for teambygging må være tilgjengelig. Kommunikasjon mellom teambygger og akuttmottaket må forbedres

**Støttefunksjoner**

Støtteavdelinger må få sine roller tilfredsstillende beskrevet slik at vi unngår at enheter ikke er forberedt eller vil stille sine ressurser tilgjengelig i en beredskapssituasjon. Dette kan være funksjoner som vaskeri- og tekstilforsyning, mat- og kjøkkentjeneste, sterilsentral, rengjøring, IKT-tjenester, parkering, barnehage, adgangs-/ID kort,

Det kan også være aktuelt å identifisere eksterne aktører vi bør kunne tilkalle.

Samarbeidet med Sykehusapoteket må gjennomgås og synliggjøres bedre.

**Rettsmedisinsk institutt**

Det praktiske samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og Rettsmedisinsk institutt (RMI) fungerte bra og må følges opp gjennom etablering av formelle samarbeidsavtaler mellom Folkehelseinstituttet som har ansvaret for RMI, politiet og Oslo universitetssykehus.

## Del III Skadelegevakten i Storgaten

Skadelegevakten fikk melding fra portvaktene ved Legevakten litt før kl.15.30 om at et glasstak hadde falt ned i Akersgata og at flere pasienter med kuttskader var på vei til legevakten. Avdelingen ble aldri varslet om hendelsen verken fra eget sykehus eller Oslo kommune. Heller ikke den interne varslingen på avdelingen ble fulgt i henhold til beredskapsplanen. Seksjonsoverlege ble informert etter ca. en time.

Hendelsen inntraff rett etter vaktskiftet. Nesten alt personell på vei hjem fra jobb etter dagvakt returnerte på eget initiativ slik at det i løpet av kort tid var 15 operative team av lege og sykepleier tilgjengelig. I løpet av ca. tre timer var nesten alle pasientene ferdigbehandlet.

### Bemanning Oslo skadelegevakt 22. juli:

|          | Pleiere | Leger | Radiografer | Sekretærer | Totalt |
|----------|---------|-------|-------------|------------|--------|
| Kl.15.00 | 9       | 6     | 3           | 0          | 18     |
| Kl.16.00 | 30      | 17    | 7           | 4          | 57     |

Avdelingen prioriterte i akuttsituasjonen å ferdigbehandle pasientene raskt fordi hele situasjonen var uavklart og den videre pasienttilstrømning usikker. På bakgrunn av dette ble alle behandlede pasienter kontaktet i dagene etter, for å høre hvordan det gikk og for å gi de som hadde behov et tilbud om kontroll av skadene eller oppfølging av psykososiale ettervirkninger.

### Antall skadde pasienter behandlet ved Oslo skadelegevakt:

| Dato   | Klokkeslett   | Sentrum | Utøya | Totalt |
|--------|---------------|---------|-------|--------|
| 22/7   | 15.30 – 16.30 | 44      |       | 44     |
|        | 16.30 – 17.30 | 20      |       | 20     |
|        | 17.30 – 24.00 | 5       | 2     | 7      |
| 23/7   | Hele døgnet   | 3       | 1     | 4      |
| 24/7   | Hele døgnet   | 3       | 2     | 5      |
| 25/7   | Hele døgnet   | 5       |       | 5      |
| Totalt |               | 80      | 5     | 85     |

Den første pasienten med kuttskade i hodet ble skrevet inn kl.15.33. Det ankom flere titalls pasienter før de ansatte ble kjent med hva som faktisk hadde skjedd. Skadelegevakten hadde 18 pasienter inne til behandling kl.15.30. To pasienter ble sendt hjem ubehandlet, de øvrige ble alle ferdigbehandlet i løpet av en time.

Avdelingen gikk tom for sterile instrumenter ca. kl.16.20 etter at 25 pasienter var ferdigbehandlet med sutur. Det tok noe tid før nye instrumenter ble hentet fra lager. Kun en pasient ble videresendt til sykehus slik at det er tydelig at triage på skadested fungerte meget bra. I tillegg ble to pasienter lagt inn til observasjon på Legevakten.

Noen av de ansatte – spesielt de som sto i front i mottak – meldte om stressreaksjoner i etterkant. Avdelingen valgte derfor å gi alle involverte et tilbud om felles samtale og gjennomgang av hendelsen allerede samme helg. Dette ble gjennomført med ca. 25 deltagere

søndag 24. juli kl.14-16. Det ble også gitt et tilbud hver dag uken etter om oppfølgingsamtale med psykolog fra bedriftshelsetjenesten i kommunen til stede.

Samarbeidet med den kommunale allmennlegevakten fungerte meget bra under katastrofen og pasienter som trengte umiddelbar oppfølging av psykiske sjokkreaksjoner ble ivaretatt der.

**Avdelingens erfaring:**

- Brå start – ingen varsling
- Personell strømmet til uten innkalling
- Det er viktig - men vanskelig - å frigjøre personell til administrativ ledelse
- Avsett en person til fortløpende oppdatering om situasjonen via media
- Tren ofte på en katastrofesituasjon – øvelse gjør mester
- Tilstrekkelig utstyr tilgjengelig
- Sett av tid til oppfølging av pasienter og personale i etterkant
- Følg avdelingens vanlige rutiner ved innskrivning og behandling

## Vedlegg

### Samlet oversikt over hendelsesforløpet 22. juli 2011

Tidspunkter kan variere i ulike sammenhenger avhengig av kilde. Dette har sammenheng med at foretaket ikke har ett enhetlig system for tidsangivelse. Noen klokkeslett kan være basert på private klokker. Et annet moment som kan bidra til unøyaktige og divergerende tidsangivelser er at aktørene har fokus på å utføre sine oppgaver og at rapportering, dokumentering eller loggføring skjer etter at oppgavene er løst.

| Dag/dato<br>Klokken | HENDELSE   |
|---------------------|--|
| Fredag<br>22.juli   |  |
| <b>15:25</b>        | <b>Eksplasjon i regjeringskvartalet.</b>   |
| 15:26               | AMK mottok meldinger fra publikum om "Noe har falt ned fra et tak" og lignende. Til sammen ca 80 henvendelser. Ca 50 prosent ble besvart.  |
| 15:29               | 10 ambulanser kalles ut til skadested.   |
| 15:30               | De to første ambulansene med fagleder helse og operativ leder helse ankommer skadested. Samleplass 1 opprettet på Høyesteretts plass.  |
| 15:32               | Fungerende administrerende direktør fikk melding om ulykke.<br>Iverksatte innhenting av informasjon og innkalling av beredskapsledelsen.<br>Beredskapsledelse starter her og er en løpende aktivitet utover kvelden. |
| 15:33               | Operativ leder helse anmoder om katastrofevarsling.  |
| 15:34               | Første pasient transporteres til Ullevål.  |
| 15:35               | Samleplass 2 er etablert. På Youngstorget.   |
| 15:35               | Prehospital krisestab etableres.   |
| 15:41               | Akuttmottak på Ullevål fikk melding fra AMK. Gruppesøk "katastrofe" sendt ut og beredskapsnivå ble vurdert. Beredskapsnivå ble vurdert til GUL, men endret til RØD. Noe forsinkelse fra beslutning til varsling.     |
| 15:48               | Sentralbord mottok melding om å varsle <b>GUL</b> beredskap.   |
| 15:50               | AMK etablerer seg som regional AMK og ber om ressurser fra Buskerud, Innlandet og Østfold samt tilleggsberedskap fra Røde kors og Norsk folkehjelp.  |
| 15:51               | De to første pasientene ankom akuttmottaket på Ullevål.  |
| 15:54               | Kommunikasjonsstaben på plass på Ullevål med første medarbeider. Flere kommer like etterpå.  |
| 16:00               | Pasient nr 3 og 4 ankom Ullevål  |
| 16:08               | Sentralbord mottok melding om å varsle <b>RØD</b> beredskap.   |
| 16:10               | Pasient nr 5, 6 og 7 ankom Ullevål   |
| 16:35               | Første meldinger legges på intranett og internett.   |
| 16:40               | Pasient nr 8 ankom Ullevål   |
| 16:45               | Ambulanser fra Innlandet, Buskerud og Østfold på plass på samleplass 2.  |
| 16:45               | Etablering av pårørendesenter på Ullevål hotell starter.   |
| 17:00               | Første pasient fra sentrum ble sendt til akuttmottaket på Aker via legevakten. Skrevet ut senere på kvelden.   |
| 17:00               | Aksjonen i regjeringskvartalet trappes ned.  |
| 17:00               | Beredskapsledelse på HF-nivå etablert.   |
| 17:04               | Pasient nr 9 fra regjeringskvartalet   |
| 17:05               | Pårørendetelefon for innlagte pasienter etableres.   |
| 17:15               | Pasient nr 10 fra regjeringskvartalet ankom akuttmottaket på Ullevål.  |
|                     | <i>Sjekk når skyting startet og sluttet.</i>   |
| <b>17:26</b>        | <b>Politiet i Buskerud fikk melding om skyting på Utøya.</b>   |
| 17:28               | AMK fikk melding om skyting på Utøya fra pårørende.  |
| 17:29               | Politiet bekrefter til AMK at meldingene om skyting på Utøya er korrekte.  |

|       |  |
|-------|--|
| 17:30 | Sikkerhetssjefen har iverksatt "skallsikring".   |
| 17:35 | To luftambulanser og legebil sendes mot Utøya  |
| 17:35 | AMK frigir ressurser fra Buskerud som var i Oslo.  |
| 17:35 | Engelsk versjon lagt på internett.   |
| 17:35 | Pressesenteret i søsterhjemmet åpnes.  |
| 17:36 | Pressebrief. 15 medier til stede. Fung. adm.dir og representant for traumeteam deltar. Gir intervjuer etter briefen.   |
| 17:40 | AMK frigir ressursene fra Innlandet, Østfold og tilleggsressurser som sendes til Sundvollen.   |
| 17:42 | AMK kontakter AMK Buskerud med tilbud om at "alt de ber om kan de få".   |
| 17:50 | Fra Oslo og Akershus AMK område sendes 21 ambulanser, to helseekspresser og en motorsykkelenhet til Sollihøgda.  |
| 17:50 | Akuttmottaket på Ullevål fikk melding fra AMK om skyting på Utøya.   |
| 17:50 | Akuttmottak Ullevål ber sikkerhet om evakuering av alle ikke arbeidende personell fra sykehus, stenge sykehuset totalt, ber om politibeskyttelse. Beredskapsledelse vurderte behov for støtte fra politi til sikring og formidlet dette til Oslo politidistrikt (tidspunkt ikke loggført), Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet. |
| 18:30 | Første twittermelding fra oss om ulykken og pårørendetelefon.  |
| 18:31 | AMK til mottak: Fortsatt skyting, hjelpemannskap har trukket seg ut  |
| 19:00 | Telefonkonferanse med Helse Sør-Øst. 15 team klare på AHUS og Vestre Viken. Vi understreker behov for sikring av politiet.   |
| 19:20 | Akuttmottak Ullevål får melding om at hjelpemannskap ikke kommer inn, avventer beskjed fra politi. Mange skadde  |
| 19:39 | Melding til mottak Ullevål fra AMK:<br><b>Sentrum: lite aktivitet, vet ikke om man finner flere inne i regjeringskvartalet, vet ikke omfang av skader</b><br>Utøya: Ambulanser på vei til å redde skadde, gjerningsmann tatt.  |
| 19:49 | Andre pasient fra sentrum til Aker. Skrives ut samme kveld.  |
| 19:57 | Pasient nn 12 Utøya. Første fra Utøya. Ankom direkte fra Utøya.  |
| 19:59 | Pasient nn 13 Utøya (direkte)  |
| 20:05 | Pasient nn 14 Utøya (direkte)  |
| 20:06 | Pasient nn 15 Utøya (direkte)  |
| 20:12 | Pasient nn 16 Utøya (direkte)  |
| 20:15 | Melding til mottak fra AMK: Utøya. Fortsatt mange skadde, stort antall døde, området delvis usikret.   |
| 20:30 | Statusmøte i beredskapsledelsen. 10 pasienter til Ullevål og en til Aker fra regjeringskvartalet. Fem pasienter ankommet fra Utøys og flere er meldt.  |
| 20:31 | Pasient nn 17 Utøya (direkte)  |
| 20:32 | Pasient nn 18 Utøya (direkte)  |
| 20:33 | Pasient nn 19 Utøya (direkte)  |
| 20:43 | Pasient nn 20 Utøya (direkte)  |
| 20:57 | Melding AMK: Døde og skadde blir funnet hele tiden   |
| 21:04 | Pasient nn 21 Utøya. (direkte)   |
| 21:15 | Informasjon på internett om telefonnummer for blodgivere.  |
| 21:29 | Pasient nn 22 Utøya (direkte)  |
| 21:30 | Statusmøte i beredskapsledelsen. Flere pasienter vil komme fra Utøya. Øyeblikkelig hjelp pasienter rutes til andre sykehus. Vester Viken har også mottatt mange pasienter.   |
| 21:49 | Pasient nn 23 Utøya (direkte)  |
| 22:15 | Pressebrief.   |
| 22:37 | IKT har etablert ekstra telefonlinjer til pårørendesenteret på Ullevål. Blodbanken har fått flere linjer. Problemer med ambulanseinformasjonssystem.   |
| 22:57 | Statusmøte i beredskapsledelsen. 23 pasienter. Sykehuset kan være mål dersom flere aksjoner. Helsedirektoratet anmodet om å formidle vår anmodning til politiet. Vi går ned  |



|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | til GUL beredskap og reduserer antall ambulanser og personell til stede.  |
| 23:08              | Pasient nn 24 Utøya. Via Ringerike  |
| 23:22              | Pasient nn 25 Utøya. Via Ringerike  |
| 23:30              | Statsministeren besøker akuttmottaket på Ullevål. Reiser før kl 24.00.  |
| 23:46              | <b>GUL</b> beredskap iversatt. Besluttet i kriseledelsen møte kl 2300   |
| Lørdag 23. juli    |   |
| 01:07              | <b>Pasient nn 26 Utøya. Dette var siste og 15.pasient fra Utøya.</b><br>Kom via Ringerike   |
|                    | pasienter overført fra andre sykehus: en av disse var først på Asker og Bærum og så sendt til RH fredag kveld   |
| 08:00              | Statusmøte i beredskapsledelsen. 27 pasienter. Ingen overføringer til Ullevål etter kl 0300. Vi har fortsatt kapasitet.   |
| 09:35              | Pasient nn 27 overført fra Ringerike  |
| 10:00              | Pressebrief. TV 2 til stede.  |
| 11:00              | Statusmøte i beredskapsledelsen. Administrerende direktør kom fra ferie. 19 av pasientene er alvorlig skadd. Vestre Viken har 45. Pårørendesenter for etterlatte etablert på Rikshospitalet. Rettsmedisinsk under etablering. |
| 12:00              | Pressebrief. NRK og Radio Norge til stede.  |
| 12:45              | Pasient nn 28 overført fra Ringerike  |
| 13:17              | Pasient nn 29 overført fra Ringerike  |
| 13:35              | Statusmøte i beredskapsledelsen.  |
| 15:55              | Statusmøte i beredskapsledelsen.  |
| 16:20              | Pasient nn 31 overført fra Ringerike  |
| 16:27              | Pasient nn 30 overført fra Bærum  |
|                    |   |
| Søndag 24. juli    |   |
| 10:30              | Statusmøte i beredskapsledelsen. Har nå 18 hardt skadde pasienter. En døde i natt. Vi trapper ned til grønn beredskap fra 1200.   |
| 12:00              | <b>GRØNN</b> beredskap. 30 skadde pasienter. Pårørendesenter også etablert på Rikshospitalet for å støtte politiet i pårørendearbeid.   |
| 14:00              | Kongehuset besøker Ullevål.   |
| 20:30              | Internett oppdatert om antall skadde.   |
| 21:45              | Pasient nn 32 fra Utøya ankom via sykehuset i Drammen. Nr 21 fra Utøya.   |
| Mandag 25.juli     |   |
|                    | <b>GRØNN</b> beredskap opprettholdes. Oslo universitetssykehus har mottatt til sammen 33 pasienter. Tre er skrevet ut og en døde her.   |
|                    |   |
| Fredag 5.august    |   |
| 14:00              | Beredskap avvikles. <b>Normalisering.</b>   |
|                    |   |
| Tirsdag 11.oktober |   |
|                    | Siste pasient fra terrorhandlingene skrives ut og overføres til Sunnaas.  |

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

SAK 147/2011: **BESLUTNINGSSAK  
VALG AV STYRE I BARNESTIFTELSEN,  
SAMMENSLÅING AV STIFTELSER M.M.**

### Forslag til vedtak:

1. *Som representantskap i stiftelsen velger styret i Oslo universitetssykehus HF følgende medlemmer i styret for Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF for perioden 1.1.2012 til 1.1.2016:*

|                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| <i>Erik Thyness</i>              | <i>leder</i>  |
| <i>Sverre Olav Lie</i>           | <i>medlem</i> |
| <i>Kristin Helene Jahre Ramm</i> | <i>medlem</i> |

2. *Styret vedtar å slå stiftelsen Gave fra Oslohjemmenes Vel inn i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF.*

3. *Styret tar til orientering status for dialog med stiftelser, herunder arbeid med få på plass avtaler for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og større stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål.*

Oslo, 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

## **SAMMENDRAG**

Helseforetaket er tilgodesett i formålet til flere stiftelser og samhandling med stiftelser er del av virksomheten som skal forvaltes av foretaket. Med utgangspunkt i fellesregionale retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser har Oslo universitetssykehus HF vedtatt rutiner og retningslinjer for samhandlingen med stiftelser, jf. styresak 176/2009. Målsetningen er en praktisk men samtidig formell ordning som tar hensyn til stiftelsens/givers intensjon, de ansattes habilitet og virksomhetens uavhengighet, styring og samordning.

Denne saken omhandler flere forhold i helseforetakets løpende forhold til stiftelser:

1. Valg av styre i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF.
2. Sammenslåing av stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes vel inn i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF.
3. Orientering om status vedrørende Stiftelsen Det Norske Radiumhospital.
4. Orientering om arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler med de store stiftelsene med Oslo universitetssykehus som formål.

## **ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ANBEFALING**

### **1 Valg av styre i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF**

Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF ble opprettet 21. november 2007. Stiftelsen er en ideell og allmenntilgjengelig stiftelse som har som formål å forvalte gaver og fond ved foretaket i forbindelse med virksomhet knyttet til barn og barns sykdommer. Stiftelsen yter økonomiske bidrag til prosjekter vedrørende behandling – herunder ny og utprøvende behandling, forskning, kompetanseheving blant tilsatte og aktiviserende og trivselsfremmende tiltak for barnepasienter og deres foresatte.

Stiftelsen hadde ved utgangen av 2010 en egenkapital på 17,5 millioner kroner og bevilget samme år 1,9 millioner kroner til ulike tiltak. Stiftelsens samlede driftskostnader er kostnadene den har til regnskapsfører og revisor. Stiftelsens styre mottar ikke honorar og Barnestiftelsen får sine juridiske forhold og kapitalforvaltning utført kostnadsfritt.

Styret i Oslo universitetssykehus HF er Barnestiftelsens representantskap og velger i den egenskap stiftelsens styre. Etter fire år er styret nå på valg. I vedtektene fremgår det at styret skal bestå av tre til fire medlemmer, som bør ha forskjellig bakgrunn og kompetanse, herunder kompetanse som er relevant for forvaltningen av stiftelsens midler og kompetanse knyttet til barns sykdommer. Videre er det krav om at styremedlemmene skal være uavhengige av mottakere av stiftelsesmidler og av helseforetakets eiere.

Dagens styre består av:

- Erik Thyness, styreleder advokat, managing partner i advokatfirmaet Wiersholm
- Sverre Olaf Lie, styremedlem, professor dr med, tidligere leder for barneklubben på Rikshospitalet
- Karin Stoltenberg, styremedlem, genetiker, tidligere ekspedisjonssjef i Barne- og familiedepartementet.

Sammensetningen av styret har fungert godt. Karin Stoltenberg har fylt 80 år og ber nå om avløsning. De to andre medlemmene er villige til å fortsette i styret.

Etter forslag fra leder av Kvinne- og barneklubben og i samråd med styret i stiftelsen foreslås Kristin Helene Jahre Ramm, jurist, sorenskriver i Asker og Bærum tingrett. Hun har tidligere blant annet arbeidet som ekspedisjonssjef ved Statsministerens kontor.

På denne bakgrunn foreslås at følgende styre velges for Barnestiftelsen i kommende periode:

- |                           |        |
|---------------------------|--------|
| Erik Thyness              | leder  |
| Sverre Olav Lie           | medlem |
| Kristin Helene Jahre Ramm | medlem |

Klinikkleder Terje Rootwelt vil gi en presentasjon av Barnestiftelsen i styremøte.

## **2. Sammenlåing av stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes vel i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF**

Mange og til dels mindre stiftelser har virksomhet ved Oslo universitetssykehus HF som formål. En sammenstilling og koordinering av stiftelsene ville kunne øke effekten av stiftelsenes gaver. Oslo universitetssykehus HF har som tilnærming at stiftelser i tilknytning til helseforetaket bør være strukturert i enheter som er så store at de kan ivareta sin egen forvaltning på en god måte, jfr. styresak 176/2009.

St. Olavs Hospital etablerte i 2004 en egen fondsstiftelse for helseforetaket som har som formål å forvalte gaver og fond ved St. Olavs Hospital, samt dele ut midler fra kapitalen og dens avkastning til forskjellige tiltak og aktiviteter forbundet med virksomheten. Universitetet i Oslo har også opprettet en forvaltningsstiftelse - UNIFOR - for fond og legater ved institusjonen.

For å kunne få bedre struktur på stiftelser i tilknytning til Oslo universitetssykehus HF foreslås det, etter mønster fra St Olav, å etablere en felles fondsstiftelse med et bredt formål i Oslo universitetssykehus HF ved å slå sammen fire mindre stiftelser<sup>1</sup>. Disse har hver for seg så liten kapital at

---

<sup>1</sup> Brit Øiens Studiefond (Egenkapital 248 961), En stiftelse til beste for pasienter ved Rikshospitalet (1 939 004), Gave fra Oslo hjemmenes vel (683 649), Olga Imerslunds legat for revmatologisk forskning (565 698)

avkastningen knapt dekker mer enn revisorutgiftene. En sammenslåing av de fire stiftelsene vil redusere utgiftene i driften av stiftelsene og den samlede kapitalen vil gi grunnlag for årlige utdelinger av betydning til fagmiljøene.

Når en felles fondsstiftelse er etablert kan det bli aktuelt å slå flere stiftelser sammen med den fremover for å redusere antallet småstiftelser. Fondsstiftelsen vil også bidra til å redusere ønsker om å opprette nye stiftelser ved at behovene kan ivaretas gjennom fondsstiftelsen.

En av stiftelsene som er tenkt slått sammen til fondsstiftelsen er stiftelsen "Gave fra Oslo hjemmenes vel" hvor styret i helseforetaket er styret i stiftelsen. Dette er en lite hensiktsmessig ordning som kom til i en tid da sykehuset var ganske annerledes. Ved å slå stiftelsen sammen med andre til en fondsstiftelse opphører ordningen med at styret i helseforetaket er styret i stiftelsen.

På denne bakgrunn anbefales det at styret vedtar å slå stiftelsen "Gave fra Oslo hjemmenes vel" sammen med andre stiftelser i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF.

### **3. Dialog med Stiftelsen Det Norske Radiumhospital**

Radiumhospitalet ble etablert som en stiftelse på 1920-tallet, og stiftelsen kjøpte da sykehuseiendommen på Montebello, der sykehuset ble innviet i 1932. Bygninger ble de første tre tiårene reist og finansiert av innsamlingsaksjoner og låneopptak i private kredittinstitusjoner. Fra rundt 1960 og utover i de neste tiårene ble stiftelsen/sykehuset gradvis trukket inn i den statlige sfæren økonomisk, styringsmessig og personalmessig mv.

Problemstillinger knyttet til Radiumhospitalet som stiftelse kom opp i forbindelse med forberedelsene til omdanningen av sykehuset til helseforetak i 2001 og etablering av åpningsbalanse for det nye foretaket. I St. prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001-2002) er overføring av eiendommer og andre formuesposisjoner fra statssykehusene til de nye helseforetakene omtalt, herunder at Helsedepartementet sammen med Radiumhospitalet foretok en gjennomgang av forholdene knyttet til stiftelser. Spørsmålet om stiftelsens eksistens ble forelagt Justisdepartementets lovavdeling, som i 2002 konkluderte med at stiftelsen ikke har opphørt, men fortsatt eksisterer.

Imidlertid ble det ikke avklart hva som skulle overføres til det nye helseforetaket ved etableringen den 1. januar 2002. I årene etter 2002 var det følgelig en note i årsregnskapene, og i flere år også en omtale i management letter fra revisor etter årsoppgjørsrevisjon, om at konsekvensene av stiftelsens eksistens for foretaket og dets regnskaper ikke var avklart. I 2005 ble helseforetaket Radiumhospitalet fusjonert med Rikshospitalet HF. Det fusjonerte helseforetaket Rikshospitalet-Radiumhospitalet, senere Rikshospitalet HF, gikk 1. januar 2009 inn i Oslo universitetssykehus HF.

Våren 2007 oppnevnte Helse- og omsorgsdepartementet et nytt styre for Stiftelsen Det Norske Radiumhospital. Etter det har stiftelsen og departementet

---

hatt en dialog med tanke på å komme til en enighet om eierskapet til eiendommene benyttet av Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 3. november i år oppfordret Oslo universitetssykehus HF til å etablere en lokal dialog med Stiftelsen, med tanke på å finne en omforent løsning. Departementet påpeker at et eventuelt forlik må omfatte hele tvistegenstanden, både sykehuseiendommer og boliger, og ha som siktemål å komme frem til en endelig løsning hvor stiftelsens formål fullt ut ivaretas av helseforetaket. Et eventuelt forlik må ha samtykke fra både Helse Sør-Øst RHF og departementet.

Oslo universitetssykehus HF og stiftelsen har hatt et første møte i saken og det er lagt opp til videre møter for å søke å finne en løsning. Styret vil bli holdt orientert om resultatet av arbeidet.

#### **4. Status for samarbeidsavtaler med større stiftelser**

I sak 176/2009 ba styret administrerende direktør følge opp arbeidet med å få på plass avtaler for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og større stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål, herunder Radiumhospitalets legater og Radiumhospitalets Forskningsstiftelse.

En samarbeidsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Barnestiftelsen er på det nærmeste ferdig og vil være på plass om kort tid. Avtalen dokumenterer ordningen mellom helseforetaket og stiftelsen og at denne er i overensstemmelse med de av styret vedtatte rutiner og retningslinjer for samhandlingen med stiftelser i styresak 176/2009.

Å få på plass en samarbeidsavtale med Radiumhospitalets Forskningsstiftelse vil bli neste innsatsområde i arbeidet med å få dokumenterte ordninger med de store stiftelsene. Når det gjelder stiftelsene i Radiumhospitalets legater så har det vært kontakt uten at det foreløpig er kommet i gang noe arbeid med en samarbeidsavtale.

## FOR 2001-12-21 nr 1477: Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret (Krefregisterforskriften)

---

DATO: FOR-2001-12-21-1477  
DEPARTEMENT: HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)  
AVD/DIR: Helserettsavd.  
PUBLISERT: I 2001 hefte 16  
IKRAFTTREDELSE: 2002-01-01  
SIST-ENDRET: FOR-2009-06-26-868 fra 2009-07-01  
ENDRER:  
GJELDER FOR: Norge  
HJEMMEL: LOV-2001-05-18-24-§8 , LOV-2001-05-18-24-§9 , LOV-2001-05-18-24-§16 , LOV-2001-05-18-24-§17 , LOV-2001-05-18-24-§22 , LOV-2001-05-18-24-§27 , LOV-1999-07-02-64-§37 , LOV-1967-02-10-§13d  
SYS-KODE: BG09a, BG09b, C22, D02, BG09d  
NÆRINGSKODE: 9124, 933  
KUNNGJORT: 21.12.2001  
RETTET:  
KORTTITTEL: Krefregisterforskriften

**For å lenke til dette dokumentet bruk:** <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20011221-1477.html>

---

### INNHold

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret (Krefregisterforskriften)

#### Kapittel 1. Generelle bestemmelser

- § 1-1. (Etablering av Krefregisteret)
- § 1-2. (Krefregisterets innhold)
- § 1-3. (Krefregisterets formål)
- § 1-4. (Forbud mot bruk)
- § 1-5. (Databehandlingsansvarlig)
- § 1-6. (Databehandler)
- § 1-7. (Opplysninger om krefttilfeller i Krefregisteret)
- § 1-8. (Opplysninger om berørte slektninger til personer som har arvelig kreft)
- § 1-9. (Opplysninger om personer som har deltatt i program for tidlig diagnose eller kontroll for konkret kreftsykdom)
- § 1-10. (Opplysninger om dødsårsak)
- § 1-11. (Koding og klassifisering av opplysningene i Krefregisteret, krav til dokumentasjon)

#### Kapittel 2. Melding av helseopplysninger til Krefregisteret, kvalitetskontroll mv.

- § 2-1. (Helsepersonells dokumentasjons- og meldeplikt)
- § 2-2. (Meldingsskjema, formkrav mv.)

§ 2-3. (Virksomhetens plikter)

§ 2-4. (Mottakers ansvar for kvalitetskontroll)

### Kapittel 3. Behandling av helseopplysninger i Krefregisteret

§ 3-1. (Sammenstilling av opplysninger for fremstilling av statistikk)

§ 3-2. (Sammenstilling av opplysninger fra Krefregisteret med opplysninger i andre registre for forskning mv.)

§ 3-3. (Utlevering av sammenstilte datafiler til forskning mv.)

§ 3-4. (Plikt til å utlevere ikke koblede data til forskning mv.)

§ 3-5. (Utlevering og annen behandling av opplysninger i Krefregisteret)

§ 3-6. (Informasjonsstrategi rettet mot brukergrupper)

§ 3-7. (Kostnader)

§ 3-8. (Oversikt over utleveringer)

### Kapittel 4. Taushetsplikt, informasjonssikkerhet, internkontroll

§ 4-1. (Taushetsplikt)

§ 4-2. (Informasjonssikkerhet)

§ 4-3. (Plikt til internkontroll)

§ 4-4. (Internkontrollens innhold)

### Kapittel 5. Den registrertes rett til informasjon og innsyn

§ 5-1. (Den registrertes rett til informasjon og innsyn)

§ 5-2. (Informasjon og innsyn når den registrerte er mindreårige)

§ 5-3. (Frist for å svare på henvendelser om innsyn)

### Kapittel 6. Bevaring av helseopplysninger i Krefregisteret

§ 6-1. (Bevaring av helseopplysninger)

### Kapittel 7. Straff

§ 7-1. (Straff)

### Kapittel 8. Avsluttende bestemmelser

§ 8-1. (Ikraftsetting)

---

## Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret (Krefregisterforskriften)

**Hjemmel:** Fastsatt ved kgl.res. 21. desember 2001 med hjemmel i lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 8 fjerde ledd, jf. tredje ledd, § 9 annet ledd, § 16 fjerde ledd, § 17 tredje ledd, § 22 femte ledd, § 27 annet ledd og lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 37. Fremmet av Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet).

**Tilføyd hjemmel:** Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 13d tredje ledd.

**Endringer:** Endret ved forskrifter 20 juni 2003 nr. 741, 2 sep 2005 nr. 1010, 7 des 2007 nr. 1389, 26 juni 2009 nr. 868.

## Kapittel 1. Generelle bestemmelser

### § 1-1. (Etablering av Krefregisteret)

Denne forskriften etablerer et landsomfattende Krefregister. Forskriften gir regler for innsamling og behandling av helseopplysninger i registeret.



Innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret kan skje manuelt og ved hjelp av elektroniske hjelpemidler.

### § 1-2. (Krefregisterets innhold)

Krefregisteret skal inneholde helseopplysninger om alle personer i Norge som har eller har hatt kreft. Krefregisteret skal inneholde helseopplysninger om forstadier til kreft, og godartede svulster i sentralnervesystemet.

Krefregisteret kan også inneholde helseopplysninger om berørte slektninger til personer i Norge som dokumentert er disponert for eller har en arvelig kreftsykdom som kan gjøres til gjenstand for oppsøkende virksomhet, dersom den berørte slektningen, etter å ha fått informasjon om hvordan slike opplysninger behandles i Krefregisteret, ikke motsetter seg det.

Krefregisteret kan videre inneholde helseopplysninger om personer som har deltatt i undersøkelsesprogram for tidlig diagnose og kontroll for kreftsykdom. Ved negativt funn kan direkte personidentifiserende opplysninger bare registreres permanent etter samtykke. Direkte personidentifiserende opplysninger kan oppbevares midlertidig slik at opplysningene kan kvalitetssikres.

### § 1-3. (Krefregisterets formål)

Formålet med Krefregisteret er å:

1. innsamle og innenfor forskriftens rammer behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser i Norge for å kartlegge kreftsykdommers utbredning i landet og belyse endringer over tid,
2. drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter for å fremme og utvikle kvaliteten på forebyggende tiltak og helsehjelp som tilbys eller ytes mot kreftsykdom, herunder følge opp enkeltpasienter og pasientgrupper,
3. gi råd og veiledning om helsehjelp mot kreftsykdommer,
4. gi råd og informasjon til øvrig forvaltning og befolkningen om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom.

Opplysninger i Krefregisteret kan foruten til formål som nevnt i første ledd, behandles til styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenesten og helseforvaltningen, utarbeiding av statistikk og til forskning.

### § 1-4. (Forbud mot bruk)

Opplysningene i Krefregisteret kan ikke anvendes til formål som er uforenelig med formål som nevnt i § 1-3.

Opplysninger om enkeltindivider som er fremkommet ved behandling av helseopplysninger etter forskriften, kan ikke brukes i forsikringsøyemed selv om den registrerte samtykker.

### § 1-5. (Databehandlingsansvarlig)

Krefregisteret er databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret.

### § 1-6. (Databehandler)

Krefregisteret kan inngå skriftlig avtale med en databehandler om innsamling og behandling av helseopplysninger i Krefregisteret, herunder om overvåking og forskning, jf. § 1-3, drift og kvalitetssikring av registeret, samt utlevering av data til brukere.

### § 1-7. (Opplysninger om krefttilfeller i Krefregisteret)

Krefregisteret kan uten samtykke inneholde følgende opplysninger om personer som har eller har hatt kreft, forstadier til kreft, eller godartede svulster i sentralnervesystemet i den utstrekning det er nødvendig for å nå formålet med registeret:

#### 1. personopplysninger:

- 1.1. navn og fødselsnummer,
- 1.2. adresse og bostedskommune,
- 1.3. sivilstand,

#### 2. administrative opplysninger:

- 2.1. institusjon/virksomhet/avdeling der helsehjelpen tilbys og ytes,
- 2.2. behandlingsansvarlig lege, navn og adresse, eventuelt pasientansvarlig lege,
- 2.3. institusjonsopphold, innleggelsesdato, utskrivingsdato, eventuelt poliklinikk,

#### 3. medisinske opplysninger:

- 3.1. om årsak til at helsetjenesten er oppsøkt, tidspunkt og tidsforløp for symptomer, diagnose, behandling, kontroller og eventuelt tilbakefall,

#### 3.2. om kreftsykdommen:

- 3.2.1. kreftsykdommens utgangspunkt eller utspring,
- 3.2.2. sykdomskategori,
- 3.2.3. morfologisk diagnose,
- 3.2.4. utbredelse på diagnosetidspunktet,
- 3.2.5. metastaser,
- 3.2.6. tilbakefall,

#### 3.3. om diagnosegrunnlag:

- 3.3.1. klinikk,
- 3.3.2. bildediagnostikk,
- 3.3.3. histologisk undersøkelse,
- 3.3.4. cytologisk materiale,
- 3.3.5. annen type undersøkelse,

- 3.4. kreftbehandling den registrerte har mottatt, indikasjoner og kontraindikasjoner for behandlingen, behandlingsmetode, samt eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger,

- 3.5. om eventuell resttumor etter behandling.

Krefregisteret kan, hvis den registrerte ikke motsetter seg det, etter å ha fått informasjon om hvordan slike opplysninger behandles i Krefregisteret, inneholde opplysninger om den registrertes

#### 1. yrkesmessige forhold,

2. røykevaner,
3. eventuelt andre kjente risikofaktorer for kreft.

**§ 1-8.** *(Opplysninger om berørte slektninger til personer som har arvelig kreft)*

Kreftregisteret kan på vilkår som nevnt i § 1-2 annet ledd inneholde følgende opplysninger om berørte slektninger til personer i Norge som dokumentert er disponert for eller har en arvelig kreftsykdom, som kan gjøres til gjenstand for oppsøkende virksomhet:

1. personopplysninger:
  - 1.1. navn og fødselsnummer,
  - 1.2. adresse og bostedskommune,
  - 1.3. sivilstand,
2. administrative opplysninger:
  - 2.1. virksomhet/avdeling, eventuelt institusjonsopphold,
  - 2.2. tidspunkt for kontrollen (dato og år),
  - 2.3. tidspunkt for planlagt oppfølging,
3. relevante medisinske opplysninger:
  - 3.1. diagnosegrunnlag,
  - 3.2. diagnose,
4. bakgrunn for undersøkelsen.

**§ 1-9.** *(Opplysninger om personer som har deltatt i program for tidlig diagnose eller kontroll for konkret kreftsykdom)*

Kreftregisteret kan med de unntak som følger av annet ledd, inneholde følgende opplysninger om personer som har deltatt i undersøkelsesprogram for tidlig diagnose og kontroll av kreftsykdom:

1. personopplysninger:
  - 1.1. navn og fødselsnummer,
  - 1.2. adresse og bostedskommune,
  - 1.3. sivilstand,
2. administrative opplysninger:
  - 2.1. virksomhet/avdeling, eventuelt institusjonsopphold,
  - 2.2. tidspunkt for kontrollen (dato og år),
  - 2.3. tidspunkt for planlagt oppfølging,
3. relevante medisinske opplysninger:
  - 3.1. diagnosegrunnlag,
  - 3.2. diagnose,
4. bakgrunn for undersøkelsen:
  - 4.1. undersøkelsesprogram,
  - 4.2. annen bakgrunn.

Ved negativt funn skal personopplysninger som nevnt i første ledd nr. 1, slettes etter at opplysningene er kvalitetssikret og senest seks måneder etter innsamlingen av opplysningene med mindre den registrerte har samtykket i at opplysningene registreres permanent. Dersom den registrerte ber om det, skal Krefregisteret registrere opplysninger om navn, fødselsnummer og adresse i et eget reservasjonsregister.

#### § 1-10. (Opplysninger om dødsårsak)

Krefregisteret kan inneholde helseopplysninger om dødsårsak, obduksjon, dødsdag, klokkeslett, måned og år om alle som er registrert i registeret.

#### § 1-11. (Koding og klassifisering av opplysningene i Krefregisteret, krav til dokumentasjon)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal ved enhver registrering i registeret kunne dokumentere hvilke klassifikasjoner eller kodeverk som er benyttet.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke nasjonale eller internasjonale kodeverk og klassifikasjoner som skal benyttes ved registrering av opplysninger i Krefregisteret.

## Kapittel 2. Melding av helseopplysninger til Krefregisteret, kvalitetskontroll mv.

#### § 2-1. (Helsepersonells dokumentasjons- og meldeplikt)

Klinikere, patologer, radiologer og andre laboratorieleger som gir helsehjelp ved kreftsykdom, skal uten hensyn til taushetsplikt melde opplysninger som nevnt i § 1-7 første ledd til Krefregisteret. Opplysninger om yrkesmessige forhold, røykevaner mv. som nevnt i § 1-7 annet ledd skal meldes dersom den registrerte ikke motsetter seg det.

Klinikere, patologer, radiologer og andre laboratorieleger som undersøker for eventuell kreftsykdom, jf. § 1-2 tredje ledd, skal ved negativt funn melde opplysninger som nevnt i § 1-9 første ledd til Krefregisteret uten hensyn til taushetsplikt. Det skal fremgå av meldingen om opplysninger om personens identitet skal registreres permanent eller slettes etter at opplysningene er kvalitetssikret.

Melding som nevnt i første og annet ledd, skal sendes fortløpende og senest to måneder etter at opplysningene er dokumentert i henhold til helsepersonelloven § 39 og § 40.

#### § 2-2. (Meldingsskjema, formkrav mv.)

Melding av opplysninger som nevnt i § 2-1 første og annet ledd, skal skje på skjema eller på annen måte fastsatt av departementet.

Departementet kan gi pålegg om bruk av bestemte klassifikasjonssystemer og kodeverk ved registrering av opplysningene, og gi pålegg om bruk av standardiserte meldingsformater ved forsendelsen av opplysningene.

#### § 2-3. (Virksomhetens plikter)

Helseinstitusjon, poliklinikk, helsesenter, patologilaboratorium, røntgenlaboratorium, klinisk kjemisk laboratorium eller annen virksomhet som er ansvarlig for registrering av opplysninger som skal meldes til Krefregisteret, jf. § 1-7 og § 1-9, har ansvar for at pliktene som nevnt i § 2-1 og § 2-2 oppfylles, og skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette, jf. forskriften § 4-2 og § 4-3.

#### § 2-4. (Mottakers ansvar for kvalitetskontroll)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal sørge for at helseopplysninger som innsamles og behandles i Krefregisteret, er korrekte, relevante og nødvendige for de formål de innsamles for, jf. § 1-3. Som ledd i kvalitetskontrollen kan det gjøres rutinemessige samkjøringer mot Det sentrale folkeregister, og Dødsårsaksregisteret og Norsk pasientregister.

Dersom meldingsskjema er mangelfullt utfylt, skal avsenderen av skjema varsles, jf. helseregisterloven § 9 annet ledd annet punktum. Ved fortsatt mangelfull utfylling av skjema skal Helsetilsynet i fylket varsles.

0 Endret ved forskrifter 20 juni 2003 nr. 741 (i kraft 1 juli 2003), 7 des 2007 nr. 1389 (i kraft 15 april 2009).

### Kapittel 3. Behandling av helseopplysninger i Krefregisteret

#### § 3-1. (Sammenstilling av opplysninger for fremstilling av statistikk)

Opplysninger i Krefregisteret kan sammenstilles (kobles) med opplysninger i Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret, Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Det sentrale tuberkuloseregisteret, System for vaksinasjonskontroll, Reseptregisteret, og Forsvarets helseregister og Norsk pasientregister, dersom det gjøres av den databehandlingsansvarlige for ett av de nevnte registrene eller en virksomhet departementet bestemmer, og resultatet av sammenstillingen fremkommer i anonymisert form.

Den databehandlingsansvarlige skal normalt effekteuere forespørsler om statistiske opplysninger fra forvaltningen og forskere innen 60 dager fra den dagen bestillingen kom inn. Dersom særlige forhold gjør det umulig å effekteuere forespørselen innen fristen, kan effekteueringen utsettes inntil det er mulig å oppfylle den. Den databehandlingsansvarlige skal i så fall gi et foreløpig svar med opplysninger om forespørselen kan effekteueres, om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når bestillingen kan effekteueres.

Helseopplysninger som mottas for fremstilling av statistikk etter første ledd, skal slettes så snart statistikkfremstillingen er tilfredsstillende gjennomført.

0 Endret ved forskrifter 20 juni 2003 nr. 741 (i kraft 1 juli 2003), 2 sep 2005 nr. 1010 (i kraft 24 april 2006), 7 des 2007 nr. 1389 (i kraft 15 april 2009).

#### § 3-2. (Sammenstilling av opplysninger fra Krefregisteret med opplysninger i andre registre for forskning mv.)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret kan sammenstille opplysninger i Krefregisteret med opplysninger i helseregistre som nevnt i § 3-1 første ledd, med unntak av Forsvarets helseregister, for uttrykkelig angitte formål, innen registrenes formål, jf. forskriften § 1-3, dersom det er ubetenkelig ut fra etiske hensyn og databehandleren (forskeren) bare skal behandle aidentifiserte opplysninger.

Sammenstilte helseopplysninger kan ikke lagres før navn, fødselsdag og personnummer er slettet eller kryptert. Direkte personidentifiserende opplysninger (navn og fødselsnummer) som mottas for behandlingen, skal slettes så snart sammenstillingen (koblingen) er tilfredsstillende gjennomført.

Alle opplysninger som inngår i behandlingen etter første og annet ledd, skal slettes ved prosjektavslutning.

0 Endret ved forskrift 2 sep 2005 nr. 1010 (i kraft 24 april 2006).

### § 3-3. (Utlevering av sammenstilte datafiler til forskning mv.)

Aidentifiserte opplysninger som nevnt i § 3-2 første ledd skal etter søknad gjøres tilgjengelig for og utleveres til forskning, eventuelt annet uttrykkelig angitt formål innenfor registerets formål, jf. forskriften § 1-3, dersom

- mottakeren bare skal behandle aidentifiserte opplysninger,
- behandlingen av opplysningene er ubetenkelig ut fra etiske hensyn og
- sammenstillingen og tilretteleggingen av dataene gjøres av databehandlingsansvarlig for et av de registrene hvis opplysninger behandles, eller i en virksomhet departementet bestemmer.

§ 3-2 annet ledd gjelder tilsvarende.

Ved spørsmål om utlevering som beskrevet i første ledd til medisinsk og helsefaglig forskning kan registeret, i tilfeller der det etter registerets vurdering er tvil om behandlingen av opplysningene er ubetenkelig ut fra etiske hensyn, forelegge spørsmålet om utlevering skal skje for en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for avgjørelse. Vedtak fattet av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.

Søknad om utlevering av opplysninger som beskrevet i første ledd til medisinsk og helsefaglig forskning skal inneholde opplysninger om forskningsansvarlig og prosjektleder, jf. helseforskningsloven § 6.

Den databehandlingsansvarlige skal utlevere eller overføre nødvendige og relevante data til den ansvarlige for det angitte prosjektet innen 60 dager fra den dagen søknaden kom inn. Rettsgrunnlaget for behandlingen av opplysningene skal fremgå av søknaden, jf. første ledd.

Dersom særlige forhold gjør det umulig å effekteuere søknaden innen den angitte fristen, kan effekteueringen utsettes inntil det er mulig å oppfylle den. Den databehandlingsansvarlige skal i så fall gi et foreløpig svar med opplysninger om forespørselen kan effekteueres, om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når søknaden kan effekteueres.

Alle opplysninger som inngår i behandlingen etter denne paragrafen, skal slettes eller tilbakeleveres ved prosjektavslutning.

0 Endret ved forskrift 26 juni 2009 nr. 868 (i kraft 1 juli 2009).

### § 3-4. (Plikt til å utlevere ikke koblede data til forskning mv.)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal etter forespørsel fra forvaltningen og forskere utlevere statistiske opplysninger fra Krefregisteret innen 30 dager fra den dagen forespørselen kom inn.

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal etter søknad utlevere aidentifiserte opplysninger fra Krefregisteret dersom

- opplysningene skal brukes i ett uttrykkelig angitt formål innenfor registerets formål,
- mottakeren bare skal behandle aidentifiserte opplysninger og
- behandlingen av opplysningene er ubetenkelig ut fra etiske hensyn.

Ved spørsmål om utlevering som beskrevet i annet ledd til medisinsk og helsefaglig forskning kan

registeret, i tilfeller der det etter registerets vurdering er tvil om behandlingen av opplysningene er ubetenkelig ut fra etiske hensyn, forelegge spørsmålet om utlevering skal skje for en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for avgjørelse. Vedtak fattet av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.

Søknad om utlevering av opplysninger som beskrevet i første ledd til medisinsk og helsefaglig forskning skal inneholde opplysninger om forskningsansvarlig og prosjektleder, jf. helseforskningsloven § 6.

Den databehandlingsansvarlige skal utlevere eller overføre nødvendige og relevante data til den ansvarlige for det angitte prosjektet innen 30 dager fra den dagen søknaden kom inn. Rettsgrunlaget for behandlingen av opplysningene skal fremgå av søknaden.

§ 3-3 sjette og syvende ledd gjelder tilsvarende.

0 Endret ved forskrift 26 juni 2009 nr. 868 (i kraft 1 juli 2009).

### § 3-5. (Utlevering og annen behandling av opplysninger i Krefregisteret)

Personidentifiserende opplysninger i Krefregisteret kan, med mindre annet følger av denne forskriften, bare behandles (sammenstilles, utleveres etc.) etter tillatelse fra Datatilsynet og i samsvar med de alminnelige regler om taushetsplikt.

For utlevering av personidentifiserende opplysninger til medisinsk og helsefaglig forskning erstattes konsesjonsplikt og krav om dispensasjon fra taushetsplikt av forhåndsgodkjenning fra en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. helseforskningsloven § 33 og § 9.

Helsedirektoratet skal svare på forespørsler om utlevering av personidentifiserende opplysninger for bruk i uttrykkelig angitte forskningsprosjekter innen 30 dager fra den dagen forespørselen kom inn. Dersom særlige forhold gjør det umulig å svare på forespørselen innen den angitte fristen, kan svaret utsettes inntil det er mulig å gi svar. Helsedirektoratet skal i så fall gi et foreløpig svar med opplysninger om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når svar kan gis.

0 Endret ved forskrift 26 juni 2009 nr. 868 (i kraft 1 juli 2009).

### § 3-6. (Informasjonsstrategi rettet mot brukergrupper)

For å fremme bruken av data fra Krefregisteret og for å bygge opp informasjon og kunnskap, jf. forskriften § 1-3, skal den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret ha en aktiv informasjonsstrategi og -plan rettet mot så vel helseforvaltningen, helsetjenesten og øvrig forvaltning, som mot forskere innen medisinsk forskning, helsetjenesteforskning og samfunnsforskning.

### § 3-7. (Kostnader)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret kan kreve betaling for behandling og tilrettelegging av opplysninger etter § 3-1 til § 3-5. Betalingen kan ikke overstige de faktiske utgiftene ved slik behandling og tilrettelegging av opplysningene.

### § 3-8. (Oversikt over utleveringer)

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal føre oversikt over hvem som får utlevert opplysninger fra Krefregisteret og hjemmelsgrunlaget for utleveringene. Oversikten skal oppbevares i minst

fem år etter at utlevering har funnet sted.

0 Endret ved forskrift 20 juni 2003 nr. 741 (i kraft 1 juli 2003).

## **Kapittel 4. Taushetsplikt, informasjonssikkerhet, internkontroll**

### **§ 4-1. (Taushetsplikt)**

Enhver som behandler helseopplysninger etter denne forskriften har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 til § 13e, samt etter helsepersonelloven.

Taushetsplikten etter første ledd gjelder også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, pseudonym, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13b nr. 5 og 6 kan bare gis når det er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter forskriften her, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

### **§ 4-2. (Informasjonssikkerhet)**

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret og databehandleren skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger etter forskriften, jf. helseregisterloven § 16 flg.

Der behandling av helseopplysningene skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler, gjelder bestemmelsene om informasjonssikkerhet i personopplysningsforskriften § 2-1 til § 2-16.

### **§ 4-3. (Plikt til internkontroll)**

Den databehandlingsansvarlige for Krefregisteret skal etablere internkontroll i samsvar med helseregisterloven § 17. De systematiske tiltakene skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter og størrelse i det omfang det er nødvendig for å etterleve krav gitt i eller i medhold av helseregisterloven, med særlig vekt på bestemmelser gitt i medhold av helseregisterloven § 16.

Databehandlere som behandler helseopplysninger på vegne av den databehandlingsansvarlige, skal behandle opplysninger i samsvar med rutiner databehandlingsansvarlig har oppstilt.

### **§ 4-4. (Internkontrollens innhold)**

Internkontroll innebærer at den databehandlingsansvarlige skal ha kunnskap om gjeldende regler om behandling av helseopplysninger, tilstrekkelig og oppdatert dokumentasjon for gjennomføring av rutiner, samt ha denne dokumentasjonen tilgjengelig for dem den måtte angå. Internkontrollen skal blant annet inneholde:

1. oversikt over hvordan virksomheten er organisert,
2. oversikt over ansvars- og myndighetsforhold,
3. oversikt over de krav i og i medhold av helseregisterloven som gjelder for virksomheten,
4. rutiner virksomheten følger for å sikre overholdelse av kravene, herunder rutiner for:
  - 4.1. oppfyllelse av krav om at personidentifiserende opplysninger bare behandles når dette er nødvendig for å fremme formålet med behandlingen av opplysningene, og i tråd med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt, jf. helseregisterloven § 11 og § 15,



- 4.2. dokumentasjon og kvalitetskontroll av helseopplysningene, jf. forskriften § 1-11 og § 2-4,
- 4.3. oppfyllelse av begjæringer om informasjon og innsyn, jf. helseregisterloven § 21 til § 25, samt forskriften § 5-1,
- 4.4. hvordan virksomhetene oppfyller bestemmelsene om tilgang til helseregistre, jf. § 3-1, § 3-3, § 3-4 og § 3-5,
- 4.5. oppfyllelse av reglene om meldeplikt til Datatilsynet, jf. helseregisterloven § 29,
5. rutiner virksomheten følger dersom avvik oppstår og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
6. rutiner virksomheten følger for å hindre gjentakelse av avvik og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
7. rutiner for hvordan virksomheten systematisk og regelmessig gjennomgår sin internkontroll for å kontrollere at aktivitetene og resultatene av dem stemmer overens med det system virksomheten har fastlagt, og om det medfører oppfyllelse av helseregisterlovgivningen,
8. rutiner for hvordan virksomheten sikrer seg at alle aktuelle og kun gjeldende rutiner blir benyttet, og
9. rutiner for hvordan virksomheten sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å overholde forskriftens krav.

Skriftlig dokumentasjon skal minst omfatte dokumentasjon av rutiner som nevnt i første ledd nr. 1 til 8. Tilsynsmyndighetene kan gi pålegg om skriftlig dokumentasjon ut over dette dersom det anses påkrevet. Tilsynsmyndighetene kan dispensere fra hele eller deler av dette kapittel når særlige forhold foreligger.

## **Kapittel 5. Den registrertes rett til informasjon og innsyn**

### **§ 5-1. (Den registrertes rett til informasjon og innsyn)**

Registrerte har rett til informasjon om Krefregisteret og innsyn i behandling av helseopplysninger om seg selv i samsvar med helseregisterloven § 22 til § 25.

Innsyn i helseopplysninger om en selv, jf. helseregisterloven § 22 annet ledd, skal fortrinnsvis gis gjennom den registrertes sist behandlende lege og helseinstitusjon. Informasjonen skal gis i en forståelig form.

### **§ 5-2. (Informasjon og innsyn når den registrerte er mindreårige)**

Foreldrene eller andre med foreldreansvar har rett til innsyn etter regler tilsvarende dem i pasientrettighetsloven § 3-4.

### **§ 5-3. (Frist for å svare på henvendelser om innsyn)**

Begjæringer om innsyn etter § 5-1 skal besvares uten ugrunnet opphold og senest innen 30 dager fra den dagen henvendelsen kom inn, jf. helseregisterloven § 19.

Dersom særlige forhold gjør det umulig å svare på henvendelsen innen 30 dager, kan gjennomføringen utsettes inntil det er mulig å gi svar. Den databehandlingsansvarlige skal i såfall gi et foreløpig svar med opplysninger om grunnen til forsinkelsen og sannsynlig tidspunkt for når svar kan gis.

## **Kapittel 6. Bevaring av helseopplysninger i Krefregisteret**

### **§ 6-1. (Bevaring av helseopplysninger)**

Opplysninger i Krefregisteret skal oppbevares i ubegrenset tid, med mindre annet følger av denne

forskriften eller helseregisterloven § 26 eller § 28.

## Kapittel 7. Straff

### § 7-1. (Straff)

Den som forsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser fastsatt i denne forskriften § 2-1, § 2-3 og § 4-2 til § 4-4, straffes med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler.

Medvirkning straffes på samme måte.

## Kapittel 8. Avsluttende bestemmelser

### § 8-1. (Ikraftsetting)

Forskriften trer i kraft 1. januar 2002.

---

Databasen sist oppdatert 22. nov 2011

# **STRATEGI FOR KREFTREGISTERET**

---

**2012-2015**

# INNHALDSFORTEGNELSE

|   |    |
|---|----|
| FORORD.....                                       | 3  |
| 1. KREFTREGISTERETS VIRKSOMHET.....               | 5  |
| 1.1 Kreftregisterets formål .....                 | 5  |
| 1.2 Primær, sekundær og tertiær forebygging ..... | 5  |
| 1.3 Fordelen med en samlet virksomhet.....        | 5  |
| 1.4 Samarbeidspartnere .....                      | 5  |
| 1.5 Etikk og personvern .....                     | 6  |
| 2. VISJON OG HOVEDMÅL .....                       | 7  |
| 2.1 Visjon .....                                  | 7  |
| 2.2 Hovedmål.....                                 | 7  |
| 3. PRIMÆR FOREBYGGING .....                       | 8  |
| 3.1 Mål.....                                      | 8  |
| 4. SEKUNDÆR FOREBYGGING.....                      | 10 |
| 4.1 Mål.....                                      | 10 |
| 5. TERTIÆR FOREBYGGING .....                      | 12 |
| 5.1 Mål.....                                      | 12 |
| 6. STRATEGISKE MÅL FOR SENTRALE FUNKSJONER.....   | 14 |
| 6.1 IKT.....                                      | 14 |
| 6.2 Datautlevering og formidling .....            | 14 |
| 6.3 HR .....                                      | 15 |
| 7. ØKONOMISKE FORUTSETNINGER .....                | 16 |

## FORORD

Kreftregisteret er et forskningsinstitutt som driver et nasjonalt helseregister og screeningprogrammer mot kreft. Kreftregisteret har registrert krefttilfeller i Norge siden 1952. Formålet til Kreftregisteret, og hva vi skal bruke tid og ressurser på er nedfelt i Kreftregisterforskriften, som igjen er nedfelt i Lov om Helseregistre.

Spesifikt sier Kreftregisterforskriften § 1-3 at Kreftregisterets formål er å:

1. innsamle og innenfor forskriftens rammer behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser i Norge for å kartlegge kreftsykdommers utbredning i landet og belyse endringer over tid
2. drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter for å fremme og utvikle kvaliteten på forebyggende tiltak og helsehjelp som tilbys eller ytes mot kreftsykdom, herunder følge opp enkeltpasienter og pasientgrupper
3. gi råd og veiledning om helsehjelp mot kreftsykdommer
4. gi råd og informasjon til øvrig forvaltning og befolkningen om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom

Opplysninger i Kreftregisteret kan foruten til formål som nevnt i første ledd, behandles til styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenesten og helseforvaltningen, utarbeiding av statistikk og til forskning (<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20011221-1477.html>).

Strategien er derfor i stor grad allerede bestemt av de føringer som loven har lagt. Men, dette dokumentet hjelper oss med å synliggjøre akkurat hvordan dette skal oppnås for perioden 2012 – 2015. Strategien er først og fremst et internt dokument og representerer et fundament for mer konkrete handlingsplaner for de neste årene. Handlingsplanene vil inneholde mer detaljer, og blir utarbeidet både for organisasjonen under ett og for hver spesifikke avdeling/seksjon. I tillegg til å ha stor nytteverdi internt, håper vi og at dette strategidokumentet kan være av interesse for våre samarbeidspartnere, og for alle som ønsker mer informasjon om hva Kreftregisteret vil fokusere på i de neste årene.

Utarbeidelsen av strategidokumentet har vært drevet av en egen prosjektgruppe, med representanter fra hver avdeling ved Kreftregisteret. Prosjektgruppen la opp til en bred og inkluderende prosess, som har involvert ansatte på alle nivå i organisasjonen. Prosjektgruppen har rapportert til og samarbeidet tett med styringsgruppen, som har bestått av avdelingslederne og direktør. Det har vært nedsatt ulike arbeidsgrupper, og prosjektgruppens utkast har vært sendt til høring internt. Videre har utkast til strategien blitt sendt til våre samarbeidspartnere, KRG styret og OUS styret for kommentarer og innspill.

Målet for arbeidet har først og fremst vært å utarbeide en strategi for Kreftregisteret. Men et annet vel så viktig mål har vært, via denne involverende prosessen, å bevisstgjøre våre ansatte spesielt for hva Kreftregisterets langsiktige mål er, og hvilke strategiske valg man da vil måtte ta i organisasjonen. Selve prosessen rundt strategiarbeidet har derfor vært viktig for å forankre strategien i organisasjonen. Dette vil gjøre det enklere å få forståelse rundt prioriteringer vi må gjøre i forhold til økonomi og personell.

Takk til alle som har vært involvert i denne strategiprosessen. En spesiell takk til prosjektgruppen og til alle ansatte i Kreftregisteret som har bidradd. Likeledes stor takk til alle innspill fra Kreftregisterets styremedlemmer, våre kollegaer og samarbeidspartnere utenfra. Vi ser frem til et videre godt samarbeid med de kliniske kreftmiljøene, Helse – og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Kreftforeningen, andre sentrale helseregistre, og våre andre nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.

Oslo, november 2011  
Giske Ursin, Direktør

# 1. KREFTREGISTERETS VIRKSOMHET

Kreftregisteret har nasjonal virksomhet innen registrering, epidemiologisk kreftforskning og drift av screeningprogrammer. Kreftregisteret er en selvstendig institusjon og har eget enhetsstyre med representanter fra alle landets regionale helseforetak. Organisatorisk ligger Kreftregisteret under Oslo universitetssykehus HF, som en del av Helse Sør-Øst RHF.

## 1.1 Kreftregisterets formål

Kreftregisteret skal etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom (jfr. Kreftregisterforskriften) ved å:

- innsamle og behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser
- drive, fremme og gi grunnlag for forskning om kreftsykdommer
- gi råd, veiledning og informasjon om helsehjelp mot kreftsykdommer og om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Kreftregisteret ansvaret for å drive de nasjonale screeningprogrammene mot kreft. I tillegg er Kreftregisteret ansvarlig for Janus serumbank.

Kreftregisterets målgrupper er befolkningen, helsevesenet, forskningsmiljøer og beslutningstakere.

## 1.2 Primær, sekundær og tertiær forebygging

Det forebyggende arbeidet mot kreft kan inndeles i primær, sekundær og tertiær forebygging. Hensikten med hvert nivå av forebygging er:

- Primær forebygging skal forhindre at kreft oppstår.
- Sekundær forebygging er tidlig diagnose og behandling av kreft og forstadier til kreft.
- Tertiær forebygging skal redusere de negative konsekvensene av kreft ved å tilby kreftpasienter den beste tilgjengelige utredning, behandling og oppfølging.

Kreftregisteret bidrar til forebygging av kreft gjennom registrering av opplysninger om kreftsykdom, screeningprogrammer mot kreft og forskning.

Strategien er bygget opp etter de tre nivåene av forebygging. Strukturen ble valgt fremfor en inndeling etter virksomhet (registrering, screening og forskning) fordi begrepet *forebygging* fungerer som en samlende betegnelse for alle deler av Kreftregisterets virksomhet. I tillegg tydeliggjør den hvordan Kreftregisteret er til nytte for samfunnet.

## 1.3 Fordelen med en samlet virksomhet

Samlet kompetanse innen primær, sekundær og tertiær forebygging bidrar til en bedre total forståelse av kreftsykdom. Register-, screening- og forskningsvirksomheten er gjensidig avhengige av hverandre for å opprettholde og forbedre datakvaliteten. Høy datakvalitet gir grunnlaget for bedre forskning og forbedret drift og evaluering av screeningprogrammene.

Nærhet mellom ulike fagmiljøer innen organisasjonen gir muligheter for kunnskapsutveksling og tverrfaglig samarbeid i det daglige. En samlet virksomhet gir mulighet for helhetlige IKT-løsninger som effektiviserer registrering, screeningvirksomhet og bruk av kreftdata på tvers av fagområder.

## 1.4 Samarbeidspartnere

Gjennomføringen av Kreftregisterets oppgaver forutsetter samarbeid med flere ulike miljø. Kreftregisteret samarbeider nært med helsevesenet for å sikre høy kvalitet på og god utnyttelse av innmeldte kreftdata, og for å oppnå et godt screeningtilbud. I arbeidet med kliniske kvalitetsregistre

er et tett samarbeid med kliniske fagmiljøer av stor betydning. Kreftregisteret jobber aktivt for å tilrettelegge for klinisk forskning. Kreftforeningen er sentral i formidlingen av relevant forskningsbasert kunnskap om kreftsykdom og er en viktig bidragsyter til finansiering av Kreftregisterets forskningsprosjekter og kvalitetsregistre. For å sikre høy kvalitet på forskningen samarbeider Kreftregisteret med andre forsknings- og registermiljøer både nasjonalt og internasjonalt. Kreftregisteret samarbeider med andre sentrale helseregistre om viktige felles utfordringer knyttet til blant annet datautleveringer og gjensidig kvalitetssikring. Kreftregisteret bidrar også med råd og informasjon til beslutningstakere. Et godt samarbeid med statlige myndigheter er med på å legge grunnlag for kunnskapsbaserte beslutninger.

## **1.5 Etikk og personvern**

Kreftregisteret behandler personsensitive helseopplysninger innen primær, sekundær og tertiær forebygging. Innsamling av helseopplysninger til Kreftregisteret er hjemlet i Helseregisterloven og spesifisert i Kreftregisterforskriften. Forvaltningen av slike helseopplysninger er underlagt et strengt lovverk som skal minimere den enkeltes personvernulempe. Utlevering av personidentifiserbare opplysninger fra Kreftregisteret krever forhåndsgodkjenning av Regional etisk komité eller konsesjon fra Datatilsynet.

Kreftregisteret forvalter sensitive opplysninger på vegne av fellesskapet, hvilket krever et sterkt fokus på informasjonssikkerhet. Eksempler på tiltak med hensyn på personidentifiserbar informasjon er sladding av mottatte kreftmeldinger og kryptering av registeret.

Kreftregisterets virksomhet skal til enhver tid holde høy etisk standard ved å være i overensstemmelse med anerkjente etiske normer og ved at bevisstheten om personvern gjennomsyrrer virksomheten.



## 2. VISJON OG HOVEDMÅL

### 2.1 Visjon

#### ***Bekjempe kreftsykdom***

Kreftregisterets visjon er å bekjempe kreftsykdom og de lidelser sykdommen påfører den enkelte og deres pårørende, samt redusere utfordringene kreft medfører for samfunnet.

### 2.2 Hovedmål

***Kreftregisteret skal være en sentral aktør innen primær, sekundær og tertiær forebygging av kreft gjennom forskning, registrering og bearbeiding av data, samt drift av screeningprogrammene mot kreft***

Antallet krefttilfeller vil øke på grunn av befolkningsvekst og en aldrende befolkning. Samtidig utvikles kunnskapen om kreft og behandling av kreft, og i denne utviklingen skal Kreftregisteret være sentral.

Kreftregisteret skal bidra med kunnskap om kreft for å redusere kreftisiko og dødelighet, samt øke overlevelse blant kreftpasienter. Samarbeid med helsetjenesten er nødvendig for at kunnskapen skal få praktisk nytte for befolkningen. For å oppnå hovedmålet må forskning, screening og registrering av kreftdata holde svært høy kvalitet. Registrering av kreftdata omfatter opplysninger om kreftsvulsten, utredning, behandling og senere forløp.

### 3. PRIMÆR FOREBYGGING

Primær forebygging er å forhindre at kreft oppstår.

Kunnskap om hva som forårsaker kreft er en forutsetning for primær forebygging. Kreftregisteret har et tilnærmet komplett register over forekomst av alle typer kreft i Norge. Kreftregisterets data er sentral i kartlegging av sykdomsbildet over tid, både som mål på sykdomsbyrde og som grunnlag for forskning. Kreftregisterets forskning på årsaker til kreft er knyttet til genetiske faktorer, biologiske markører, infeksjonssykdommer og miljøfaktorer, herunder arbeidsmiljø og livsstil. Kreftregisteret har også forskning på forebyggende vaksiner mot livmorhalskreft som inngår i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet.

En sentral oppgave for screeningprogrammene er å *oppdage forstadier* til kreft, og de er i den forstand primær forebygging mot kreft. En annen sentral oppgave ved programmene er også å *oppdage kreft* på et tidlig tidspunkt, og de omtales derfor samlet under sekundær forebygging.

#### 3.1 Mål

##### **3.1.1. Kreftregisterets data på kreftforekomst skal ha høy kvalitet**

Kreftregisteret skal opprettholde høy datakvalitet med hensyn til komparabilitet, komplettethet og validitet. Kreftregisteret skal forbedre datakvaliteten gjennom satsing på elektroniske innmeldingsløsninger og samordnet registrering, slik at blant annet data blir tilgjengelig tidligere (forbedret "timeliness"). I løpet av strategiperioden skal tall for siste års nye krefttilfeller publiseres innen oktober måned påfølgende år. En forutsetning for å sikre at data blir tilgjengelig tidligere er økte ressurser til elektronisk innrapportering og bearbeiding av kreftmeldinger. For å oppnå høy datakvalitet i registeret må dataene som meldes inn være av høy kvalitet.

##### **3.1.2. Kreftregisteret skal drive deskriptiv kreftepidemiologisk forskning på høyt internasjonalt nivå**

Å beskrive og tolke trender i kreftforekomst, -overlevelse og -dødelighet er en viktig oppgave for Kreftregisteret. Kreftregisteret skal fortsatt være internasjonalt ledende innen deler av dette fagfeltet, med en stor produksjon av vitenskapelige artikler. Forskingen har betydning innen primær, sekundær og tertiær forebygging av kreft.

##### **3.1.3. Forskning på årsaker til kreft skal være på høyt internasjonalt nivå**

For å forebygge kreft trengs mer kunnskap om hvordan kreft oppstår. Årsaker til kreft kan være knyttet til miljøfaktorer, som eksponering for skadelige stoffer eller virus, og kan også påvirkes av biologiske faktorer som alder, livsstil og genetik. Ofte vil det være et samspill mellom flere faktorer som påvirker risikoen for kreft. Slike årsakssammenhenger for kreft står sentralt i den epidemiologiske forskningen ved Kreftregisteret.

For ytterligere å fremme Kreftregisterets internasjonale posisjon innen forskning på årsaker til kreft skal antallet eksternt finansierte forskningsprosjekter ledet av Kreftregisteret økes. Videre skal antallet publikasjoner med første- og sisteforfatterskap i ledende internasjonale tidsskrift økes. Forskingen skal i større grad presenteres på internasjonale konferanser.

##### **3.1.4. Kreftregisteret skal øke forskningsaktiviteten på basert på biologisk materiale**

For bedre å forstå årsakssammenhenger og sykdomsmekanismer, skal Kreftregisteret øke antallet forskningsprosjekter som gjør nytte av biologisk materiale. Dette innebærer å styrke forskningen på molekylærbiologiske sider ved kreftutvikling. En viktig del av satsningen involverer økt bruk av Janus serumbank.

### **3.1.5. Kreftregisteret skal fortsette forskningen på effekten av HPV-vaksine og bidra til den offentlige overvåkingen av HPV-vaksinering i barnevaksinasjonsprogrammet**

Kreftregisteret er en sentral aktør innen overvåkingen av effekten av HPV-vaksine. Data fra Kreftregisteret på forekomst av forstadier til livmorhalskreft, livmorhalskreft og andre HPV-relaterte kreftformer er et viktig grunnlag for forskning på effekten av HPV-vaksine. Kreftregisteret skal ha en ledende rolle i forskningsprosjekter som gjør nytte av slike data for å vurdere effekten av HPV-vaksine. Kreftregisteret skal også delta i forskningsprosjekter med relaterte problemstillinger knyttet til HPV, inkludert forskning med bruk av biologisk materiale.

I strategiperioden har Kreftregisterets to hovedsatsninger vedrørende HPV-vaksine. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Kreftregisteret ansvar for å overvåke effekten av innføring av HPV-vaksinering i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. I tillegg har Kreftregisteret eksternt finansierte forskningsprosjekter på HPV-vaksine.

## 4. SEKUNDÆR FOREBYGGING

Sekundær forebygging er tidlig diagnose og behandling av kreft og forstadier til kreft.

Formålet med sekundær forebygging er å redusere forekomst av kreft ved å diagnostisere og behandle forstadier til kreft, og å redusere sykkelighet og dødelighet av kreft ved å behandle kreft på et tidlig tidspunkt slik at prognosen bedres og overlevelsen øker.

Ved Kreftregisteret er sekundær forebygging i hovedsak knyttet til de nasjonale screeningprogrammene mot bryst- og livmorhalskreft. Kreftregisteret er også sekretariat for prøveprosjektet for nasjonalt screeningprogram mot tykk- og endetarmskreft. Screeningaktiviteten innebærer registrering, drift og evaluering av screeningprogrammene, samt forskning.

Kreftregisteret skal fortsette det tette samarbeidet med de kliniske miljøene når det gjelder drift og videreutvikling av screeningprogrammene. Sentralt i samarbeidet står den tverrfaglige rådgivningsgruppen og de nasjonale styringsgruppene for programmene.

Helsemyndighetene er i ferd med å endre forskriften til de nasjonale screeningprogrammene mot bryst- og livmorhalskreft. Dette vil endre forutsetningene for programmene og aktiviteten må tilpasses ny forskrift i løpet av strategiperioden.

### 4.1 Mål

#### **4.1.1. Kreftregisteret skal styrke sin posisjon som nasjonalt senter for kreftscreening**

Kreftregisteret har bygd opp en unik kompetanse på kreftscreening gjennom etablering og drift av de to nasjonale screeningprogrammene.

For å styrke posisjonen som nasjonalt senter for kreftscreening skal Kreftregisteret:

- drifte og videreutvikle etablerte screeningprogrammer
- videreutvikle kvalitetskrav og drive kvalitetskontroll
- utføre forskningsbasert evaluering av screeningprogrammene
- være en sentral aktør i utredningen av ny kreftscreening
- ha ansvaret for eventuelle nye screeningprogram

#### **4.1.2. Kreftregisteret skal bedre screeningtilbudet gjennom videreutvikling av etablerte programmer**

Kreftregisteret skal drive og videreutvikle etablerte programmer i tråd med ny viten og i henhold til internasjonal standard for kreftscreening til beste for den enkelte og samfunnet. Kreftregisteret skal i tillegg bidra til ny kunnskap om kreftscreening gjennom forskningsbasert evaluering av programmene.

#### **4.1.3. Kreftregisteret skal forvalte screeningopplysninger på en måte som sikrer høy datakvalitet**

Høy datakvalitet er en forutsetning for forsvarlig drift av screeningprogrammene og er en prioritert oppgave. Screeningopplysningenes kompletthet, validitet og aktualitet skal forbedres ved samordnet registrering og kvalitetssikring av data i samarbeid med innmelderne.

#### **4.1.4. Kreftregisteret skal modernisere dagens IKT-løsninger for screeningprogrammene**

Det er nødvendig med høy kompetanse på dataforvaltning av helseopplysninger med strenge krav til informasjonssikkerhet og personvern. Det er behov for en større omlegging av datasystemene fordi de er utdaterte og for å sikre at driften hele tiden er i samsvar med gjeldende lovverk.

#### **4.1.5. Kreftregisteret skal bruke data fra screeningprogrammene til forskning på forebygging**

Kreftregisteret skal i større grad bruke dataene fra screeningprogrammene til å gi innsikt i årsakssammenhenger og sykdomsforløp. Antallet publikasjoner med første- og sisteforfatterskap i internasjonale tidsskrift skal økes.

#### **4.1.6. Kreftregisteret skal etablere og gjennomføre prøveprosjektet for nasjonalt screeningprogram mot tykk- og endetarmskreft**

Det er opprettet et prøveprosjekt for et nasjonalt screeningprogram mot tykk- og endetarmskreft. Kreftregisteret er sekretariat for prøveprosjektet. Dersom et nasjonalt program vedtas, er det Kreftregisterets målsetting at ansvaret for programmet legges til Kreftregisteret.

## 5. TERTIÆR FOREBYGGING

Tertiær forebygging er å redusere de negative konsekvensene av kreft ved å tilby kreftpasienter den beste tilgjengelige utredning, behandling og oppfølging.

Kreftregisterets oppgave innen tertiær forebygging er å bidra med kunnskap og kompetanse om helsetjenester som kan redusere dødelighet og øke overlevelse ved kreftsykdom. Aktiviteten er i hovedsak knyttet til kliniske kvalitetsregistre som inneholder detaljert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter. Kreftregisteret har to kvalitetsregistre med nasjonal status; ett for tykk- og endetarmskreft og ett for prostatakreft. Det er søkt om nasjonal status for flere kvalitetsregistre.

Kreftregisteret samarbeider med klinikkene og patologilaboratoriene i arbeidet med kvalitetsregistrene. Legitimitet og forankring i de nasjonale kliniske miljøene er nødvendig for at strategien vedrørende tertiær forebygging kan gjennomføres. Samarbeidet ivaretas ved referansegrupper for hvert kvalitetsregister. Kompetansen i det kliniske miljøet sikrer relevante data og god klinisk forskning. Erfaringen fra etablerte referansegrupper er at de øker samarbeidet mellom regioner og mellom ulike fagfelt.

Kartlegging av kreftforekomst (deskriptiv epidemiologi) er sentralt for alle nivåer av forebygging og er i denne strategien tidligere omtalt under primær forebygging.

### 5.1 Mål

#### **5.1.1. Kreftregisteret skal registrere kvalitetsregisterdata av høy kvalitet**

Kreftregisteret skal fortsette å forbedre datakvalitet med hensyn til komparabilitet, komplettethet og validitet i kvalitetsregistrene. Gjennom satsing på elektroniske innmeldingsløsninger skal data bli tilgjengelig tidligere.

I samarbeid med de kliniske miljøene skal registrene forbedres gjennom kontinuerlig kvalitetssikring og evaluering av datamaterialet.

#### **5.1.2. Kreftregisteret skal ha etablert nye kvalitetsregistre med nasjonal status**

Etableringen av kvalitetsregistrene for flere typer kreft er i tråd med Helse og omsorgsdepartementets strategi "Gode helseregistre – bedre helse". Det er også et sterkt ønske om kvalitetsregistre for en rekke kreftformer, både fra pasientforeninger og sykehusmiljøene. De regionale helseforetakene har ansvaret for finansiering av kvalitetsregistre med nasjonal status.

Innen 2015 skal Kreftregisteret ha minst seks nye fullfinansierte kvalitetsregistre i drift med nasjonal status. Flere av dagens kvalitetsregistre oppfyller allerede kriteriene for nasjonal status. På sikt er det ønskelig med kvalitetsregistre for inntil 20 kreftgrupper. For å etablere nye kvalitetsregistre er det nødvendig med et elektronisk innrapporteringssystem på alle sykehus i tillegg til en avklaring på finansieringen av etablerte og fremtidige registre.

#### **5.1.3. Kreftregisteret skal rapportere kvalitetsregisterdata til behandlere og samfunnet**

I løpet av strategiperioden skal rapporter med nasjonale tall for utredning, diagnostikk og behandling (sykehusrapportene) publiseres innen oktober måned påfølgende år. En forutsetning for å sikre at data blir tilgjengelig tidligere er økte ressurser til elektronisk innrapportering og bearbeiding av kreftmeldinger. Det skal etableres og videreutvikles løsninger for tilbakerapportering til henholdsvis både patologilaboratorier og behandlingsinstitusjoner.

#### **5.1.4. Kreftregisteret skal drive metodeutvikling for sammenligning av kvaliteten av helsetjenester ved ulike sykehus**

Kreftregisteret skal bistå i evaluering av helsetjenester innen kreftomsorgen i Norge. Sammenligning av kvalitetsindikatorer for utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter ved ulike sykehus kan bidra til at kvaliteten på helsetjenestene forbedres. Slike sammenligninger kompliseres ved at pasientgrunnet varierer mellom sykehus og at flere behandlingsinstitusjoner kan være involvert underveis i sykdomsforløpet. Kreftregisteret skal utvikle og anvende nye metoder for å kunne sammenligne sykehusene bedre.

#### **5.1.5. Kreftregisteret skal styrke bidraget til forskning på effekten av utredning, behandling, oppfølging og videre sykdomsforløp**

Medisinske kvalitetsregistre muliggjør forskning på effekten av utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienters videre sykdomsforløp. Forskningen foregår i nært samarbeid med kliniske forskningsmiljøer. Kreftregisteret skal styrke sitt bidrag innen forskning basert på data fra de medisinske kvalitetsregistrene ved aktivt initiere og ta del i planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekter.

## 6. STRATEGISKE MÅL FOR SENTRALE FUNKSJONER

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), datautlevering, formidling og human resources (HR) er sentrale funksjoner for hele Kreftregisterets virksomhet. Kreftregisteret har egne mål for disse funksjonene for å tydeliggjøre de prioriteringer som er nødvendige for å gjennomføre strategien.

### 6.1 IKT

Gode IKT-løsninger er en forutsetning for Kreftregisterets virksomhet. Dette krever høy kompetanse på informasjonsteknologi, særlig innen databaser, logistikk, systemutvikling og informasjonssikkerhet. I tillegg er inngående kunnskap om registerdrift essensielt for å kunne utvikle funksjonelle IKT-løsninger.

**Kreftregisteret vil sette fokus på følgende mål for IKT for perioden 2012-2015:**

#### ***6.1.1. Kreftregisterets IKT-løsninger skal moderniseres og effektiviseres***

Kreftregisteret trenger å modernisere dagens IKT-løsninger for samordning av registre og drift av screeningprogrammer. Utviklingen vil kreve ny IKT-arkitektur som håndterer kravene til informasjonssikkerhet og personvern. Databehandlingen må effektiviseres for å sikre at data blir tilgjengelige tidligere. Det er behov for en IKT-løsning tilpasset Janus serumbank for å forbedre drift og utnyttelse av prøvematerialet.

#### ***6.1.2. Kreftregisteret skal være premissleverandør av IKT-løsninger for nasjonale helseregistre og screeningprogrammer***

Kreftregisteret har lang erfaring med å utvikle nasjonale helseregistre og screeningprogrammer for kreft. For å sikre at nasjonalt utviklede IKT-løsninger dekker de krav og behov Kreftregisteret har, skal Kreftregisteret være en premissleverandør. Dette gjøres ved å videreutvikle samarbeidet med andre IKT- og registermiljøer, både nasjonalt og internasjonalt.

### 6.2 Datautlevering og formidling

Kreftregisteret skal gi råd og veiledning om helsehjelp mot kreftsykdommer samt gi råd og informasjon til forvaltning og befolkningen om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom.

**Kreftregisteret vil sette fokus på følgende mål for formidling for perioden 2012-2015:**

#### ***6.2.1. Kreftregisteret skal øke tilgjengeligheten av kreftdata***

Nasjonal og internasjonal etterspørsel av kreftdata er økende og håndteres av Kreftregisterets datautleveringsenhet. Kreftregisteret gir råd og veiledning, og utleverer data ved forespørsler der nødvendige tillatelser foreligger. Dagens kvalitet på denne tjenesten skal opprettholdes.

Kreftregisteret skal etablere dynamiske løsninger for å hente ut kreftstatistikk og tabeller på Kreftregisterets nettside. Løsningen skal gjøre det mulig for den enkelte bruker å ta ut data ut fra egendefinerte parametre og produsere grafer eller tabeller på egen hånd.

#### ***6.2.2. Kreftregisteret skal formidle forskningsresultater på flere arenaer***

Relevant forskningsbasert kunnskap skal i større grad enn tidligere formidles til beslutningstakere, media og befolkningen. For å oppnå dette målet er det viktig å styrke samarbeidet med blant andre Kreftforeningen.



## 6.3 HR

Begrepet HR (Human Resources) omfatter blant annet områdene ledelse, kompetanse og personalarbeid. I en kunnskapsorganisasjon som Kreftregisteret er medarbeiderne hovedressursen, og representerer virksomhetens potensial til vekst og utvikling.

Kompetanseutvikling er sentralt for å gjennomføre strategien. Kreftregisteret skal legge til rette for en videreutvikling og rekruttering som gir et godt arbeidsmiljø, motiverte medarbeidere og en god organisasjonskultur.

**Kreftregisteret vil sette fokus på følgende mål for HR for perioden 2012-2015:**

### ***6.3.1. Kreftregisteret skal styrke forskerstaben***

For å nå forskningsmålene skal Kreftregisteret styrke rekrutteringen til forskning både på stipendiat-, post doc- og forskernivå. Stipendiatutdanningen gjøres i samarbeid med universitetene.

Kreftregisteret ser det som vesentlig at den kreftepidemiologiske kompetansen i Norge styrkes. Analyse av kreftdata innen primær, sekundær og tertiær forebygging krever solid epidemiologisk kompetanse. Kreftregisteret ønsker å bidra i en slik kompetanseutvikling.

### ***6.3.2. Kreftregisteret skal videreutvikle det internasjonale samarbeidet***

Kreftregisteret har et utstrakt internasjonalt samarbeid. Dette er vesentlig for å kunne drive epidemiologisk forskning på et høyt nivå. Kreftregisteret skal oppmuntre og tilrettelegge for deltakelse i internasjonale forskningsprosjekter og konferanser. Andre virkemidler er forskerutveksling og internasjonal utlysning av stipendiat-, post doc-, og forskerstillinger.

### ***6.3.3. Kreftregisteret skal styrke kompetansen innen prioriterte områder***

For å sikre effektiv måloppnåelse skal Kreftregisteret videreutvikle kompetanse innen følgende områder:

- IKT, herunder systemarkitektur og logistikk
- Databehandling
- Statistisk metode
- Forskningsadministrasjon
- Prosjektledelse

## 7. ØKONOMISKE FORUTSETNINGER

For å nå målene i strategien vil Kreftregisteret arbeide med å styrke finansiering av virksomheten gjennom økt grunnbevilgning i statsbudsjettet og økt ekstern finansiering.

Finansiering av de nasjonale kvalitetsregistre for tykk- og endetarmskreft og prostatakreft består delvis av bevilgninger fra Helse Sør-Øst, men langsiktig finansiering av driften er ikke sikret. Etablering av kvalitetsregistre for andre kreftformer er foreløpig ikke tilstrekkelig finansiert.

For å modernisere og videreutvikle screeningprogrammene i henhold til ny kunnskap og internasjonale standarder, kreves økt finansiering.

I 2011 publiserer Kreftregisteret kreftdata 18 måneder etter endt diagnoseår. En forutsetning for å sikre at data blir tilgjengelig tidligere er økte ressurser til elektronisk innrapportering. Det er videre behov for ressurser til en økt harmonisering og modernisering av IKT-systemene slik at drift av screeningprogrammene, samt koding og registrering effektiviseres. Det forventes også en økning i antallet innrapporterte krefttilfeller, som vil kreve økte ressurser til registrering.

Prosjektfinansiering fra blant annet Kreftforeningen, Norges Forskningsråd, Nordic Cancer Union og regionale helseforetak er en forutsetning for økt forskningsaktivitet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 15.desember 2011

Saksbehandler: Visestatsdirektør samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg: Krefregisterets strategi 2012-2015, Krefregisterforskriften (utrykt)

---

**SAK 148/2011      ORIENTERINGSSAK  
STRATEGI FOR KREFTREGISTERET 2012-2015**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret tar redegjørelse om Krefregisterets strategi 2012 – 2015 til orientering.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

### **1. Sammendrag**

Kreftregisteret er en forskningsinstitusjon med nasjonale oppgaver innen registrering, forskning og drift av screeningprogrammene mot kreft. Kreftregisteret har i 2011 utarbeidet en strategi for perioden 2012-2015. Strategien er knyttet opp mot formålsparagrafen i Kreftregisterforskriften, jf. § 1-3, og bygget opp etter begrepene primær, sekundær og tertiær forebygging. Betegnelse er valgt for å ha et samlende begrep for hele virksomheten.

Det er flere forutsetninger som må innfris for å få gjennomført strategien, deriblant å legge til rette for elektronisk innmelding av kreftdata, og sikring av en langsiktig finansiering av kvalitetsregistrene.

Samarbeid med fagmiljøer, deriblant de basale og kliniske miljøene ved sykehusene, er viktig for å oppnå Kreftregisterets strategi.

### **2. Tidligere vedtak i saken**

I styremøte 17.12.2010 behandlet styret instruks for Kreftregisterets enhetsstyre. I saken ble det orientert om at Kreftregisteret var i gang med strategiarbeid for virksomheten. Det ble fattet følgende vedtak:

- ”1. Styret godkjenner instruks for Kreftregisterets enhetsstyre.
2. Styret ber om å få en egen orientering om resultatet av arbeidet med en strategi slik at innholdet kan diskuteres i styret før endelig strategi besluttes.”

### **3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Det er positivt at prosessen ved utarbeidelse av strategien har vært grundig og inkluderende. Det har vært viktig for å bevisstgjøre Kreftregisterets ansatte om mulige strategiske valg, sikre mulighet for innspill og også å forankre arbeidet internt og i Kreftregisterets styre.

Strategiens oppbygging i primær, sekundær og tertiær forebygging er klok, da begrepene gir en samlende forståelse av Kreftregisterets virksomhet. I tillegg tydeliggjør inndelingen hvordan Kreftregisteret er til nytte for samfunnet.

Kreftregisteret nasjonale oppgaver innen forskning, registrering og screening, er spesifisert i Kreftregisterforskriften. Det er hensiktsmessig at Kreftregisteret er organisert nær basale og kliniske fagmiljøer i et helseforetak for å kunne sikre godt samarbeid i utviklingen av registeret. Det er samtidig viktig at Kreftregisteret beholder sin uavhengige stilling for å kunne utføre de nasjonale oppgavene.

Strukturert og elektronisk innmelding av kreftdata er sentralt for å oppnå flere av Kreftregisterets strategiske mål. Dette gjelder særlig for utviklingen av kvalitetsregistrene. Kreftregisteret er helt avhengig av helseforetakenes innsats for å få til både elektronisk innrapportering og en mer strukturert form på patologimeldingene.

Finansieringsmodellen til kvalitetsregistrene betyr at Kreftregisteret mangler forutsigbarhet i forhold til planlegging av etablering, drift og utvikling av

registrene. Dette er en utfordring som må løses i samarbeid med det regionale helseforetaket og nasjonale helsemyndigheter.

#### 4. Faktabeskrivelse

Kreftregisteret er en forskningsinstitusjon med nasjonale oppgaver innen registrering, forskning og drift av screeningprogrammene mot kreft. Kreftregisteret har et eget enhetsstyre oppnevnt av styret i Oslo universitetssykehus HF, med representanter fra alle helseregionene, jf styreinstruksens § 2. Enhetsstyret godkjenner planer og budsjetter for virksomheten, jf styreinstruksens § 4.

Kreftregisteret har i 2011 utarbeidet en strategi for perioden 2012-2015. Våren 2011 ble det gjennomført en intern prosess i Kreftregisteret for å utforme ny strategi. Prosessen har vært inkluderende med aktiv involvering fra mange ansatte. Utkast til strategi har videre vært diskutert og bearbeidet av både Kreftregisterets ledelse og styre. Strategien er revidert etter en innspillsrunde til flere samarbeidspartnere. Strategien ble satt opp som vedtakssak til Kreftregisterets styremøte 7. desember 2011.

Strategien er knyttet opp mot formålsparagrafen i Kreftregisterforskriften, jf. § 1-3., der det står at Kreftregisteret skal:

- *Innsamle og behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser*
- *Drive, fremme og gi grunnlag for forskning om kreftsykdommer*
- *Gi råd, veiledning og informasjon om helsehjelp mot kreftsykdommer og om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom*

Strategien er hovedsakelig til internt bruk, og er bygget opp etter begrepene primær, sekundær og tertiær forebygging, som er valgt for å ha et samlende begrep for hele virksomheten. Begrepet *tertiær forebygging* henspiller på virksomheten relatert til kvalitetsregistre.

Det er flere forutsetninger som må være tilstede for at Kreftregisteret skal kunne realisere sin strategi. Tre sentrale forutsetninger er:

- strukturert og elektronisk innmelding av kreftdata
- en langsiktig finansiering av kvalitetsregistrene
- en utvidet finansiering for å modernisere IKT-systemene innen registrering og screening

Videre er Kreftregisteret avhengig av et nært samarbeid med flere ulike fagmiljøer, men særlig de basale og kliniske miljøene ved sykehusene.

Kreftregisteret driver nå forarbeidet til implementering av strategien. Strategien skal implementeres i organisasjonen fra 1. januar 2012.

# Oppfølging

| Undersøkte forhold                         | Observasjoner  | Vurdering |
|--|--|-----------|
| Oppdrag og bestilling (satt i system)      | Oppdrag og bestilling fra eier behandles i styret som etterretningssak. Videre håndtering av dokumentet pluss foretaksprotokoller foretas i administrasjonen   | ■         |
|  | Foretaket er involvert i prosessen med produksjon av oppdrag og bestilling og forankringen skjer over tid. Oppgaver, mål og krav ansvarsettes i forhold til klinikk og stab, som igjen kobles sammen i lederavtalen og videreføres til aktuelt ledernivå.. På noen områder er fremkommer det ikke helt tydelig hvordan fordelingen er ment å sikre implementering i linjen.  | ■         |
|  | Gjennomføring av deler av oppdrag og bestilling er ikke ansvarssatt. Oppgaver knyttet til omstilling – som nå er lagt til linjeledelsen, skal utføres ved siden av drift. Det er fremkommer ikke av lederavtaler eller tilhørende dokumenter hvilke oppgaver den enkelte leder har ansvar for og hvordan ressursbehov og planlegging av dette skal skje i forhold til drift. | ■         |
|  | Rapportering er satt i system for de oppgaver, mål og krav som er fordelt. Tilsvarende er ikke etablert for en del av oppgavene – samt for omstillingsaktiviteter.   | ■         |
| Risikovurderinger (som verktøy)            | Det er etablert instruks og satt lederkrav til gjennomføring av risikovurderinger, og dette er satt i system ned til avdelingsledernivå. Ledelsens gjennomgang som fremlegges for styret er en omfattende og grundig gjennomgang av virksomheten.  | ■         |
|  | Risikovurderinger danner grunnlag for etablering av tiltaksplaner og prioritering av ressurser på klinikk og foretaksnivå, men er ikke fullt ut tatt i bruk på alle ledernivå.   | ■         |
|  | Vurdering av effekt av tiltak er under utvikling.  | ■         |
|  | Risikovurderingene som fremlegges for styret benyttes aktiv for å prioritere saker.  | ■         |
| Styrearbeid (riktige saker til behandling) | Styreinstrukser foreligger. Styret har en årsplan som brukes aktivt i forhold til styrets arbeid.  | ■         |
|  | Saksforberedelse følger etablerte maler og saksansvarlig oppnevnes. Det er opplegg for å sikre involvering i forkant av at styre sakene ferdigstilles, men ved hastesaker har dette ikke alltid vært mulig å gjennomføre.  | ■         |
|  | Både av innkalling og saksfremlegg fremkommer det hvilken type sak styret skal behandle og hvorvidt det skal fattes beslutninger.  | ■         |
|  | Saksbehandler har ansvaret for videre oppfølging av styrets vedtak, og der hvor ny sak skal til styret legges dette inn i årsplanen. Det fremlegges ikke oversikt over utestående saker da disse vil fremkomme av årsplanen  | ■         |

## Handlingsplan for oppfølging av anbefalinger etter revisjon oppfølging av eierkrav

| Nr | Prosessfase                                | Risiko nivå | Tiltak  | Ansvar  | Frist                 | Status 15.12. 2011 |
|----|--|-------------|---|---|-----------------------|--------------------|
| 1  | Oppdrag og bestilling (satt i system)      |             | Det gjøres en gjennomgang for å sikre at alle områder av foretakets oppdrag og bestilling er fordelt slik at de blir tydelig implementert i linjen eller i stab.  | Stab ved Direktørens kontor                             | 1.3-2012              |                    |
| 2  | Oppdrag og bestilling (satt i system)      |             | Fordelte omstillingsoppgaver gjennomgås for å dokumentere at ansvaret for dem er fordelt.   | Stab ved Direktørens kontor                             | 1.3-2012              |                    |
| 3  | Oppdrag og bestilling (satt i system)      |             | Rapporteiring og oppfølging av stabsområdene inkluderes i samme system som for linjen. Et elektronisk rapporteringssystem er under utarbeidelse og tas i bruk for hele HFèt                                       | Stab ved Direktørens kontor<br>Fag og pasient sikkerhet | Pilot system vår 2012 |                    |
| 4  | Risikovurderinger (som verktøy)            |             | Justering av prosedyren for risikovurdering<br>Enkel risikovurdering legges i oppdragsmatrisen.<br>Der etableres kurstilbud om risikovurdering<br>Opplæring av ledere i tema                                      | Stab ved Fag og pasient sikkerhet                       | 15.12. 11             |                    |
| 5  | Risikovurderinger (som verktøy)            |             | Ytterligere fokusering på konkretisering av tiltak samt fastsettelse av ansvar og frist<br>Effekt av tiltak i forrige tertials risikovurdering skal inngå i oppfølgingssamtaler knyttet til ledelsens gjennomgang | Stab ved Fag og pasient sikkerhet                       | vår 2012              |                    |
| 6  | Styrearbeid (riktige saker til behandling) |             | Hastesaker til styre skal også så langt det er mulig sikre involvering i forkant av styremøte ved saksansvarlig   | Stab ved Styresekretær                                  | vår 2012              |                    |
| 7  | Styrearbeid(riktige saker til behandling)  |             | Det opprettes en løpende oversikt over vedtak og status   | Stab ved Styresekretær                                  | vår 2012              |                    |

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak- Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Stabsdirektør kvalitet og pasientsikkerhet

Vedlegg: Oppsummering av konsernrevisjonens funn  
Tiltaksplan

---

**SAK149/2011:      BESLUTNINGSSAK  
STATUS PÅ TILTAK ETTER REVISJON AV SYSTEM  
FOR RAPPORTERING OG OPPFØLGING AV  
STYRINGSKRAV**

### **FORSLAG TIL VEDTAK:**

*Styret tar saken til orientering.*

*Styret ber om oppfølging av tiltaksplanen og ber om å få fremlagt ny status vår 2012.*

Oslo, 8. desember 2011

Bjørn Erikstein



### **Sammendrag**

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjennomførte medio 2011 "Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier som sikrer forankring og gjennomføring". Revisjonen omfattet både styrets ansvar og administrerende direktørs ansvar for å ivareta intern styring og kontroll i foretaket. Formålet med revisjonen var å kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer for å forankre, gjennomføre, rapportere og følge opp styringskrav fra eier som følger av lov- og regelverk, fortaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokument.

I vedlegg til saken er konsernrevisjonens funn oppsummert og vises som fargegoder. Grønt angir at det ikke er observert feil/mangler. Gult viser funn som det må jobbes videre med for bedre effekt. Rødt betyr vesentlige feil som krever vesentlige tiltak. Det var ingen forhold som ble markert med rødt. 5 av de 12 punktene i oppsummeringen ble markert med grønt. De øvrige 7 undersøkte forhold er markert med gult, og tiltak må iverksettes. Konsernrevisor har lagt fram resultatet etter revisjon for ledergruppen og styret vil bli presentert for det samme i møte.

Saken beskriver kort arbeidet som er i gang for å forbedre de områdene der konsernrevisjonen påpekte feil/svakheter.

### **Administrerende direktørs vurdering**

Arbeidet med å følge opp revisjonen er godt i gang, men for enkelte av de undersøkte forhold vil det ta noe tid før tiltakene får ønsket effekt.

Målet er at gjennomføring av Oppdrag og bestilling skal være satt bedre i system for 2012, med en bedre forankring av mål og krav fra eier. Det skal foretas systematiske risikovurderinger i forhold til de ulike målsettingene, og risikoreduserende tiltak skal følges opp og vurderes mht effekt.

På denne måten kan det overordnede styrings- og kontrollansvar bedre ivaretas.

### **Faktabeskrivelse**

#### **1. Arbeid med tiltak**

Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med de forhold hvor konsernrevisjonen har observert svakheter i henhold til vedlegg med oppsummering.

#### **2. Oppdrag og bestilling satt i system**

Rapporteringsoppsettet, som inneholder konkrete krav og oppgaver fra "Oppdrag og bestilling 2011", er tatt i bruk for å fordele ansvar for tiltak, oppfølging og rapportering til klinikkene. Alle kontrakter mellom administrerende direktør, stab og linjen skal gjennomgås og omformes slik at de gjenspeiler oppdraget, tilretteleggeransvaret, gjennomføringsansvaret samt styrings- og kontrollansvaret. Dette vil gi administrerende direktør en god oversikt for hele foretaket.

Klinikkledere skal følge opp mot avdelingene og legge ansvar for oppfølging på aktuelle enheter.

Rapportering og oppfølging av stabsområdene inkluderes i samme system som for linjen. Et elektronisk rapporteringssystem er under utarbeidelse, og dette planlegges brukt i hele organisasjonen.

Dokumentet "Ansvar og myndighet" skal omarbeides og inkludere fullmakter for intern styring og kontroll, og lederavtaler skal signeres.

### **3. Risikovurderinger som verktøy**

Risikovurdering skal innlemmes i lederavtalene slik at de brukes som et ledelsesverktøy.

Sykehuset skal også styrke sin kompetanse innen fagfeltet risikovurdering, og det skal etableres kurstilbud vedrørende risiko- og sårbarhetsanalyser.

Temaet gis oppmerksomhet, og en gruppe er nedsatt for videre arbeid med feltet. Det skal lages en forbedret mal for oppfølging av tiltak (risikoreduserende tiltak). Risikobildet og virkning av risikoreduserende tiltak skal være fast tema ved tertialoppfølgene og i ulike nettverksmøter.

### **4. Styrearbeid**

Saksforberedelse følger etablerte maler og saksansvarlig oppnevnes. Det er i dag en praksis for å sikre involvering i forkant av at styresakene ferdigstilles. Denne praksisen skal også gjelde for hastesaker i den grad det er mulig. Saksansvarlig skal sikre denne involveringen i forkant av styremøtet.

Saker med vedtak som krever ny sak skal på en restanseliste, i tillegg til at den legges inn i årsplanen. Listen skal ha oppdatert oversikt over vedtak og status og legges fram for styret i hvert møte.

Årsplanen skal oppdateres etter hvert styremøte og være dynamisk. Årsplanen vil bli drøftet av styret i forbindelse med styrets selvevalueringer.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Direktør fag og pasientsikkerhet

Vedlegg: Ingen

---

**SAK 150/2011      BESLUTNINGSSAK  
ÅRLIG MELDING 2011**

### Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar saken til etterretning.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 20. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret ved første anledning.*

Oslo, 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

Frist for ferdigstilling av årlig melding er 1. mars 2012, med forutgående behandling i styret. Rapporteringsdelen av meldingen har frist 20. januar 2012. Administrerende direktør ber om fullmakt til å sende rapporteringsdel til Helse Sør-Øst RHF med etterfølgende fremleggelse for styret i første møte i 2012 slik at styrets eventuelle merknader kan ettersendes Helse Sør-Øst RHF etter møtet.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Helse Sør-Øst RHF er i lov og i vedtekter pålagt å avgi en årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har et tilsvarende krav i vedtektene til helseforetakene. Årlig melding behandles og vedtas av styret, og er således styrets rapport for foregående år. I rapporten skal oppdraget, gitt i foretaksmøter og gjennom driftsavtalene, utkvitteres.

I foretakets interne prosess er det lagt opp til at tillitsvalgte og Brukerutvalget gis mulighet til å medvirke og gi innspill, og det er utarbeidet et opplegg som sikrer at dette er tilstrekkelig ivaretatt før styret får dokumentet til endelig behandling.

Årlig melding er som tidligere tredelt; en innledningsdel, en rapportdel for 2011 samt styrets plandokument for årene 2012 – 2015. Det pågår et omfattende planarbeid i sykehuset. På satsninger/områder hvor vedtatte planer ikke foreligger, vil prosessbeskrivelser vektlegges.

Det bemerkes også at sykehuset kun arbeider etter en foreløpig mal, da endelig mal ikke er mottatt. Det er i gangsett et arbeid opp mot klinikkene for å hente innspill på oppdragsdokumentet og etterfølgende foretaksprotokoll(er) som vil inngå i rapporteringsdelen.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Styresekretær

---

**SAK 151/2011:        BESLUTNINGSSAK  
                          MØTEPLAN FOR STYRET I 2012**

Forslag til vedtak om møteplan fastsettes etter diskusjon i møtet.

Oslo, 8. desember 2011

Bjørn Erikstein

## **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. I styremøte 24.11.2011 ble styret forelagt forslag til justert møteplan. Det ble ikke besluttet noen ny møteplan. Styremedlemmene ble bedt om å gi kommentarer til forslaget hvis det var tidspunkter som ikke passet.

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.

Møteplan bør også organiseres med 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 nye tidspunkter for møtene i 2012:  
(tekst i kursiv er det som er justert i forhold til forslaget presentert i novembermøtet). Det bes om at styremedlemmene har oversikt over sin kalender til møtet.

| <b>Ukedag</b>  | <b>Dato</b><br><i>Uke 6</i><br><i>(6-10/2)</i> | <b>Tidspunkt</b> |
|----------------|--|------------------|
| <i>Onsdag</i>  | <i>28.03</i>                                   | <i>8-16</i>      |
| <i>Torsdag</i> | <i>03.05</i>                                   | <i>8-16</i>      |
| <i>Onsdag</i>  | <i>20.06</i>                                   | <i>8-16</i>      |
| <i>Torsdag</i> | <i>20.09</i>                                   | <i>8-16</i>      |
| <i>Torsdag</i> | <i>25.10</i>                                   | <i>8-16</i>      |
| <i>Mandag</i>  | <i>17.12</i>                                   | <i>8-16</i>      |

Det settes av følgende tidspunkter som reserve:

Torsdag 31. mai

Torsdag 22. november

Det foreslås å legge et seminar for styret til den styremøtedagen som legges til februar (valgt dag i uke 6) og torsdag 20. september i etterkant av styremøte. Tema for seminaret kan eventuelt bestemmes nærmere seminaret og etter innspill fra styret.

Justert møtekalender diskuteres nærmere i møtet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak – Sakframstilling

---

Dato møte: 15. desember 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

---

**SAK 152/2011:           ORIENTERINGSSAK  
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS  
ORIENTERINGER**

### **FORSLAG TIL VEDTAK**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 8. desember 2011

Bjørn Erikstein



Styremøte 15. desember 2011

## Administrerende direktørs orienteringer

### 1. Drift

- **Orientering om utsettelsen av innføring PasDoc 4.1 – M3 i FKI-programmet**

Det ble fredag 2. desember besluttet at produksjonssetting av den nye versjonen av PasDoc ikke kunne gjennomføres som planlagt 12. desember 2011. Beslutningen ble tatt i programeiermøtet, i samråd med medisinsk og IKT-faglig ansvarlige i OUS og Sykehuspartner IKT.

Det har på bakgrunn av en erkjent risiko i programmet FKI vært lagt vekt på å etablere en strukturert prosess for å kunne ta stilling til om leveransen oppfyller et sett av forhåndsdefinerte, objektive og faktabaserte kriterier. Kriteriene har vært knyttet til krav om klinisk forsvarlighet, sikkerhet og personvernbestemmelser, forsvarlighet i forhold til drift og forvaltning, samt at organisasjonen er moden for å ta i bruk leveransen. Da leveransen ikke fullt ut oppfylte disse kriteriene, valgte programeiermøtet å utsette den planlagte produksjonssettingen.

#### Videre fremdrift i programmet

Innføringen av en ny versjon av PasDoc er den tredje milepælen i arbeidet med FKI-programmet, som skal bidra til et felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS gjennom å innføre:

- et felles enhetlig pasientadministrativt system (PAS)
- en felles enhetlig elektronisk pasientjournal (EPJ)
- en felles løsning for visning og oppfølging av svarrapporter

I tillegg til milepæl 3 (M3), skal programmet levere følgende milepæler:

- **M4** – planlagt til ultimo mars – Innføre en felles løsning for visning av radiologiske bilder (klinisk billedlager) på tvers av lokalisasjoner og RIS-/PACS-systemer-
- **M5** – planlagt til juni – Innføre en felles, enhetlig elektronisk pasientjournal (EPJ) som er ”sømløst” integrert med det pasientadministrative systemet (PAS).

Beslutningen om å utsette M3 medfører at programmet må replanlegge sin fremdriftsplan også i forhold til de øvrige milepælene.

I replanleggingen legges det vekt på å beholde målsettingene om leveransetidspunkt for M4 og M5. Det innebærer at vi må redusere noe på omfanget av innholdet i de planlagte leveransene for å kunne opprettholde den opprinnelige fremdriftsplanen. I praksis betyr det å flytte en del av de tekniske leveransene til etter M5, og innlemme dem i fremtidige milepæler for vedlikehold.

- **Lærlingeplasser i helsefagarbeiderfaget. Status ved Oslo universitetssykehus**

Tidligere hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene ble avsluttet våren 2008, og det nye helsearbeiderfaget i videregående skoler erstattet de to tidligere utdanningene. Helsearbeiderfaget er en studieretning i videregående skole, og elevene gjennomfører først to år teori (VG1 og VG2),

deretter skal de ha to års læretid i bedrift (VG3). De nye helsearbeiderne kalles helsefagarbeidere. Før sammenslåingen av OUS var det ingen av de ”gamle” sykehusene som hadde tradisjon for å ha lærlinger.

I oppdragsdokumentet fra Helse sør- øst til OUS for 2011 er det gitt føring for at det skal etableres tilstrekkelig antall læreplasser for helsefagarbeider lærlinger. På bakgrunn av dette ble det våren 2011 etablert et samarbeid med Oslo kommune, sykehjemsetaten. Det ble etablert en arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til en samarbeidsavtale. Formål med avtalene er å regulere det overordnede samarbeidet og å klargjøre ansvarsforhold mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehjemsetaten om kompetanseutvikling og praksisopplæring for helsefagarbeider lærlinger. Avtalen presiserer partenes gjensidige plikter. Samtidig skal den sikre at helsefagarbeiderlærlingene oppnår optimale betingelser for læring som er i tråd med intensjonen i læreplaner gitt etter opplæringsloven.

I dette samarbeidet tilbyr sykehuset Oslo kommune- utdanningsetaten praksisplasser til kommunens lærlinger. I praksis vil det si at kommunen er ansvarlig for lærlingene og OUS har forpliktet seg til å ta imot lærlingene i inntil 8 uker. I tillegg er dette et viktig for at OUS kan bidra til å styrke kompetansen i primærhelsetjenesten. Samarbeidsavtalen forventes å være gjeldende fra januar 2012.

OUS har videre innhentet kunnskap om organisering av lærlinger i andre sykehus hvor lærlingene er ansatt i sykehuset og sykehuset har ansvaret gjennom hele lærlingeperioden . Dette er en omfattende struktur hvor det forutsettes at det etableres et opplæringskontor. Kontoret bemannes med opplæringsledere som skal ivareta de administrative og pedagogiske oppgavene for helsefag lærlingene på foretaksnivå gjennom hele forløpet. I tillegg anbefales det at hver enhet som skal ha lærlinger har en instruktør for å følge opp å veilede lærlingene. Til funksjonen benyttes det erfarne hjelpepleiere med interesse for opplærings/oppfølgingsoppgaver. I Oslo universitetssykehus er det knyttet lærlinger til ambulansearbeider faget og hvor strukturen er på plass.

Det er vurdert igangsetting av prosjekt i 2012 i samarbeid med fagmiljøene og fagorganisasjonen. Prosjektets formål er å kartlegge muligheten for å etablere gode strukturer i OUS for å imøtekomme Helse sør- øst sitt krav til OUS om å etablere tilstrekkelig antall lærlingeplasser.

## 2. Organisering og utvikling

### • Dips – forprosjekt

Forprosjekt med det formål å oppnå et felles enhetlig pasientadministrativt system (PAS) og en felles enhetlig elektronisk pasientjournal (EPJ).

I tråd med redegjørelse gitt i styremøte 27.10. (sak 120 IKT systemer) planlegges det nå oppstart av et forprosjekt som skal utrede konsekvensene av å innføre DIPS i Oslo universitetssykehus HF. Forprosjektet vil bli gjennomført i samarbeid med Helse Sør-Øst, som ønsker å se dette arbeidet i relasjon til et tilsvarende prosjekt i Sykehuset Telemark og Psykiatrien i Vestfold. I dialogen med HSØ er det gitt klare føringer i retning av at regionen ønsker en regional standardisering innefor PAS/EPJ området. Dette gjelder både i forhold til systemporteføljen – standardisert på DIPS - men også på prosedyreområdet.

Sentralt i forprosjektet vil være å få klarlagt tids- og ressursmessige rammer for en eventuell

innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus, som kan legge til rette for en god budsjetterings- og planleggingsprosess i etterkant. Det er i flere fora i Helse Sør-Øst debattert hvorvidt DIPS i dag støtter viktige funksjonelle behov i et lengre tidsperspektiv. I den forbindelse er det poengtert utfordringer både ved Sykehuset Østfold og andre helseforetak. Forprosjektet skal også klarlegge hva som ligger i dette, slik at nødvendige tilpasninger og eventuelt andre forhold kan bli håndtert hensiktsmessig i en eventuell avtale med DIPS.

Forprosjektet skal ha følgende to hovedleveranser:

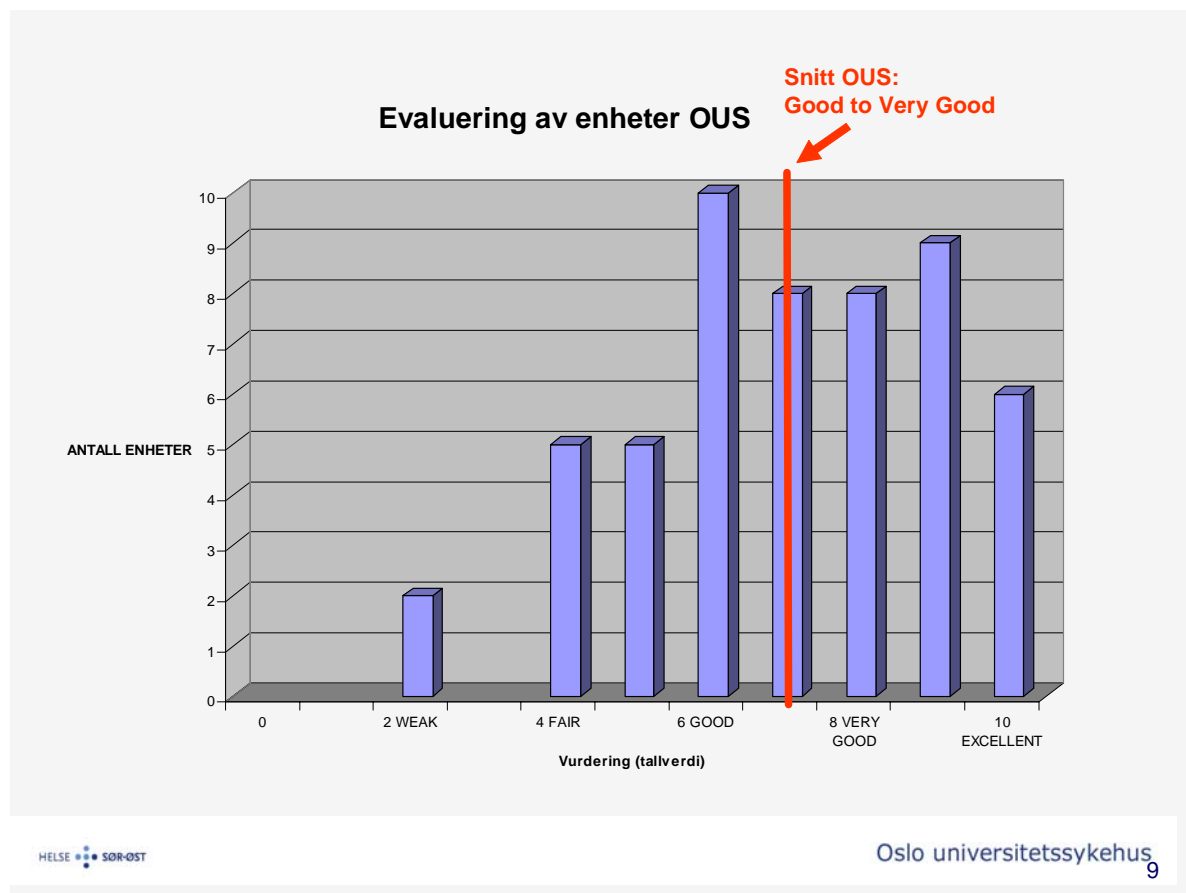
1. En prosjektrapport som belyser ressursmessige og funksjonelle forhold
2. En ferdig forhandlet avropsavtale, klar til en eventuell signering.

Forprosjektet er planlagt ferdigstilt i løpet av Q2-2012.

### 3. Forskning

- **Forskningsrådets evaluering av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning i 2011**  
Forskningsrådet har i 2011 gjennomført en nasjonal fagevaluering av forskningen i biologi, medisin og helsefag. Evalueringen omfattet universitets- og høyskolesektoren, en del helseforetak (primært universitetssykehus), og instituttsektoren. I rapportene gis en beskrivelse av styrker og svakheter ved de ulike forskningsfeltene og det gis konkrete anbefalinger, både på nasjonalt nivå og pr evaluerte fagmiljø. Et viktig mål med evalueringen har vært å se fagområdene i hele bredden, på tvers av institusjonsgrensene. Miljøene ved Oslo universitetssykehus er derfor evaluert på tvers av sykehus og universitet, i tråd med hvordan forskningsgruppene fungerer i praksis og ledelsesmessig.

Styret vil senere få en bredere presentasjon av anbefalinger som omfatter miljøer ved Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet. Kort oppsummert viser evalueringen at vi har svært mange internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer ved Oslo universitetssykehus og at gode forskningsmiljøer finnes i alle klinikker og innen ulike fagområder. Oslo universitetssykehus har svært mange miljøer som får karakterene "very good" og "excellent" (jf figur), selv om det også er miljøer med klart forbedringspotensial. Siden forrige fagevaluering har mange miljøer satt inn tiltak og kommet styrket ut. Det har skjedd en klar styrking av klinisk forskning. Sterke, internasjonalt konkurransedyktige miljøer har Oslo universitetssykehus bla. innen molekylærbiologi, immunologi og immunologiske sykdommer, hjertesykdommer, kreft, nevroforskning, psykisk helse, akuttmedisin, ortopedi, kvinnesykdommer og barnesykdommer.



Det er viktig å være klar over at de evaluerte miljøene er av svært ulike størrelse og at det i hovedsak er tiltak og forskningsaktivitet i forkant av fusjonen som er evaluert. Styrkede forskningsgrupper og en bedre organisatorisk koordinering mellom universitetet og sykehuset i forbindelse med fusjonen har dog bidratt til en bedre presentasjon av mange miljøer og deres nåværende strategi og forskningsledelse enn ved tidligere evalueringer. Klinikkerne har lagt ned et betydelig arbeid i sine selvevalueringer og forberedelser til høringsmøter.

På nasjonalt nivå peker Forskningsrådet på utfordringer som i stor grad samsvarer med våre egne strategiske mål i sykehusets vedtatte forskningsstrategi og handlingsplan. Dette gjelder blant annet bedre infrastruktur, fokusering av forskning gjennom etablering av forskningsgrupper med stor nok kritisk masse til å være internasjonalt konkurransedyktige, tydeligere karriereveier for forskere.

#### *Oppfølging*

Forskningsrådet vil invitere institusjonene og fagmiljøene til å komme med innspill til hvordan utfordringer på nasjonalt og lokalt nivå kan løses. Primo 2012 vil Forskningsrådet arrangere et møte med ledelsen for de evaluerte institusjonene og gjennomgå funn og anbefalinger i rapporten. Forskningsrådet vil deretter lage en plan for den videre oppfølgingen av evalueringen. Internt i Oslo universitetssykehus pågår et større arbeid med klinikkvise handlingsplaner for forskning (jf tidligere styrevedtatt forskningsstrategi og orientering om vedtatt handlingsplan for Oslo universitetssykehus, 2012-2013). I de klinikkvise handlingsplaner som nå utarbeides vil evalueringens anbefalinger bli særskilt fulgt opp. Forskningsutvalget og Forskningslederforum, begge felles med universitetet, vil aktivt følge opp evalueringen fremover, med involvering av

ledelse på alle nivåer. Det vil da blant annet vurderes hvilke av de svake forskningsområder som bør styrkes og hvordan dette bør skje. Intern ressursfordeling og fordeling av foretakets basisramme vil være en sentral del av denne diskusjonen.

#### 4. Økonomi

- **Reinvestering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse**

Oslo universitetssykehus HF relasserte om lag 1,9 mrd. kroner i Statens pensjonskasse 8. desember 2011. I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Styret ga administrerende direktør i samråd med styrets leder fullmakt til å relassere beløpet. I forkant av relasseringen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning og de ulike alternativene ble vurdert. KLP anbefalte at Oslo universitetssykehus HF allokerte 800 mill. kroner til Statens pensjonsfond utland og at om lag 1.100 mill. kroner ble plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Basert på en totalvurdering av risiko for negativ utvikling i finansmarkedene var det administrerende direktørs oppfatning at 500 mill. kroner skulle plasseres i Statens pensjonsfond utland. Det innebærer at 300 mill. kroner ble plassert i utenlandske aksjer. Om lag 1.400 mill. kroner ble plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

Teksten forutsetter godkjenning av styreleder. Vurderes på nytt når den foreligger.

#### 5. Arbeidsgiverforhold

- **Personalpolitiske virkemidler - personalboliger**

Styret har tidligere behandlet salg av personalboliger (i forskjellige møter). I den anledning har det vært etterlyst sykehusets holdning som arbeidsgiver på boliger som personalpolitisk virkemiddel. En har tilnærmet seg spørsmålet gjennom en kartlegging av klinikkens behov. Gjennomgangen viste at klinikkene organiserte behovet på ulike måter, men med en sammenfallende begrunnelse. Det konstateres at klinikkene har behov for et fleksibelt tilbud om boliger til medarbeidere, forskere og andre ressurspersoner som jobber ved sykehuset i kortere perioder fra en dag opptil flere måneder. Boligene bør ligge med kort avstand til helseforetaket og ha en tilfredsstillende standard. Etter dialog med tillitsvalgte vil Oslo sykehussevice/OSS arbeide videre med en felles løsning for hotellhybler for å imøtekomme behovet.

#### 6. Eiendom

- **Intensjonsavtale med Oslo kommune om tomt for storbylegevakt**

Oslo universitetssykehus HF har på forespørsel fra Oslo kommune foreslått alternative tomter for plassering av ny storbylegevakt innenfor foretakets arealer. Oslo kommune responderte positivt på forslag om å benytte tomten øst for barnesenteret som benyttes som parkeringsplass i dag. Det arbeides foreløpig med planer som viderefører den aktivitet som i dag foregår på eksisterende legevakt og i tillegg for AMK.

Oslo kommunes legevaktprosjekt har arbeidet med mulighetsstudie hvor ulike løsninger for bruk av tomt, trafikale løsninger etc. er blitt vurdert. Studiet viser at en godt fungerende storbylegevakt trenger en stor grunnflate på bakkeplan og at en optimal løsning derfor også vil ha behov for den

delen av tomten kjøkkenet ligger på i dag. Oslo universitetssykehus HF har stilt seg positiv til å vurdere alternative løsninger for kjøkken. Hvilke kliniske funksjoner som kan tenkes plassert i den nye storbylegevakten samt potensielle områder for drift- og vaksamarbeid vil vurderes i en senere fase, og sees i sammenheng med strategisk utviklingsplan for Ullevål området.

Det er nå utarbeidet et utkast til en intensjonsavtale om innhold (på funksjonsnivå), tomteoverdragelse og en løsning for flytting av de funksjoner som i dag ligger på tomten. Eksisterende funksjoner på foreslått tomteareal er hovedkjøkken, sentrallager, sterillager, enkelte kliniske virksomheter og parkering. Intensjonsavtalen har vært drøftet i ledergruppen på sykehuset og videre arbeid med å finne alternativer løsninger for disse funksjonene er i gang.

## **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 foretaket fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anførte var underbemanning ved AMK sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Tingretten 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 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. Ved ankefristens utløp 2 desember har saksøker, dvs. den tidligere ansatte, anket deler av dommen til lagmannsretten.

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.

Styret er tidligere informert om tvistesak med leverandør om heving av kjøp av hjertestartere samt erstatning på grunn av mangler. Dom falt 30.11.2011 og sykehuset tapte saken. Retten fant at det ikke forelå tilstrekkelig bevis for at apparatene har vært mangelfulle i en slik grad at det foreligger vesentlig kontraktsbrudd.

Sykehuset er stevnet av ansatt som krever erstatning for suspensjon og trakassering. Saken har sitt utspring i episode som skjedde på et arrangement i arbeidstakerens fritid og sykehusets håndtering av konsekvensene av det som det som skjedde som arbeidsgiver.

## 8. Mediebildet høsten 2011

Andelen positive saker om sykehuset har økt fra 12, 5 til 20 prosent i løpet av høsten. 245 av 1241 oppslag i mediene i november var i riksmidier.

En nærmere analyse av riksmidierne – som har større gjennomslagskraft i form av flere lesere/seere - viser en større andel positive saker (24 prosent) her enn i lokale medier, se kakediagram nederst på forrige side. Som riksmidier definerer vi her VG papir og nett, Dagbladet papir og nett, Dagens Næringsliv papir og nett, NRK radio, tv og nett (minus NRK Østlandssendingen), TV 2 tv og nett og Aftenposten papir og nett. Aftenposten er ifølge klassifiseringen til Mediebedriftenes landsforening en regionalavis for Oslo og Akershus, men vi tok med Aftenposten her på grunn av det store opplaget (707 000 i lesertall) og utbredelse i resten av landet.

### Positive saker

Antall positive saker om sykehuset økte i november. Her er et lite utvalg av de 250 positive sakene mediene skrev om Oslo universitetssykehus i november:

- Fornøyde ansatte, viser medarbeiderundersøkelse
- Klart for milliardutbygging ved Oslo universitetssykehus
- Nytt fremskritt i behandlingen av prostatakreft
- Norge i verdenstoppen i kreftoverlevelse
- Tester nesevaksine mot HIV
- Internasjonal pris for forskning
- Kiwi bra for blodtrykket
- Kamerapillens vei gjennom tarmen
- Rekordtildeling til kreftforskning
- Starter bygging av nytt akuttmottak

### Nøytrale saker

En stor andel av de nøytrale sakene har antakelig en positiv effekt på vårt omdømme - selv om vår virksomhet ikke blir omtalt direkte. De nøytrale sakene viser at de som jobber ved Oslo universitetssykehus kan det de skal kunne, er eksperter, at de bidrar med kunnskap til allmennheten, at de er opptatt av forebygging av sykdom og at de har kompetanse til å behandle de aller mest alvorlige sykdommene og skadene. Her er noen eksempler på såkalte nøytrale saker i november:

- Viktig å trene under svangerskap, sier Gjerdalen ved Oslo universitetssykehus
- Etter utallige operasjoner på Oslo universitetssykehus er hun mye bedre. (Pasient fra Utøya)
- Vellykket operasjon for fotballspiller
- Nye leder for sykepleierforbundet har vært ansatt ved Oslo universitetssykehus
- Kostholdsråd fra Mette Svendsen, klinisk ernæringsfysiolog ved Oslo universitetssykehus,
- Professor David Russell ved Rikshospitalet om hjerneslag
- Anders Behring Breivik kan komme til Dikemark sykehus
- Rettspsykolog og forsker ved Oslo universitetssykehus mener at Schizofrenidiagnose er overraskende
- Spilte to uker etter hjerteoperasjon (håndballspiller)
- Får lavere blodtrykk med strøm (ny behandling v Oslo universitetssykehus)
- Oslo universitetssykehus påviste funn av anabole steroider
- Dukkefilmen Jack og Døden hadde premiere på Radiumhospitalet i dag
- Sprer danseglede på Rikshospitalet
- OUS har nesten 240 flere ansatte enn nødvendig

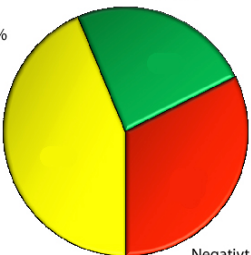
- Lar barten gro for ny prostatamedisin.(aksjon der pengene går til Oslo universitetssykehus)
- Mishandling av baby. Det var leger ved Rikshospitalet som først slo alarm om saken.
- Da han kom til Ullevål universitetssykehus skal han ha hatt punktert hjertet, punkterte lunger og svært alvorlig knivskadd.

#### Negative saker

- Trenger ni milliarder til vedlikehold. Primærsaker basert på rapport fra Multiconsult om bygningsstandard ved Oslo universitetssykehus og rapport etter tilsyn fra Arbeidstilsynet. (28 negative saker)
- Felles front på borgelig side – Vil utsette deler av fusjonen – Samlet opposisjon ber om pause. (21 negative saker)
- Innsparing ved Oslo universitetssykehus kan gjøre pasienter blinde. (11 negative saker)
- Kun tre av ti ansatte tror på Oslo universitetssykehus. Sakene tar utgangspunkt i medarbeiderundersøkelsen. (Sju negative saker)

| Periode i 2011        | Antall oppslag per dag i gjennomsnitt | Vekting av alle saker   |
|-----------------------|---------------------------------------|---|
| September alle medier | 40                                    | <p>Negativt 41,28 %<br/>Nøytralt 46,18 %<br/>Positivt 12,54%</p>  |
| Oktober alle medier   | 39                                    | <p>Negativt 29,07 %<br/>Nøytralt 59,09 %<br/>Positivt 11,87 %</p> |
| November alle medier  | 40                                    | <p>Negativt 31,51 %<br/>Nøytralt 48,51 %<br/>Positivt 19,98 %</p> |



|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| November kun<br>riksmedier | 8 |  <p>A pie chart illustrating the distribution of sentiment. The largest segment is yellow, representing 'Nøytralt' (Neutral) at 44%. The other two segments are green (top) and red (bottom right), representing 'Positivt' (Positive) at 24% and 'Negativt' (Negative) at 32% respectively.</p> |
|----------------------------|---|--|

## 9. Referater

- **Referat fra møte i Brukerrådet 21. november 2011**  
Utrykt vedlegg

## 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.

## Årsplan for styret 2011 – Oslo universitetssykehus HF

| Styremøte<br>17.2.2011 | Saker   | Temasak   | Orienteringssaker   |
|------------------------|---|---|---|
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010</li> <li>• Aktivitets- og økonomirapport for desember og året 2010</li> <li>• Årlig melding</li> <li>• Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll</li> <li>• Mål og budsjett 2011</li> <li>• Omstilling og utvikling: Idefaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus</li> <li>• Salg av eiendom, Kroerveien</li> <li>• Universitetet i Oslo, Domus Medica – leieavtale</li> </ul> <p>Tema – seminar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientering om arbeid med utviklingsplan og målbilde dag 5 (2017) – med hovedfokus på å forstå det samlede økonomiske utfordringsbildet mot dag 4 (2013)</li> </ol> <p>Evaluering (utsatt)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjon fra Senter for fremragende forskning (SFF)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitets- og økonomirapport: - januar</li> <li>• ADs orienteringer - Klinisk arbeidsflate</li> <li>• Strategi for innovasjon</li> <li>• Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold</li> <li>• Informasjon om avsluttede byggeprosjekter</li> <li>• Årsplan - styresaker</li> </ul> |

| Styremøte<br>31.3.2011                       | Saker   | Temasak        | Orienteringssaker   |
|--|---|----------------|---|
| <p><b>Styreseminar</b><br/>14.00 – 18.00</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Årsoppgjør 2010 (årsregnskap og årsberetning)</li> <li>• Ide/konseptfaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål</li> <li>• Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF</li> <li>• Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015</li> <li>• Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan</li> </ul> <p>Tema – seminar:<br/>Kvalitetssikring Dag 4 (utsatt)<br/>Konkretisering målbilde Dag 5 som grunnlag for idefasearbeid og arealplan (utsatt)<br/>Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2013</p> | Ingen temasak. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitets- og økonomirapport: - januar</li> <li>• ADs orienteringer - Klinisk arbeidsflate</li> <li>• Strategi for innovasjon</li> <li>• Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold</li> <li>• Informasjon om avsluttede byggeprosjekter</li> <li>• Årsplan - styresaker</li> </ul> |

| Styremøte<br>28.4.2011   | Saker   | Temasak   | Orienteringssaker   |
|--|---|---|---|
| <p><b>Hovedfokus:</b><br/><b>Økonomi, drift, og resultat</b></p> <p>Styreseminar<br/>08.00-10.00</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Klinisk arbeidsflate</li> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapport per mars</li> <li>• Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011</li> </ul> <p>Tema – seminar:<br/>Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2010</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte med Brukerutvalget</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF</li> <li>• Strategi for samhandling</li> <li>• Årsplan for styresaker - justert</li> <li>• ADs orienteringer</li> <li>• Klinisk arbeidsflate</li> </ul> |

| <b>Styremøte<br/>26.5.2011</b>                        | <b>Saker</b>  | <b>Temasak</b>   | <b>Orienteringssaker</b>   |
|---|---|--|--|
| <b>Hovedfokus:<br/>Økonomi,<br/>drift og resultat</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Ledelsens gjennomgang 1 tertial</li> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapport per april</li> <li>• Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011</li> <li>• Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan</li> <li>• Salg av eiendommer</li> <li>• Sluttrapport av byggeprosjekter med investeringsmidler fra regjeringens tiltakspakke</li> <li>• Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus</li> <li>• Brukerutvalget: nye retningslinjer inkludert mandat</li> <li>• Brukerutvalget: oppnevning av nytt utvalg</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redesign, kapasitetstilpasning og forventninger/muligheter ad. Aker som samhandlingsarena. Perspektiver fra Medisinsk klinikk</li> <li>• Aker som samhandlingsarena - arealdisponering</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADs orienteringer</li> <li>• Justert styrets årsplan</li> </ul> |

| <b>Ekstraordinært<br/>Styremøte<br/>5.6.2011</b> | <b>Saker</b>   | <b>Temasak</b> | <b>Orienteringssaker</b> |
|--|--|----------------|--------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon om at Siri Hatlen går av</li> <li>• Økonomisk langtidsplan – prosess</li> </ul> |                |                          |

| Ekstraordinært Styremøte<br>6.6.2011 | Saker  | Temasak | Orienteringssaker |
|--------------------------------------|--|---------|-------------------|
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomisk langtidsplan – prosess</li> </ul> |         |                   |

| Styremøte<br>23.6.2011   | Saker  | Temasak  | Orienteringssaker   |
|--|--|--|---|
| <b>Hovedfokus:<br/>Økonomi,<br/>Drift og resultat</b><br><br><b>Styreseminar<br/>08.00-11.00</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Protokoll</li> <li>Status budsjett 2012 og prosess internt</li> <li>Del I: Ut av Aker. Flytting av døgn/akuttvirksomhet ra Aker til Ullevål.</li> <li>Del II: Inn på Aker. Planer for Aker som samhandlingsarena.</li> <li>Endringer i etiske retningslinjer.</li> <li>Forskningsbygget: sluttregnskap</li> <li>Oslo hjemmenes vel. Godkjenning av regnskap.</li> <li>Møteplan for styret i 2012</li> </ul> <p>Tema i seminar:<br/>Økonomisk langtidsplan og strategisk utviklingsplan/arealplan m.m.</p> | Møte med Konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF.<br>Tema: intern revisjon av rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomi- og aktivitetsrapportering</li> <li>ADs orienteringer</li> </ul> |

| <b>Ekstraordinært<br/>telefonstyremøte<br/>8.7.2011</b> | <b>Saker</b>  | <b>Temasak</b>   | <b>Orienteringssaker</b>   |
|---|---|--|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forprosjektrapport: Utvidet kapasitet for akutfunksjoner på Ullevål.</li> </ul>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering økonomi per juni (muntl. orientering)</li> <li>• Ads orienteringer <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeidstilsynets rapport, varsel om pålegg</li> <li>- Taxisaken</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Styremøte<br/>19.8.2011</b>                          | <b>Saker</b>  | <b>Temasak</b>   | <b>Orienteringssaker</b>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjett 2012</li> <li>• Oppfølging av tilsynsrapport fra Arbeidstilsynet</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapport per juli 2011</li> <li>• Ads orienteringer</li> </ul>   |
| <b>Styremøte<br/>29.9.2011</b>                          | <b>Saker</b>  | <b>Temasak</b>   | <b>Orienteringssaker</b>   |
| <b>Hovedfokus:<br/>Omstilling og utvikling</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Ledelsens gjennomgang 2. tertial</li> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapport per august</li> <li>• Nytt akuttbygg på Ullevål</li> <li>• Revisjon av behandlingsreiser. Handlingsplan</li> <li>• Protokoll foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 24.6.2011</li> <li>• Årsplan for styret i 2012</li> <li>• Salg av eiendommer</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omvisning i Akuttmottaket og byggetomten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjett 2012</li> <li>• Foretakets aksjeselskaper</li> <li>• ADs orienteringer</li> </ul>  |

| Styremøte<br>27.10.2011                                 | Saker   | Temasak   | Orienteringssaker   |
|---|---|---|---|
| <b>Hovedfokus:</b><br><b>Økonomi, drift og resultat</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Mål og budsjett 2012</li> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapportering</li> <li>• Økonomisk langtidsplan</li> <li>• Revisors nummererte brev til ledelsen etter årsoppgjørrevisjonen 2010</li> <li>• Forskningsbygg – avsluttet byggeprosjekt</li> <li>• Områdeplan IKT,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingstilbud innen rus og psykisk helse</li> <li>• Ventelistehåndtering</li> <li>• ADs orienteringer</li> <li>• Prosess ansettelse av administrerende direktør</li> </ul> |

| Styremøte<br>24.11.2011  | Saker   | Temasak   | Orienteringssaker  |
|--|---|---|--|
| <b>Hovedfokus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Budsjett 2012</b></li> <li>• <b>Økonomi- og aktivitetsoppfølging</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Ansettelse av administrerende direktør</li> <li>• Aktivitets- og økonomirapport per oktober.</li> <li>• Investering av pensjonsmidler i statens pensjonskasse- ivesteringsvalg.</li> <li>• Justert møteplan for 2012</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbeiderundersøkelsen</li> <li>• Budsjett 2012</li> <li>• ADs orienteringer</li> <li>• Gjennomføring Samhandlingsreformen i Oslo universitetssykehus HF</li> <li>• Møteplan 2012 for styret</li> </ul> |

| Styremøte<br>15.12.2011                               | Saker  | Temasak | Orienteringssaker  |
|---|--|---------|--|
| <b>Hovedfokus:<br/>Økonomi, drift og<br/>Resultat</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll</li> <li>• Budsjett 2012</li> <li>• Økonomi- og aktivitetsrapportering</li> <li>• Årlig melding 2011</li> <li>• Valg av styre i Barnestiftelsen, sammenslåing av stiftelser m.m.</li> <li>• Møteplan for styret 2012</li> </ul> |         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADs orienteringer</li> <li>• Strategi Kreftregisteret 2012-2015</li> <li>• Prosjekt helsearena Aker</li> <li>• Evaluering av foretakets håndtering av terrorhendelsene Oslo og Utøya 22. juli 2011. Rapport</li> <li>• Årlig melding</li> <li>• Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav</li> <li>• Helhetlig plan for samlokaliseringer. Arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan</li> </ul> |