

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

<b>Møtenavn:</b>	<b>Styremøte 8/2012</b>
<b>Dato møte:</b>	<b>25. oktober 2012</b>
<b>Møtetid:</b>	<b>Kl. 08.00 - 16.00</b>
<b>Møtested:</b>	<b>Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.</b>

---

70/2012	Beslutning: Godkjenning av innkalling og sakliste
71/2012	Beslutning: Godkjenning av protokoll styremøte 20.09.2012
72/2012	Beslutning: Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2012
73/2012	Orientering: Rapport per september 2012
74/2012	Orientering: Budsjett 2013
75/2012	Beslutning: Leieavtale Søndre Nordstrand DPS
76/2012	Orientering: Administrerende direktørs orienteringer
77/2012	Orientering: Temasak. Områdeplan IKT og DIPS
78/2012	Orientering: Temasak. Strategi
79/2012	Orientering: Temasak. Arealplanutvikling

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 70/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Protokoll fra styremøte 20. septemberr 2012

---

**SAK 71/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE  
20. SEPTEMBER 2012.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 20. september 2012.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	20. september 2012
Dato møte:	20. september 2012 kl. 9.45-14.55 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Stener Kvinnsland, Ane Willumsen, Tor Ingebrigtsen, Anders Utne, Nina Tangnæs Grønvold, Ole Petter Ottersen, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Raymond Robertsen, Tone Skogen; Vibeke B. Kristiansen

Forfall: Anne Carine Tanum, Merete Norheim Morken

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF, Media, publikum

### **Sak 57/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 58/2012 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

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

### **Sak 59/2012 Rapport per august 2012**

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per august til orientering.

## Sak 60/2012 Status investeringer i samlokalisering

Enstemmig vedtak:

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

## Sak 61/2012 Økonomisk langtidsplan 2013-2016

Enstemmig vedtak:

1. Styret vedtar økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for Oslo universitetssykehus HF og ber administrerende direktør legge denne til grunn for videre planlegging av drift og investeringer i Oslo universitetssykehus HF.
2. På bakgrunn av vedtaket i styret i Helse Sør-Øst RHF den 20. juni 2012 ber styret administrerende direktør om å legge til grunn et null-resultat som økonomisk styringsmål for 2013.

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

*"I økonomisk langtidsplan fremkommer behov for betydelig driftseffektivisering for å nå budsjettbalanse og senere overskudd. Dette er en forutsetning for at sykehuset skal kunne komme i investeringsposisjon. Det er behov for betydelige investeringer for å kunne håndtere økte IKT-kostnader, pålegg gitt av arbeidstilsynet, tilpassning av bygg og utstyr til en rasjonalisert drift og for å videreutvikle sykehuset. Etterslep på bygg og medisinskteknisk utstyr er allerede betydelig, men sykehusets vanskelige økonomiske situasjon gjør at man i planperioden ikke kan planlegge med normalt vedlikehold og utskiftningstakt for medisinskteknisk utstyr. Det legges til grunn kostnadsreduksjon tilsvarende 1500 årsverk i perioden 2013-2016. Samtidig forutsettes det en aktivitetsvekst. Ansattes representanter kan ikke se at den fremlagte økonomiske langtidsplanen slik den er fremlagt i dag er gjennomførbar. Dette har bakgrunn i følgende forhold; Budsjettrammen fra eier tar ikke høyde for at OUS har vært, og er, i en omstillingsfase. Budsjettrammen fra eier tar ikke høyde for OUS sitt investeringsbehov i forhold til eksisterende bygningsmasse, nybygg og medisinskteknisk utstyr. Budsjettrammen fra eier tar ikke høyde for OUS sin reelle aktivitetsvekst inn i 2013. Sykehusets vanskelige driftssituasjon og problemer knyttet til etterslep på investerings siden medfører så store og krevende budsjettforutsetninger at det ikke vil være realistisk å nå målsetningen i økonomisk langtidsplan på en forsvarlig måte. Ansattes representanter vil med bakgrunn i dette fremme sterk bekymring for negative konsekvenser knyttet til kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen, og for arbeidsforholdene til de ansatte."*

## **Sak 62/2012 Budsjett 2013**

Enstemmig vedtak:

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

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

*”Styresaken er en underveis rapportering. Dette er derfor basert på den kunnskapen vi har om budsjettarbeidet i klinikkene p.t. Ansatterepresentantene vurderer det totale utfordringsbildet som svært krevende, og at målet om budsjettbalanse i 2013 fremstår som høyst urealistisk. Inntrykket fra det foreløpige budsjettarbeidet i klinikkene er at det er et marginalt handlingsrom for å møte budsjettutfordringene. Ansatterepresentantene vil også påpeke misforholdet mellom forventet aktivitetsøkning fra HSØ på 0,9 % for 2013, sammenliknet med den reelle aktivitetsøkningen i OUS som er 3 % i inneværende år. Dette misforholdet forverrer utfordringsbildet, og gjør budsjettarbeidet vanskelig. Eksempelvis må bemanningen etter ansatterepresentantenes syn være tilpasset reelt aktivitetsnivå, både for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen, og for å sikre gode arbeidsforhold for de ansatte.”*

## **Sak 63/2012 Medisinsk teknisk utstyr i Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 64/2012 Tjenesteavtaler med Oslo kommune**

Enstemmig vedtak:

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

## **Sak 65/2012 Oppfølgingsplaner etter revisjon av ventelister og fristbrudd og intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar handlingsplan for ivaretagelse av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter i Oslo universitetssykehus.

## **Sak 66/2012 Oppfølging av konsernrevisjon av Behandlingsreiser**

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølgingen av revisjonen av behandlingsreiser til orientering.

## **Sak 67/2012 Oslo universitetssykehus sine eierandeler i selskaper**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 68/2012 Status oppfølging styresaker**

Enstemmig vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2012 til orientering.

## **Sak 69/2012 Administrerende direktørs orienteringer**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder  
Ikke tilstede

Tone Skogen

Raymond Robertsen

Aasmund Magnus Bredeli

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken  
Ikke tilstede

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølsted-Knudsen

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Stabsdirektør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering 2. tertial 2012  
2. Utdypende kommentarer til Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2011

---

**SAK 72/2012      LEDELSENS GJENNOMGANG 2. TERTIAL 2012**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar ledelsens gjennomgang for 2. tertial 2012 til etterretning.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein



## 1 Sammendrag

Administrerende direktør har avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 2.tertial. Møtene er en bred gjennomgang av klinikkenes virksomheter og gjøres i sammenheng med den månedlige resultatoppfølgingen. Gjennomgangen etter andre tertial har vært spesielt rettet mot klinikkenes risikoanalyser med tiltak, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø, forskningsaktivitet, økonomi og budsjett 2013.

Det er ingen store endringer i klinikkenes risikobilde etter 1.tertial. Innen enkelte områder er risiko noe redusert.

Til tross sommerferieavvikling har også 2.tertial vært preget av flere omstillingsaktiviteter. Spesielt kan nevnes oppgradert dialyseavdeling, flytting og samorganisering av gastrokirurgi til nye lokaler på Ullevål, overføring av pasienter til felles akuttmottak fra Aker til Ullevål og oppgradering av intensivavdeling, 3,etg, Ullevål. Det er å merke at disse prosjektene har latt seg gjennomføre etter plan takket være engasjerte og dyktige medarbeidere.

Ledelsens gjennomgang er en del av den tertialvise tilbakemeldingen til styret og må sees i sammenheng med øvrig resultatrapportering per september 2012 i styresak 73/2012.

## 2 Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er administrerende direktørs vurdering at den tertialvise gjennomgangen med klinikkenes ledergrupper er egnet for å kommunisere prioriterte styringsmål og sykehusets samlede utfordringsbilde. De ulike systemer og rutiner som er etablert for intern styring og kontroll vurderes som hensiktsmessige ut fra organisasjonens størrelse og kompleksitet.

Et gjennomgående trekk etter 2. tertial er lederes mulighet til å iverksette tilstrekkelig med tiltak for å redusere risiko innen eget ansvars- og myndighetsområde. Dette gjelder for alle ledernivå. Spesielt innen områdene medisinsk teknisk utstyr, IKT og bygg er det gjennomgående utfordringer som samlet sett påvirker de ansattes arbeidsprosesser og utfordrer både effektivitet og pasientsikkerhet. Disse risikoforholdene kompenseres med manuelle og midlertidige tiltak slik at virksomheten styres innenfor akseptabelt risikonivå, men er ugunstig for ledere og ansatte og ikke økonomisk bærekraftig over tid. Det kan også i enkelte tilfeller påvirke pasientbehandlingen. Jeg viser for øvrig til omtale av investeringsbudsjett – særlig medisinsk teknisk utstyr i styresak 74/2012.

Det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre pasienttilbudet i Oslo universitetssykehus, samordning av fagområder og effektivisering av arbeidsprosesser innen de rammer sykehuset har. Det etablerte styringssystemet gir et faktagrunnlag for prioriteringer og utvikling av pasienttilbudet. Det er i løpet av 2. tertial etablert et strategiarbeid for pasientbehandling som er bredt sammensatt av medarbeidere fra de kliniske miljøene. Dette arbeidet skal koordineres med arealutviklingsplan og økonomisk langtidsplan og vil bidra til videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Administrerende direktør vil fortsatt vektlegge involvering av brukere og ansatte som viktige faktorer for å lykkes.

## 3 Faktabeskrivelse

Administrerende direktør har lagt rammeverket for ”god virksomhetsstyring, grunnlag for god pasientbehandling” til grunn i styring og ledelse av sykehuset. Med intern styring og kontroll menes de prosesser, aktiviteter og rutiner som er satt i gang av ledelsen og de ansatte for å sikre at sykehuset har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. En vesentlig forutsetning for dette arbeidet er et lederskap som identifiserer, prioriterer og håndterer risiko.

Administrerende direktør har i 2. tertial arrangert ledersamling for toppledergruppen med gjennomgang av metode, erfaringer og diskusjon vedrørende sykehusets rutiner for risikovurdering. Dette blant annet på bakgrunn av Gjørvi kommisjonens konklusjoner og anbefalinger når det gjelder risikostyring i offentlig sektor. I dag har Oslo universitetssykehus HF 1100 ledere hvorav ca 800 er førstelinjeledere. Det er et kontinuerlig utviklingsarbeid som skal til for å implementere et helhetlig system for god virksomhetsstyring. En rekke opplærings- og forbedringsaktiviteter er etablert for å bistå implementeringen.

Risikovurderingen i 2. tertial er en revurdering av den noe mer grundige analysen og handlingsplanen som ble utarbeidet i 1. tertial. Risikovurderingene i klinikkene har resultert i nye handlingsplaner for å sikre styring og håndtering av risiko innen akseptable rammer. Metoden for risikovurderinger har vært den samme som i forrige tertial. Risiko vurderes opp mot sykehusets fire målområder: Pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning (inkl. innovasjon og utdanning) og økonomi. Erfaringen fra 1. tertial med dette firefelte risikokartet har vært positiv. Erfaringene viser at arbeidet med risikovurderinger utvikler seg gradvis. Det er etter 2. tertial satt større fokus på tiltaksoppfølging og effekt av tiltak. En generell erfaring er at kompleksitet, gjensidige avhengigheter og de økonomiske rammer gjør det til dels vanskelig å vurdere effekt.

## **Sykehusets risikobilde etter 2. tertial 2012:**

### Pasientbehandling

Det er fortsatt for lav kapasitet innen flere av sykehusets behandlingsområder. Spesielt gjelder dette for lange ventelister innen nevrologi, ortopedi, øre, nese hals og øye. Kapasiteten innen radiologi og patologi er fortsatt en flaskehals, og dette i kombinasjon med manglende oppgradering av medisinskteknisk utstyr påvirker behandlingsskapasitet. Andre forhold er mangel på spesialsykepleiere, spesielt gjelder dette operasjonssykepleiere. Det er økt press på intensivene og redusert operasjonsskapasitet innen enkelte områder. Antall pasienter som blir utsatt på operasjonsprogrammene er for høyt. God logistikk i pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og effektive IKT-systemer.

Det er ingen økning av alvorlige hendelser i perioden eller andre funn fra intern kontroll aktiviteter som tilsier økt risiko i pasientbehandlingen. Antall saker fra Fylkesmann er tilsvarende tidligere perioder. Fylkesmannens indikatorer for å vurdere risiko i pasientbehandling på A-hus er vurdert i Oslo universitetssykehus som en metode for å definere avdelinger med potensiell høyere risiko enn andre avdelinger. Arbeidet er i oppstartfase.

Det vises for øvrig til tiltaksplan i vedlegg 1.

### Arbeidsmiljø

Omstillings- og integrasjonsprosessen kombinert med den økonomiske situasjonen medfører bemanningsreduksjoner og -tilpasninger. Komplekse ombyggingsprosesser er krevende i de forskjellige miljøer og utfordrer målet om et godt arbeidsmiljø for alle. Arbeidsbelastning rapporteres fortsatt med for høy risiko.

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i positiv utvikling. Det er nær forestående at et elektroniske HMS-verktøy skal tas i bruk. Dette vil forenkle både oppfølging av tiltaksplaner i avdelingene og redusere lederes rapportering. Det satses kontinuerlig på HMS-opplæring av ledere og verneombud. Klinikken har skaffet seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og de har relevante handlingsplaner med risikoreducerende tiltak i forhold til sin arbeidsmiljøproblematikk.

### Forskning, innovasjon og utdanning

Tallene viser fortsatt god forskningsaktivitet. I tillegg viser tallene for publisering og doktorgrader ved landets øvrige sykehus, at andre sykehus i foregående år har hatt en relativt sterkere økning enn ved Oslo universitetssykehus HF målt i publikasjons- og doktorgradspoeng. Det er den relative fordelingen i poeng mellom regionene som avgjør nivået på forskningstildelingene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF sin andel nasjonalt, målt i poeng, har falt fra om lag 51 % til 46 % de senere år. Årsakene til dette er sammensatt og vil bli nærmere analysert.

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er i 2. tertial, fra samtlige forskningsledere i klinikkene, meldt om økende problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt pga det prekære behovet knyttet til kliniske systemer. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning er et kontinuerlig problem, som meldes inn som tiltakende ettersom omstillinger og kostnadskutt realiseres. Dette er en risiko for kvalitet og omfang, og på sikt faglig utvikling og kvalitet i behandling. Kapasiteten og logistikk for kliniske studier er for dårlig og forventes styrket fra eiers side. Det er sannsynlig at Oslo universitetssykehus sammen med Helse Sør-Øst sammen greier å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.

### Økonomisk bærekraft

Det er overveiende sannsynlig at sykehuset ikke oppnår et resultat i overensstemmelse med styringsforutsetningene for 2012. Innenfor investeringer er det et vedlikeholdsetterslep som krever store investeringer i bygningsmassen. I den forbindelse iverksettes på kort sikt mindre prosjekter for blant annet å håndtere avvik fra tilsyn samtidig som det planlegges for store byggeprosjekter. Det er en risiko knyttet til både planlegging, beregning av investeringsbudsjett for det enkelte investeringsprosjekt og også oppfølging og gevinstberegninger. Likeledes er det krevende at sykehuset ikke har et felles IKT-system for innkjøp og logistikk. Generelt sett er mangler i IKT-en risiko for hele sykehuset. Gjennomsnittlig levetid på medisinskteknisk utstyr er økende og vil vedvare med høy risiko inntil investeringsnivået kan høynes, det refereres til egen omtale i styresak 74/2012 Budsjett 2913. Man kan anta at meldeprosenten på 6 % er for lavt fordi personalet formidler at de over tid har meldt svikt eller fare i medisinsk teknisk utstyr uten å føle at dette har medført en effekt. Dette er en uheldig utvikling.

Tilgjengelig styringsinformasjon er noe bedret men fortsatt ikke på et godt nok nivå. Spesielt gjelder dette for ulike kvalitetsparametere i pasientbehandlingen, men også for kostnadsanalyser av de ulike behandlingsformer som gjennomføres på sykehuset.

Risikokart og handlingsplaner er vedlagt saken i vedlegg 1.



# Ledelsens gjennomgang

## Risikovurdering 2. tertial 2012

Revurdering og oppdatering av risikovurdering fra 1.tertial

**Vedlegg 1**  
Styresak 72/2012

## Innholdsfortegnelse

<b>Risikovurdering .....</b>	<b>3</b>
Pasientbehandling.....	3
Arbeidsmiljø .....	3
Forskning, innovasjon og utdanning .....	4
Økonomi.....	4
<b>Risikokart.....</b>	<b>5</b>
Risikovurdering av pasientbehandlingen.....	5
Risikovurdering av arbeidsmiljøet.....	6
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning.....	7
Risikovurdering av økonomiområdet.....	8
<b>Risikoreduserende tiltak.....</b>	<b>9</b>
Pasientbehandling.....	9
Arbeidsmiljø .....	12
Forskning, innovasjon og utdanning .....	14
Økonomi.....	17

# Risikovurdering

Risikovurderingen i 2. tertial er en revurdering av den noe mer grundige analysen og handlingsplanen som ble utarbeidet i 1. tertial. Selv om arbeidsprosessen blir noe vanskeligere pga. ferieavviklingen, har avdelinger og klinikker gått gjennom forrige handlingsplan, gjort justeringer og vurdert evt. nye risikoer. Risikovurderingene i klinikkene har resultert i nye handlingsplaner for å sikre styring og håndtering av risiko innen akseptable rammer. På grunnlag av klinikkenes planer har stabsavdelingene gjort tilsvarende gjennomganger av risikobildet på sykehusnivå. Ledermøtet behandlet denne overordnede risikovurdering 04.09.12 og etter ledelsens gjennomgang 09.10.2012.

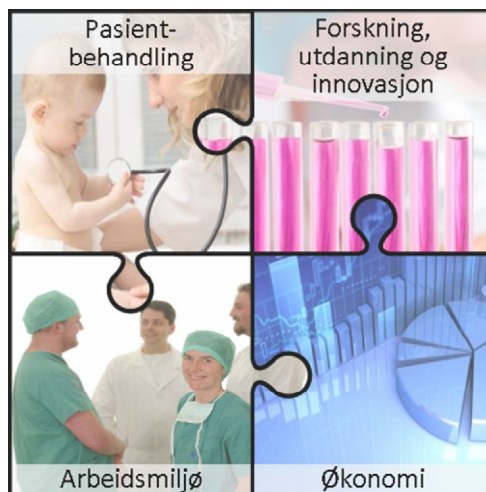
Metoden for risikovurderinger har vært den samme som i forrige tertial. Risiko vurderes opp mot sykehusets fire målområder: Pasient-behandling, arbeidsmiljø, forskning (inkl. innovasjon og utdanning) og økonomi. Erfaringen fra 1. tertial med dette fire-delte risikokartet har vært positiv. Det har gjort det lettere å definere konkrete risikoer innen det enkelte området.

Erfaringene viser at arbeidet med risikovurderinger utvikler seg gradvis. Forståelsen av å styre ut fra identifisert risiko er i dag bedre implementert i styringslinjen enn tidligere.

Det er etter 2.tertial satt større fokus på tiltaksoppfølging og effekt av tiltak. En generell erfaring er at både kompleksitet, gjensidige avhengigheter og de økonomiske rammer gjør det til dels vanskelig å vurdere effekt.

Totalt sett kan det se ut som om risikobildet for sykehuset som helhet er noe bedret.

De fire risikokartene og en samlet handlingsplan for risikoreducerende tiltak er beskrevet til slutt i dette vedlegget.



## Pasientbehandling

Det er fortsatt kapasitetsproblemer innen flere av sykehusets behandlingsområder. Spesielt gjelder dette for lange ventelister innen nevrologi, ortopedi, øre, nese hals og øye. Kapasiteten innen radiologi og patologi er fortsatt en flaskehals, og dette i kombinasjon med manglende oppgradering av medisinsk-teknisk utstyr påvirker behandlingsskapasitet. Andre forhold er mangel på spesialsykepleiere, spesielt gjelder dette operasjonssykepleiere. Det er økt press på intensivene og redusert operasjonsskapasitet innen enkelte områder. Antall pasienter som blir utsatt på operasjonsprogrammene er for høyt. God logistikk i pasientbehandlingen er avhengig av fungerende og effektive IKT-systemer.

Det er fortsatt problemer innen IKT grunnet ulike kliniske systemer og manglende felles plattform.



## Arbeidsmiljø

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er i positiv utvikling. Det er nær forestående at et elektroniske HMS-verktøy skal tas i bruk. Dette vil forenkle både oppfølging av tiltaksplaner i avdelingene og redusere lederes rapportering. Det satses kontinuerlig på HMS-opplæring av ledere og verneombud. Klinikken har skaffet seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, og de har relevante handlingsplaner med risikoreducerende tiltak i forhold til sin arbeidsmiljøproblematikk.

Omstillings- og integrasjonsprosessen kombinert med den økonomiske situasjonen medfører behov for bemanningsreduksjoner og -tilpasninger. Arbeidsbelastningen oppleves mange steder i organisasjonen som høy, og enkelte steder som økende. Det meldes om stress relatert til både høy arbeidsmengde og høyt tempo. IKT-systemer som ikke er harmoniserte skaper merarbeid og irritasjon. Lederne er spesielt utsatt for belastninger ved at lederrollen har blitt utvidet og mer kompleks, omstillingsprosesser er krevende, og det er økende krav til administrative oppgaver.

Flytte- og ombyggingsprosessene kan gi vanskelige arbeidsforhold med trange plassforhold. Arbeidstilsynet og brannvesenet har påpekt betydelige mangler ved bygg- og branntekniske forhold. Alt dette gjør det viktig å ha tilstrekkelig fokus på systematisk HMS-arbeid.



## Forskning, innovasjon og utdanning

Innen forskning, innovasjon og utdanning ser en noen av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er i 2. tertial, fra samtlige forskningsledere i klinikkene, meldt om økende problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, som over lengre tid synes nedprioritert regionalt pga det prekære behovet knyttet til kliniske systemer. Tilstrekkelig tid, stillinger og karriereveier i forskning er et kontinuerlig problem, som meldes inn som tiltakende ettersom omstillinger og kostnadskutt realiseres. Dette er en risiko for kvalitet og omfang, og på sikt faglig utvikling og kvalitet i behandling. Kapasiteten og logistikk for kliniske studier er for dårlig og forventes styrket fra eiers side. Det er sannsynlig at OUS sammen med Helse Sør-Øst sammen greier å styrke infrastruktur for kliniske studier fra 2013. .

Etterutdanningsaktiviteten og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Det er også problematisk å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser innen sykepleie.



## Økonomi

Det er overveiende sannsynlig at sykehuset ikke oppnår et resultat i overensstemmelse med styringsforutsetningene for 202 Innenfor investeringer er det et vedlikeholdsetterslep som krever store investeringer i bygningsmassen. I den forbindelse igangsettes store prosjekter. Det er risiko knyttet til både planlegging, beregning og oppfølging av investeringsbudsjett for det enkelte prosjekt. Det samme gjelder gevinstberegninger. Generelt sett er IKT-svakhetene en risiko innen mange viktige områder av sykehusets drift. Sykehuset har ikke felles IKT-system for innkjøp og logistikk noe som igjen påvirker arbeidsprosessene negativt. Gjennomsnittlig brukstid på MTU er økende. Det er fortsatt ikke god nok styringsinformasjon tilgjengelig gjennom hensiktsmessige IKT-løsninger.



# Risikokart

## Risikovurdering av pasientbehandlingen

Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.

<b>KONSEKVENSS</b>	<b>Svært alvorlig</b>						
	<b>Alvorlig</b>			Fristbrudd Sys. bortfall kliniske IKT-sys.			
	<b>Moderat</b>			Svikt v/overgang mellom beh.nivå inn-/utskr.	Kapasitet radiologi Behandlings-kapasitet	Ventelister	
	<b>Lav</b>				Mangel spes.sykepl./ annet pers.	Intensiv- og intermediær-senger Kapasitet og standard MTU	Manglende klinisk IKT-støtte
	<b>Ubetydelig</b>	Redusert beh. kapasitet u/ ombygg/flytt					
		<b>Meget liten</b>	<b>Liten</b>	<b>Moderat</b>	<b>Stor</b>	<b>Svært stor</b>	
		<b>SANNSYNLIGHET</b>					

2. tertial 2012

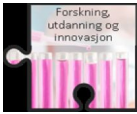




# Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

<b>KONSEKVENSN</b>	Svært alvorlig					
	Alvorlig		Kjemikalie-eksponering		Bygg- og brannteknisk standard	
	Moderat			Integrasjons-/omstillingsprosessen	Prosess rundt bemanningsreduksjon/-tilnærming	Arbeidsbelastninger
	Lav			Gjensidig respekt kulturforståelse	Kapasitet og standard MTU	Manglende klinisk IKT-støtte
	Ubetydelig			Systematisk HMS-arbeid	Plassforhold	
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
2. tertial 2012	<b>SANNSYNLIGHET</b>					



# Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

<b>KONSEKVENSS</b>	<b>Svært alvorlig</b>						
	<b>Alvorlig</b>						
	<b>Moderat</b>			Etterlevelse lover og etikk Utstyr til forskning	Klin. studier: Kapasitet, logistikk finansiering Praksisplasser sykepl.stud og videreutd.	Biobank-fasiliteter lagring, sporing Arealer Etterutdannings-aktiviteter	IKT-infrastruktur til forskning Tid og stillinger forskn. og innovasjon
	<b>Lav</b>						
	<b>Ubetydelig</b>						
		<b>Meget liten</b>	<b>Liten</b>	<b>Moderat</b>	<b>Stor</b>	<b>Svært stor</b>	
2. tertial 2012	<b>SANNSYNLIGHET</b>						



# Risikoreduserende tiltak



## Pasientbehandling

Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostisk, behandling, omsorg og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadministrativt og annet pasientrelatert arbeid.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
<b>1.</b>	<b>Intensiv- og intermedisærseenger</b>	<p>Øke antall intensivseenger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvåkningsseenger i Med. klinikk</li> <li>• intensivseenger Akuttklinikken, Ullevål (intensiv 3 er ferdig oppgradert og øker med 2 plasser)</li> <li>• intensivseenger Akuttklinikken, Rikshospitalet (startet utredningsprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser)</li> </ul> <p>Utvikle retningslinjer for hvem som skal behandles i OUS og hvilke pasienter som bør overføres til eget lokal- og områdesykehus</p> <p>Etablerer eget prosjekt for å sikre tilfredsstillende kapasitet av intermedisærseenger i klinikkene (avtakerapparat).</p> <p>Etablert prosedyre for koordinering av ressurser på tvers av lokalisasjoner.</p>	<p>Kontinuering oppfølging og styring av intensiv/PO-ressurser, Har hatt ansvar for regional koordinering i sommer.</p> <p>Noe bedret situasjon.</p>
<b>2.</b>	<b>Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet</b>	<p>Det er etablert et gjennombruddsprosjekt for håndtering av anmerkninger og anbefalinger etter konsernrevisjoner (pasientadministrativt arbeid og ventelister/fristbrudd) og for oppfølging av det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset". Fokusområder er: Henvisning- og ventelistehandtering; Pasientadministrative rutiner og -systemer; Korrekte aktivitets- og styringsdata. Det utarbeides en handlingsplan med tiltak og ansvar inkl gjennomføringsplan.</p> <p>Egen innsatsgruppe (jurist, IKT-støtte og med.dir.) oppsøker og støtter klinikkens forbedringsarbeid og sørger for opplæring og kompetanseheving.</p> <p>Tiltak for kapasitetsøkning innen enkelte fagområder ved skjerming av elektiv drift og prosjektarbeid for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd. Det arbeides også med avtaler med andre institusjoner for overføring av ventelister og så har regionen nedsatt midlertidige fagråd som skal se på kapasiteten innen fagområder med lange ventelister</p>	<p>Ca. 600 000 nyhenviste hvert år. De aller fleste får behandling i forhold til forsvarlighet og innen frist og rimelig tid.</p> <p>7000 fristbrudd i 2011 dvs. 1,1 % av alle nyhenviste.</p> <p>Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		<p>(nevrologi, ortopedi, ØNH og Øye). Eget forbedringsarbeid igangsatt ved KKN for å øke produktivitet.</p> <p>Etablere og kvalitetssikre flere behandlingslinjer for kreftpasienter AMD - stor risiko for manglende kapasitet - utarbeider forslag til etablering av egen AMD-klinikk.</p> <p>Samarbeid om pasientbehandlingslinjer/pasientforløp med kommunehelsetjenesten. Samarbeid om etableringen av akutte døgnplasser i kommunal regi på Aker.</p>	
3.	<b>Kapasitet radiologi</b>	<p>Etablere kriterier for prioritering.</p> <p>Klinikkene må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper.</p> <p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser.</p> <p>Prioritere MTU som gir kapasitetsforbedringer.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Etablerer prosjekt for økning av radiologisk kapasitet innen onkologi med forventet reduksjon i medikamentutgifter og antall liggedøgn.</p> <p>Ta initiativ til felles prosedyrer og protokoller innen radiologi i regionen slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.</p>	<p>Saken følges regelmessig både i oppfølgingsmøter med klinikken og i ledermøtene. Kapasitetsutfordringene skyldes dels MTU og dels personellmangel. I tillegg vil felles RIS/PACS være viktig for god ressursutnyttelse og dermed bedring i kapasitet.</p> <p>Noe bedret situasjon.</p>
4.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b>	<p>Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p> <p>Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.</p> <p>Vurdere leasing eller lånefinansiering av MTU.</p>	<p>Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Åpning for annen finansieringsordning utredes (Helse Sør-Øst).</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
5.	<b>Sys. bortfall kliniske IKT-systemer</b> Pasientinformasjon er ikke tilgjengelig for helsepersonell på en hensiktsmessig måte når de trenger det pga systembortfall.	Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner. Gjennomføre milepæl 5 i FKI-prosjektet (felles klinisk informasjonsgrunnlag) som vil gi felles elektronisk journal for lokalisasjonene Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet og dermed redusere avhengigheten av tilgang på tvers gjennom Citrix-løsninger.  Gode manuelle rutiner er utarbeidet og implementert.	Viktig å få på plass trygg IKT-plattform.  Sannsynlighet for hendelser noe redusert.
6.	<b>Manglende klinisk IKT-støtte</b>	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.	Noe bedret situasjon.
7.	<b>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</b>	Igangsatt rekrutteringstiltak av ferdigutdannede spesialsykepleiere med virkemidler. Økt utdanningskapasitet i samarbeid med høyskoler, stipendordninger videreføres, systematisk kompetansekartlegging og -planlegging. Planer for bibehold av ansatte. Følge opp krav i oppdragsdokument om større strategisk kompetansekartlegging og -planlegging i sykehuset.	Foreløpig har tiltakene gitt liten effekt.
8.	<b>Svikt i overgang mellom behandlingsnivå, inn/ut fra/til sykehus - primærhelsetjeneste</b>	Etablere felles utsendelsespolicy og rutiner for sikre god kvalitet i epikrisene. Det etableres en egen arbeidsgruppe med formål å implementere elektroniske epikriser og PLO- meldinger. Koordinatorfunksjoner styrkes.	Ikke synliggjort i risikovurdering tidligere.
9.	<b>Redusert kapasitet i pasientbehandlingen under ombygging/flytting</b>		Den planlagte flyttingen fra Aker av døgnenger innen gastrokirurgi og medisin er gjennomført etter plan.



## Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>Arbeidsbelastning</b>	Bedre og mer riktig bruk av personalet. Forbedre arbeidsprosesser slik at en jobber smartere og får mer effekt av arbeidsinnsatsen. Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.
2.	<b>Prosess rundt bemanningsreduksjon / bemannings-tilpasninger</b>	Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Innsatsgruppe og stillingsutvalg	Noe bedret situasjon.
3.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b>	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr  Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV  Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering  Vurdere leasing eller lånefinansiering av MTU	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Åpning for annen finansieringsordning utredes (Helse Sør-Øst). Denne risikoen var tidligere ført opp under pasientbehandling, men vurderes nå også som risiko innen arbeidsmiljø og økonomi.
4.	<b>Manglende klinisk IKT-støtte</b> medføre vanskelig arbeidssituasjon for ansatte	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.	Denne risikoen var tidligere ført opp under pasientbehandling, men vurderes nå som større risiko i forhold til arbeidsmiljø og økonomi.
5.	<b>Plassforhold</b>	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.	Tiltak begynner å gi noe effekt.
6.	<b>Gjensidig respekt og kulturforståelse</b>	Jobbe videre med kulturbyggende tiltak som blant annet gjennom utvikling av felles fagstrategi og målprosess, kulturbygging på tvers og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling)	Noe bedret situasjon.
7.	<b>Integrasjons- og omstillingsprosessen</b>	Arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger. Realistiske tidsplaner, gode og involverende omstillingsprosesser, tydelig og realistisk beskrivelse av situasjonen i kommunikasjonsarbeidet	Tiltak begynner å gi noe effekt.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
8.	Bygg-/brannteknisk standard	<p>Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan. Med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg. Branntetting og brannseksjonering. Oppfølging av prosjekter og oppgradering av branndokumentasjon.</p> <p>Er i gang med lukking av kategori 5-avvik gitt av Arbeidstilsynet. Hovedtemaene her er spesialventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje. Gjennomgang av kritisk bygningsflate.</p>	Delvis effekt av tiltak.
9.	Systematisk HMS-arbeid	<p>Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring.</p> <p>Sikre at det opprettes HMS grupper alle steder.</p>	
10.	Kjemikalie-eksponering	<p>Konsekvens alvorlig, risikoen er noe redusert ved at enkelte tiltak er gjennomført etter tilsyn fra Arbeidstilsynet.</p> <p>Sørge for at alle avdelingene har oppdatert stoffkartotek.</p> <p>Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.</p>	Sannsynlighet for hendelser er redusert som følge av iverksatte tiltak.





## Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<p><b>IKT-infrastruktur til forskning:</b> dårlig IKT-infrastruktur for forskning - lavt prioritert regionalt vs kliniske systemer. Svært ulikt tilbud til forskere innad i sykehuset (avhengig av arb.plass). Mangelfullt forsknings-administrativt system</p>	<p>Det tydeliggjøres i enhver sammenheng at det er prekært investeringsbehov og behov for harmonisert og funksjonell IKT-støtte til forskere. Problemet omfatter også elementær brukerstøtte til forskere hos Sykehuspartner. Enkelte IKT-prosjekter er iverksatt på OUS i samarbeid med Ahus og HSØ innen behandling av forskningsdata, kvalitetsregistre og håndtering av biobank. Arbeidsgruppe med UiO har foreslått IKT-samarbeid, der forslaget er til behandling i Helse Sør-Øst (alternativ forskernettløsning felles for OUS, som kan utbres regionalt). Felles brev fra klinikkens forskningsledere om at problemet er økende - henvendelse oversendt IKT-utvalget for forskning og klinikk som vil behandle saken i 3. tertial.</p>	<p>Risiko er økt fra 1. tertial, begrunnet i felles henvendelse om stor bekymring fra forskningslederne i alle klinikker.</p>
2.	<p><b>Tilstrekkelig tid og stillinger</b> til forskning og innovasjon i klinikkene - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter:</p>	<p>Fokuseres i tertialoppfølgingsmøter med klinikkene. Får betydelig fokus i internt strategiarbeid og råd/utvalg for forskning. Identifisert konkrete tiltak i klinikkens handlingsplaner. Øke omfang av og kvalitet på søknader om eksternt finansiering, utnytte finansieringskilder. Ordninger med tydelig reservert tid for prof II/førstaman. til F og U prioritert i ny avtale om kombinerte stillinger, innføres gradvis over fem år med virkning fra 2012.</p>	<p>Dette er også adressert i Forskningsrådets fagevaluering i 2011, og av sykehusets Scientific Advisory Board, august 2012.</p>
3.	<p><b>Biobankfasiliteter:</b> utilstrekkelige lagringsfasiliteter internt og sporingssystemer (IKT)</p>	<p>Avtale med Folkehelseinstituttet om leie av nye lokaler for biobank på Myren/Sandaker avhjelper noe, tiltak iverksettes for at dette brukes mer. Det vurderes nå harmoniserte betalingsordninger for lagring internt og eksternt. Betalingsordning er innrettet mot bedre løsninger for materiale som fortsatt skal lagres lokalt i sykehuset. Ledermøtevedtak juni 2012 om rydding i eksisterende materiale i klinikkene for samtidig å frigjøre kapasitet lokalt i felleslagre ved OUS. Arbeid med anskaffelse av sporingssystemer er i slutfasen, betydelig bistand fra OUS inn mot HSØ som anskaffer systemet (bevilgning nasjonalt tildelt til prosjekt)</p>	<p>Flere av tidligere iverksatte tiltak og tiltak i prosess bør ha effekt slik at vi i løpet av det neste året bør ha en bedret situasjon og redusert risiko. Inntil vi ser effekt av dette holdes risiko uendret.</p>
4.	<p><b>Utstyr forskning:</b> Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler</p>	<p>Arbeide for bedre finansieringsløsninger av kjernefasiliteter, flere søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk med UiO og mellom miljøer. Det vises for øvrig til tiltak omtalt under "pasientbehandling" – kapasitet og standard på medisinsk teknisk utstyr.</p>	<p>Jf også omtale av utstyrssituasjon generelt for sykehuset. Risiko holdt uendret, da større tiltak knytter seg til generell investeringsproblematikk.</p>

	Risiko	Tiltak	Kommentar
5.	<b>Kliniske studier, herunder oppdragsforskning:</b> For dårlig infrastruktur, logistikk, kapasitet og finansiering for kliniske studier, jf oppdragsdokument med krav til styrket tilrettelegging.	Styrke og avklare samarbeidet med Inven2 vedr. kliniske studier. Bedre samarbeid med industrien (arbeidsgruppe etablert med LMI). Delta i nordisk samarbeidsprosjekt om søknad til EU om infrastrukturmidler (ECRIN). Det arbeides for særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, og det er god dialog med eier for å finne egnede løsninger.	Preget av press på klinisk aktivitet i klinikkene, for dårlige støttefunksjoner mht planlegging og logistikk i studier, samt lavere lønnsomhet i oppdragsstudier enn tidligere. Inntil forbedrede støttefunksjoner er på plass holdes risiko uendret.
6.	<b>Utdanning: Etterutdanningsaktivitet og veiledningskapasitet</b>	Sette av tid og midler til etterutdanning i klinikkene. Skaffe bedre oversikt over dagens situasjon - bruke SWOT-analyser om utdanning (fra 2011) i arbeidet med kommende handlingsplaner som oppfølging av utdanningsstrategi (utdanningsstrategi planlegges fremlagt for styret på nytt når virksomhetsstrategi er vedtatt – arbeidet med handlingsplaner avventer vedtak om utdanningsstrategien). Planlegge fordeling av kurs og reiser, bedre intern kompetansedeling Hospitering: behov for klarere avtaler mellom UiO og OUS om forpliktelser og prioriteringer der UiO inngår avtaler med partner-universiteter om hospitering i Norge. OUS vil lage bedre informasjon på våre internettetsider (engelsk) om mulighetene for og kravene til hospitanter.	Jf også styres behandling og utsettelse av forslag til Utdanningsstrategi, mai 2012.. Manglende veiledningskapasitet gjelder særlig sykepleiere og utplassering av medisinstudent-hospitanter fra andre land,
7.	<b>Utdanning: Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter, bachelor og videreutdanning</b>	Tilstrekkelig antall praksisveiledere som kan ivareta adm. og tilretteleggingen av læresituasjoner for studentene, dette vil sikre kvalitet og kontinuitet på veiledningen av studentene. Vurdere internt system for fordeling av pålagte praksisplasser (bachelor). Sørg for at riktig grunnlag brukes i regional fordeling (oppdaterte KOSTRA-tall), slik at fordeling ml foretak blir riktig (jf redusert pasientgrunnlag og overføring andre sykehus). Diskutere veiledningsmodeller og ev. kombinerte stillinger med HiOA OUS har i Ledermøtet 4.9.12 vedtatt å innføre en harmonisert modell for praksisveiledning av sykepleiere i videreutdanning innen anestesi, barn, intensiv og operasjon. Modellen vil etter ledelsens vurdering være kvalitetshevende og særlig styrke ressurskrevende veiledning av svake studenter. Tiltaket jobbes videre med i 3. tertial.	Universitetet og høyskolene har svært ulike modeller for veiledning og undervisning av studenter i praksis ved sykehusene. Arbeidet mot høyskolene om justerte veil.modeller og regional vedr. fordeling av studenter vil være tidkrevende -, risiko er derfor ikke redusert fra forrige tertial.
8.	<b>Etterlevelse av lover og etikk</b>	Internkontrollsystemer utarbeidet i 2011 må fortsatt arbeides med å gjøre kjent og forstått. Kontinuerlig forbedre tilgjengelighet og presentasjonsform. Bistand til alle klinikker fra Forskningsstøtte og stabsheter (herunder personvern). Forskningsombudsfunksjon er kontinuert. En egen arbeidsgruppe med interne og eksterne ressurspersoner, herunder forskningsombudet,	Risiko holdes inntil videre uendret. I klinikkens handlingsplaner for forskning har klinikkene angitt egne, målrettede tiltak. Langsiktig og holdningsskapende arbeid.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
		fokuserer på problematikk og tiltak knyttet til praktisering av medforfatterskap ved publisering.	
9.	<b>Arealer: utilstrekkelige/for lite arealer til forskning i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler. Ev. også HMS-risiko (særlig i laboratorier)</b>	Fokus på tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i arbeid med klinikkens forflytninger og strategisk arealplanlegging, fokus på klinikknære arealer. Prioritert område i vedtatt forskningsstrategi og handlingsplan. Når klinikker støtter opp om store forskningsøknader, også prioritert av sykehusledelse og eier, må dette samtidig planlegges arealmessig. Stab FIU legger derfor frem oversikt over planlagte, omfattende søknader for Ledermøtet (SFF, SFI, Jebesen-sentre, infrastruktureknader til NFR). Dette gjelder selv om søknaden sendes gjennom UiO. Arealbehov i forbindelse med økt eksternt finansiert forskning er inn til HSØ i forbindelse med innspill strategi 2020 samt i arbeidet med økonomisk langtidsplan. Tett samarbeid med UiO om ny avtale om arealbruk - arbeidsgruppe nedsatt. Det er etablert tettere kommunikasjon mellom stabsdirektører i forbindelse med arealplanlegging og forflytninger med konsekvenser for forskning og utdanning.	Risiko er redusert noe fra 1. tertial etter en totalvurdering. Situasjonen er som tidligere, men det er gjort en revurdering siden problemet er veldig ulikt i OUS avhengig av hvor man er lokalisert og hvilke flytteprosesser og omstruktureringer som pågår. Svært ulik standard på forskningsarealer.



## Økonomi

Inkluderer også generell administrasjon, innkjøp, IKT, bygninger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester

	Risiko	Tiltak	Kommentar
1.	<b>Budsjettbalanse</b>	Sikre gjennomføring av vedtatte tiltak og identifisere nye tiltak. Detaljere tiltaksplaner som grunnlag for gjennomføring som planlagt.	Effekt av tiltak må forventes på noe lengre sikt.
2.	<b>Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen</b>	Bedre planlegging. Vurdere mulighet for å prioritere disse investeringene høyere. Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse) Fase 1: Utarbeide idéfase og vedlikeholdsplan.	Se også økonomisk langtidsplan. Foreløpig liten effekt av tiltak.
3.	<b>Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk</b>	Følge det felles ERP prosjekt som nå iverksettes i regi av HSØ RHF  Sletting av eksisterende fullmaktregistre i innkjøpssystemene, alle må registreres inn på nytt	Tiltakene er i arbeid. Uendret situasjon.
4.	<b>Manglende administrativ støtte fra konsoliderte IKT-løsninger</b>	Prioritere og følge opp pågående prosjekter i utvikling av LIS og KPP.	Risikonivå vil først reduseres etter at prosjektene er ferdigstilte.
11.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr</b>	Etablere en 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (Økonomisk langtidsplan 2013-2016)  Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV  Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.	Gjennomsnittsalder på utstyr: 10,6 år. 39 000 MTU-enheter. Åpning for annen finansieringsordning utredes (Helse Sør-Øst). Denne risikoen var tidligere ført opp under pasientbehandling, men vurderes nå også som risiko i forhold til arbeidsmiljø og økonomi.
5.	<b>IKT-systemsvakheter</b>	Gjennomføre milepælen M5 som planlagt. Planlegge for feilrettinger knyttet til ventelisteoppfølging og for bedre prøvesvarsoppfølging. Aktivt melde systemavvik til Sykehuspartner.	Foreløpig liten effekt av tiltak.
6.	<b>Driftskonsekvenser byggeprosjekter.</b> Store prosjekter gjennomføres uten at potensiell gevinst er beregnet og realisering følges opp.	Stille krav til gevinster og oppfølging av disse i retningslinjer for gjennomføring av større prosjekter.	Foreløpig liten effekt av tiltak.

	Risiko	Tiltak	Kommentar
7.	<b>Styringsdata.</b> Ikke tilstrekkelig styrings-informasjon for sykehusets ledere	Gjennomføre vedtatt LIS-utviklingsplan (tom 2. tertial 2012)	Foreløpig liten effekt av tiltak.
8.	<b>Manglende konsolidering av adm. IKT-systemer</b>		

Målgruppe: Foretaksstyret

Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Dato: 15.10.2012

Revidert:



# Ledelsens gjennomgang

## Utvalgte områder og kommentarer

Vedlegg 2  
Styresak 72/2012

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Virksomhetstyring, intern styring og kontroll .....</b>	<b>3</b>
1.1 Lederutvikling .....	3
1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	4
1.3 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering .....	4
1.4 Interne revisjoner og konsernrevisjoner .....	5
1.5 Eksterne tilsyn .....	8
1.6 Juridiske forhold .....	9
<b>2 Pasientbehandling.....</b>	<b>11</b>
2.1 Pasienthendelser .....	11
2.2 Ny meldeordning etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	16
2.3 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	16
2.4 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).....	16
2.5 Pasientsikkerhetskampanjen.....	17
2.6 Klager.....	20
2.7 Andre avvik og forbedringsforslag .....	21
2.8 Samhandling .....	23
<b>3 Opplæring av pasienter og pårørende .....</b>	<b>25</b>
3.1 Aktivitet .....	25
3.2 Etablering av ungdomsråd.....	25
3.3 Rådet for barn som pårørende.....	25
3.4 Strategiplan for brukermedvirkning.....	26
3.5 Læringstilbud til pasienter og pårørende – omfang og tilgjengelighet.....	26
3.6 Kompetanseheving i pasient- og pårørendeopplæring.....	26
3.7 Forskningsprosjekt: læring og mestring ved kronisk sykdom .....	26
<b>4 Utdanning av helsepersonell.....</b>	<b>27</b>
<b>5 Forskning og utvikling.....</b>	<b>28</b>
5.1 Vurdering av forskningsaktivitet .....	28
5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet.....	29
<b>6 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet) .....</b>	<b>31</b>
6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene.....	31
6.2 HMS (Helse Miljø Sikkerhet) avvik.....	32
6.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene .....	37
<b>7 Kommunikasjon og omdømme .....</b>	<b>42</b>
7.1 Pasienter og pårørende.....	42
7.2 Internt.....	43
7.3 I media.....	46
<b>8 Referansetabeller .....</b>	<b>47</b>
8.1 Revisjoner av konsern revisjonen som er styrebehandlet 2. tertial 2012.....	47
8.2 Konsernrevisjonen: Oppfølgingspunkter.....	48
8.3 Interne revisjoner: Oppfølgingspunkter.....	49
8.4 Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak eller tiltak.....	50
8.5 NPE: Fordeling av saker innen de medisinske områdene: .....	51
8.6 NPE: Total erstatningssum og sykehusets egenandel.....	52

# 1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

Oslo universitetssykehus styres etter rammeverk for "god virksomhetsstyring, grunnlag for god pasientbehandling". Med intern styring og kontroll menes de prosesser, aktiviteter og rutiner som er satt i gang av ledelsen og de ansatte for å sikre at sykehuset har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. En vesentlig forutsetning for dette arbeidet er et lederskap som identifiserer, prioriterer og håndterer risiko.

## 1.1 Lederopplæring - utvikling

Administrerende direktør har i 2. tertial arrangert ledersamling for toppledergruppen med gjennomgang av metode, erfaringer og diskusjon vedrørende sykehusets rutiner for risikovurdering. Dette blant annet på bakgrunn av Gjørsvik kommisjonens konklusjoner og anbefalinger når det gjelder risikostyring i offentlig sektor. Risikostyring skal være en integrert del av ledelse i Oslo universitetssykehus.

I dag har Oslo universitetssykehus HF 1100 ledere hvorav ca 800 er førstelinjeledere. Det er et kontinuerlig utviklingsarbeid som skal til for å implementere et helhetlig system for god virksomhetsstyring.

Sykehuset har etter fusjonen etablert en felles lederplattform for ledere i Oslo universitetssykehus HF. Denne bygget på Helse Sør-Øst RHF sine verdier, sykehusets eget verdigrunnlag og lederkrav, og beste praksis fra de tre tidligere sykehusene.

Lederplattformen har til hensikt:

1. Sikre en sykehusovergripende forståelse av målbildet og ledelse i Oslo universitetssykehus HF
2. Sikre felles forståelse av Oslo universitetssykehus HF sitt styringssystem
3. Utvikle samhandling og ledelse i sykehusets ledergrupper.

Oslo universitetssykehus HF sine hovedtiltak innen lederutvikling:

- Lederutviklingsprogram for førstelinjeledere der mer enn 60 % vil ha gjennomført programmet i løpet av 2012. Deltakerevalueringene viser en snittscore på 3.9 på en skala fra 1 til 5. I disse dager gjennomføres det en egenytteevaluering blant deltakere som har fullført programmet.
- Kvartalsvise åpne inspirasjonsseminarer for ledere med relevante, dagsaktuelle temaer. Deltakerevalueringene viser en snittscore på mellom 4.3 og 4.8 på en skala fra 1 til 5 for disse seminarene.
- Ledertalentprogram for ansatte med flerkulturell bakgrunn
- Program for ledergruppeutvikling (pilot pågår)

Videre rapporterer våre ledere at de har behov for mer kompetanse innenfor virksomhetsstyring.

Det er etablert både permanente kurstilbud innen ulike temaområder og mer fokuserte klinikknære programmer som tilpasses enhetenes behov.

Evaluering viser at videre utviklingsbehov er å styrke ledernes evne til å utvikle en kultur som motiverer til endring og omstilling, tenke helhetlig og strategisk, samt sette tydelige og ambisiøse mål.

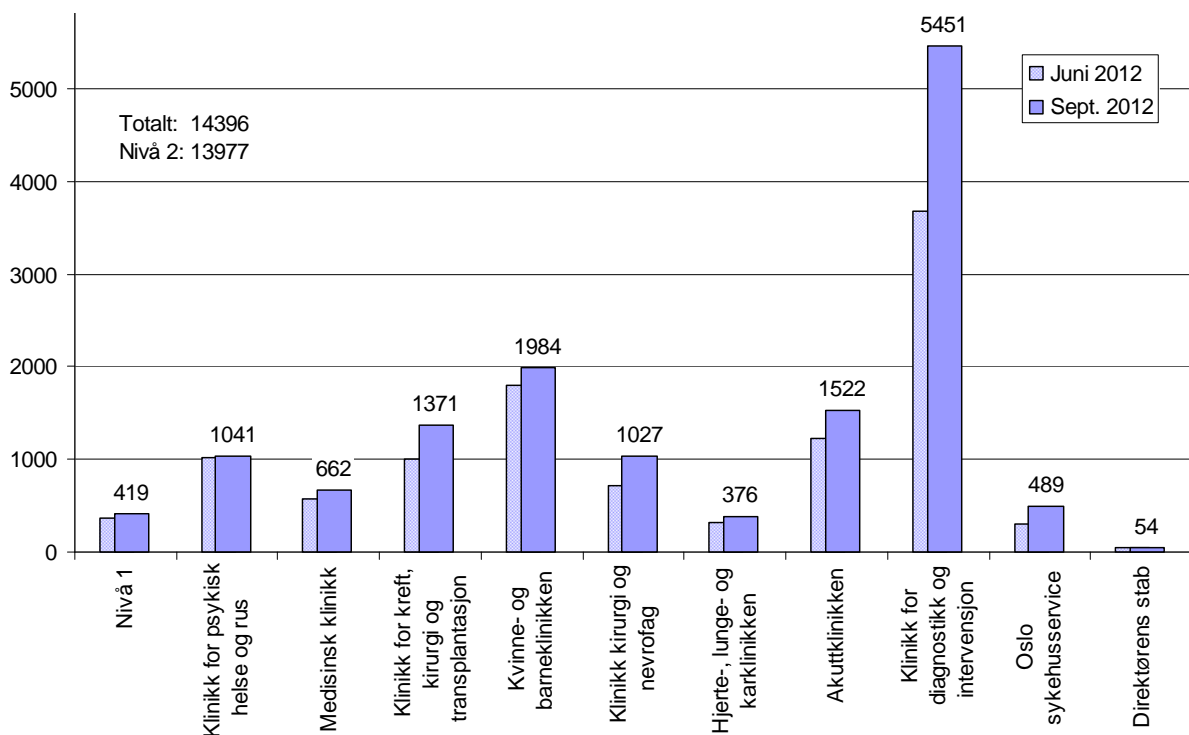


## 1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Ledere på de ulike nivå må sikre at det i nødvendig grad utarbeides styrende dokumentasjon i form av prosedyrer og retningslinjer for å sikre god praksis. Hensikten er for systematisk å styre tjenester og aktiviteter, og for å sikre at medarbeidere har nødvendig støtte ved gjennomføring av arbeidet. Dette er i tråd med myndighetenes krav om internkontroll. Dokumentene gjøres tilgjengelige og styres gjennom dataverktøyet eHåndbok.

Det arbeides aktivt med å revidere dokumenter i felles eHåndbok. Det høye antallet dokumenter samt behovet for å samordne innholdet mellom lokalisasjonene medfører at dette arbeidet har tatt tid. Fristen for konvertering er nå utsatt til 1. januar.

Det er grunn til å berømme alle de som har arbeidet målbevisst med revidering de siste månedene. Bare siden juni er det revidert, utarbeidet over 3300 flere dokumenter til eHåndbok. Dette er en økning i antall dokumenter på 30 % på tre sommermånedene. Totalt er det nå tilgjengelig 14 400 dokumenter, hvorav 14 000 er dokumenter på klinikk- og avdelingsnivå. De faglige diskusjoner ved prosedyreutvikling vurderes som et viktig bidrag i å utvikle felles kultur og et samordnet behandlingstilbud i Oslo universitetssykehus.



Figur 1. Antall styrende dokumenter i felles eHåndbok.

## 1.3 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Et viktig ledd i sykehusets internkontroll er avvikssystemet.

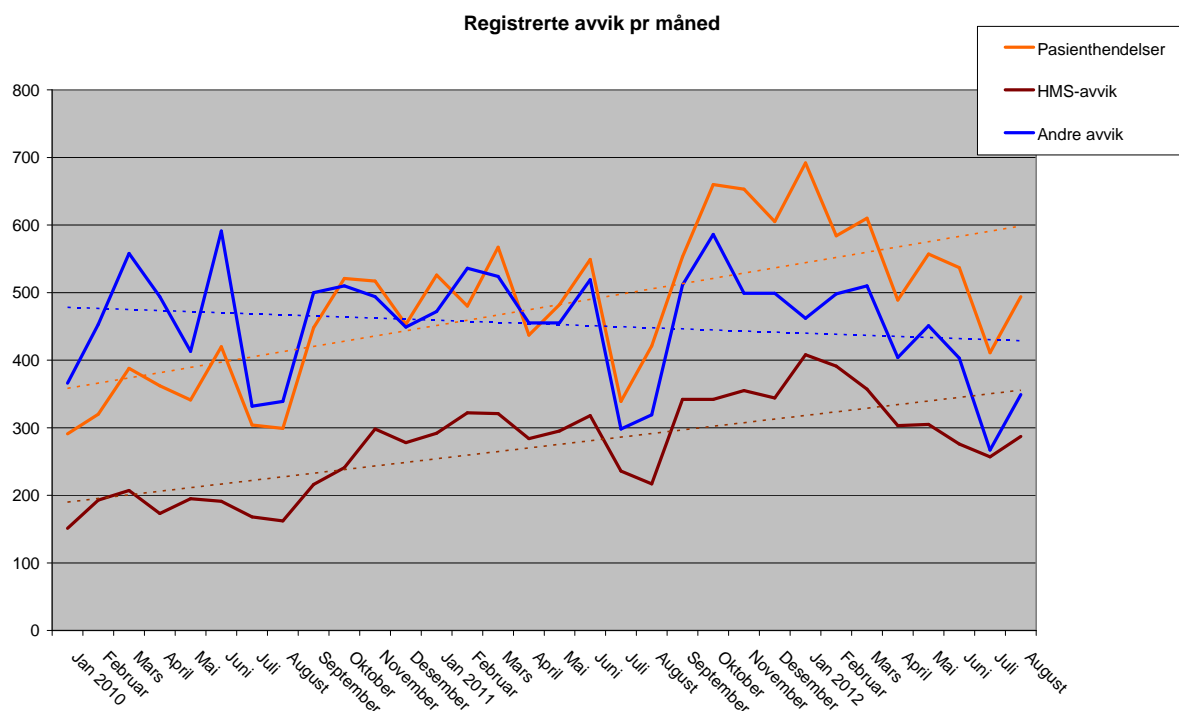
Grunnet sommerferieavvikling, med lavere aktivitet, i 2. tertial er antall meldinger noe redusert i perioden. Dette er som tidligere år, men antallet registreringer (4857) er 9 % høyere enn i 2. tertial 2011.

Det er tilsvarende en liten økning i antall registreringer pr ansatt:

T2 2011	T2 2012
0,26	0,28

Tabell 1. Antall registreringer pr ansatt (brutto årsverk). Kilde: Avvikssystemet og HR-kuben

Figur 2 viser månedsvise utvikling i registreringer. Nedgang i vårhalvåret og juli som laveste punkt. Det er grunn til å ha fortsatt høy oppmerksomhet på betydningen av hendelsesregistrering i en lærende og åpen organisasjon.



Figur 2. Antall registreringer i avvikssystemet pr måned

I avvikssystemet registreres også forbedringstiltak knyttet til avviksregistreringer. Det er registrert 1647 tiltak knyttet til de 4857 avvik som ble registrert i perioden.

## 1.4 Interne revisjoner og konsernrevisjoner

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst skal på vegne av styret, se etter om god intern styring og kontroll er etablert, og om den virker som forutsatt.

Metoden som brukes, revisjon, er en frittstående evaluering som skal se om praksis stemmer overens med den planlagte aktivitet.

Oslo universitetssykehus HF og Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har et formalisert samarbeid om den interne revisjonsvirksomheten i foretaket. Det er regelmessige møter med fokus på hvor det eventuelt kan være svakheter i den interne styring og kontroll. Samarbeidet består i felles utførelse av oppdrag, koordinering av revisjonsoppdrag og rådgivning. Hensikten med samarbeidet er å tilstrebe en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

I 2. tertial har det ikke vært foretatt revisjoner ved foretaket av Konsernrevisjonen, men det har vært styrebehandlinger av Konsernrevisjons rapporter med tiltaksplaner.

### 1.4.1 Revisjoner utført av konsern revisjonen

- Det har ikke vært utført revisjoner av konsernrevisjonen i perioden.

### 1.4.2 Revisjoner som har vært styrebehandlet i perioden

- Revisjon av ventelistehåndtering og fristbruddpasienter (sak 50/2012 i styremøtet 20.juni 2012.)
- Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet (sak 51/2012 i styremøtet 20. juni 2012)

Begge revisjonene har avdekket mangler og /eller svakheter i de reviderte prosesser. Funnene er forbundet med til dels høy risiko.

Funnene på sykehusnivå omfatter:

- Styrings- og kontrollmiljøet (organisering, roller, ansvar - og oppgavefordeling, kompetanse og opplæring)
- Tiltak for å ha styring og kontroll (spesielt oppdagende tiltak)

På avdelingsnivå var det flere funn med for høy risiko i delprosesser av behandlingsforløpet.. Etter revisjonen er det etablert et gjennomføringsprosjekt med forankring i sentral ledelse. Handlingsplanen som er satt opp inkluderer alle funn fra revisjonene samt anbefalinger fra det regionale prosjektet "*Økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid - Glemte av sykehuset*". Alle forbedringsområder skal ha tilhørende tiltak med angitt fremdrift og ansvar. Prosjektet skal gjelde hele sykehuset – også de klinikker som ikke var med i de omtalte revisjonene

- Revisjonen av behandlingsreiser til utlandet (et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper) Styret fikk en status over oppfølgingen på styremøtet 20.september 2012 (ref beslutnings sak 102/2011, styremøte 29. september 2011). De fleste tiltak er nå lukket. Tiltaket vedrørende revisjon av tilsynsprosessen med behandlingssteder vil bli utført i november 2012.

Se ellers Tabell 25 i kapittel 8.1.

### 1.4.3 Oppfølginger fra Konsern revisjonen

- Revisjon styringskrav fra eier

Revisjonen viste ingen områder med høy risiko men gav 7 anbefalinger som alle inngår i handlingsplan "oppfølging av eierkrav". Flere av tiltakene er iverksatt, for eksempel; løpende oversikt til styre over vedtak og status i saker, fordeling av ansvar i oppdragsdokumentet, opplæring i risikovurderinger.

## Revisjon av lønnsområdet

Arbeidet med å lukke avvikene startet våren 2011. Foretaket har fulgt opp revisjonen med to overordnede tiltak:

1. Et internt prosjekt (revisjon bestilt fra de reviderte og utført av Ernst & Young) har gransket to transaksjonstunge prosesser, lønn og refusjon, med den hensikt å etablere en mer effektiv og sikker lønnsprosess som styrker intern styring og kontroll.
2. Videreutvikle samarbeidet med Sykehuspartner med fokus på å tydeliggjøre ansvar og roller i allerede eksisterende samhandlingsarenaer og service level agreement (SLA)

Arbeidet med å følge opp revisjonen har resultert i forbedringer i de to transaksjonstunge HR-prosessene refusjon og lønn. Det er etablert nye prosedyrer for refusjon for sykefravær, ferie og permisjon. Hele prosessen er redesignet og gitt til dels nytt eller forenklet innhold. Opplæringstiltak i form av kurs og en opplæringspakke for hele foretaket er iverksatt.

Utredning og testing av modeller for lønnsprosessen viser gode resultater i form av frigjorte ressurser til pasientrettet virksomhet og HR i klinikk, samt en reduksjon i både feil i datagrunnlaget og retur av vedtak.

Målet er at forbedringstiltakene for lønnsprosessen effektueres for hele foretaket etter en implementeringsfase frem til februar 2013.

Se ellers Tabell 26 i kapittel 8.2.

### **1.4.4 Interne revisjoner og oppfølginger**

Det har i perioden vært utført en revisjon på tema forsvarlig mottak og håndtering av patologiske prøvesvar. Revisjonen ble utført på tre ulike avdelinger.

- Revisjon forsvarlig mottak og håndtering av patologiske prøvesvar  
Revisjonen er utenom revisjonsplanen og ble besluttet på bakgrunn av ledermøtesak 240/12 den 5. juni 2012. Målsettingen med revisjonen var å kartlegge og å vurdere om avdelingene hadde forsvarlig håndtering av mottak av patologiske prøvesvar. Videre var målsettingen å identifisere eventuelle mangler/svakheter i eksisterende mottak av patologiske svar, slik at dette kan justeres for å sikre forsvarlig mottak.

Funn fra revisjonene viser at det ikke er gode nok rutiner i avdelingene. Funnene er relatert til organisering av arbeidet, ansvar, dokumentasjon og opplæring/kompetanse. Det ble også avdekket en del dobbeltarbeid, svakheter knyttet til transport, intern post og sentralt skanningsenter. Tiltak er under utarbeidelse.

### **1.4.5 Oppfølging fra tidligere revisjoner**

Revisjon av kodepraksis var utført ved en avdeling (fire seksjoner) og funnene derfra kan antyde praksisen ved helseforetaket. Funnene dreide seg om svakheter i organiseringen av arbeidet, om mangelfull implementering av nasjonale retningslinjer, om mangler i opplæring ved grunnleggende medisinsk koding og mangler ved journalføringen.

Det arbeides med å følge opp tiltakene etter funnene. Instruks om registrering og koding av pasientaktivitet til virksomhetsstatistikk og finansieringsordninger er oppdatert og beskriver tydelige

ansvarsforhold. Prosedyre om epikrise er opprettet og gjort kjent i avdelingene. En nylig vedtatt ledermøtesak (326/2012) har besluttet et nytt opplæringsprogram i medisinsk koding.

Det er ellers ingen åpne avvik fra tidligere interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus. Se ellers Tabell 27 i kapittel 8.3.

#### 1.4.6 Opplæring i revisjonsmetodikk

Det har i perioden vært avholdt 3-dagers grunnkurs i revisjonsteknikk med 20 deltakere fra klinikkene. Dette er et bidrag til oppbygging av egenkompetanse i klinikkene. Klinikkene skal ha kompetanse til å foreta frittstående evalueringer som beskrives i prinsipper for god intern styring og kontroll.

#### 1.4.7 Klinikkenes egenrevisjoner

Det er stor variasjon i klinikkenes bruk av egenrevisjoner.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet benytter egenrevisjoner i alle avdelinger.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon har mange sertifiserte og akkrediterte enheter som har utstrakt bruk av egenrevisjon som verktøy.

Det er et mål for 2013 er at alle klinikker har etablert egenrevisjon som aktivitet og med tema tilpasset egen risikovurdering.

### 1.5 Eksterne tilsyn

#### 1.5.1 Tilsynsbesøk gjennomført 2. tertial 2012

Erfaringsmessig er det liten tilsynsaktivitet i 2. tertial, og slik har det også vært i år. Det er bare gjennomført to tilsyn i perioden.

- Statens legemiddelverk har tilsett tilvirkertillatelse for legemidler for celleterapi i Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon. Her ble det gitt 14 avvik (ingen kritiske, 5 store og 9 andre). Avvikene kategorisert som store er:
  - System for endringskontroll ikke er utarbeidet
  - Mangelfull dokumentasjon vedrørende avvik
  - Mangler ved flere dokumenter i eHåndboken
  - System for opplæring ikke tilfredsstillende
  - Prosessimuleringen gjenspeiler ikke helheten i produksjonsprosessen og frekvensen er for lav. Det utarbeides nå handlingsplan innen fristen 26.oktober 2012.
- Mattilsynet har hatt en ESA-inspeksjon ved hovedkjøkkent på Rikshospitalet. Der ble det påvist 12 avvik, og alle disse ble lukket raskt. Tiltakene er beskrevet i en evalueringsrapport som er oversendt Mattilsynet.

Tilsyns-dato	Tilsyn	Tilsyns-myndighet	Klinikk/enhet	Avvik	Frist	Kommentar
28.08.12	Tilvirkertillatelse for legemidler	Statens legemiddelverk	Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	14	26.10.12 (24.03.13)	Rapport mottatt. Handlingsplan utarbeides innen frist.
13.06.12	ESA inspeksjon	Mattilsynet	OSS, Hovedkjøkken Rikshospitalet	12	28.09.12	Alle avvik er lukket. Evalueringsrapport oversendt 13.09.12

Figur 3. Tilsynsbesøk i 2. tertial 2012.

### 1.5.2 Tidligere tilsyn – pågående prosess

Til enhver tid er det enkelte tilsyn som innebærer større endringer og som må gjennomføres over lengre tid. I Tabell 28 i kapittel 8.4 er det beskrevet ni slike saker.

Alle disse sakene følges opp i henhold til fastsatt handlingsplan.

## 1.6 Juridiske forhold

### 1.6.1 Rettsaker

Det er 7 saker som er i prosess for domstolene.

5 arbeidsrettssaker, 1 erstatningssak i pasientbehandling og 1 erstatningssak i kontraktsforhold.

#### Arbeidsrettssakene:

Av de individuelle sakene er tema:

- Lønnsreguleringsspørsmål i arbeidsavtalen
- Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid
- Spørsmål om rettmessigheten av en oppsigelse

Av de kollektive sakene er tema:

- Spørsmål om lønnsjustering til de uorganiserte er tariffstridig etter tariffoppgjøret 2010, YS.
- Spørsmål om forståelse av overenskomstens del A og del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner sommeren 2011, Den norske legeforening

#### Andre saker:

- Krav om oppreisning etter feilbehandling av pasient
- Erstatningskrav i kontraktsforhold. Mangler knyttet til prosjektering (elektro).

#### **Kommentar:**

I tvistesakene er sykehuset stevnet bortsett fra tvist i kontraktsforhold der sykehuset har tatt ut forliksklage. Prosessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon i rollen som arbeidsgiver og helseinstitusjon. Av arbeidsrettssakene er 3 individuelle og 2 berører overenskomster mellom partene i arbeidslivet og skal gå for Arbeidsretten.

### 1.6.2 Saker med risiko for rettslig prosess

Kontraktsforhold: 2 saker

Tema i sakene:

- Erstatningskrav knyttet til utsettelse av kontrakt: brannsikring av bygg
- Uenighet om krav til databehandleravtale som inngår i leveranse av medisinsk utstyr

#### **Kommentar:**

Sakene kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon og risiko og policy. En vil også se hen til omdømme.

### **1.6.3 Klagesaker KOFA**

Saker for klageorganet for offentlige anskaffelser:

Foretaket er innklaget sammen med 14 andre helseforetak til Klagenemnda for offentlige anskaffelser for å ha foretatt ulovlige direkteanskaffelser av legevikarer. Saken koordineres og håndteres av Helse Sør-Øst RHF på vegne av samtlige helseforetak i Sør-Øst. Det er påstand om at det har skjedd ulovlige anskaffelser ved at foretaket har kjøpt legevikarer fra leverandører som ikke er med i nasjonal rammeavtale. Klagen er utvidet til å gjelde flere forhold. Klagen er avvist av KOFA, og dette er påklaget til nemnda. Saken er fortsatt under prosess.

### **1.6.4 Straffbare forhold**

- Sykehuset er under etterforskning av straffesak vedrørende arbeidsforholdet til filipinske ansatte. Sykehuset har status som mistenkt for overtredelse av straffeloven § 224, første ledd bokstav b (menneskehandel). Den videre etterforskning vil vise hvordan saken vil bli vurdert strafferettslig.
- Sykehuset er på grunnlag av anmeldelse fra Arbeidstilsynet under politietterforskning for brudd på arbeidstidbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Forholdet er knyttet til 12 ansatte.

#### **Kommentar:**

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Sakene er til vurdering hos politiet. Juridisk seksjon bistår med opplysninger der det er nødvendig. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i økonomiske konsekvenser og det vil berøre foretakets omdømme.

## 2. Pasientsikkerhet

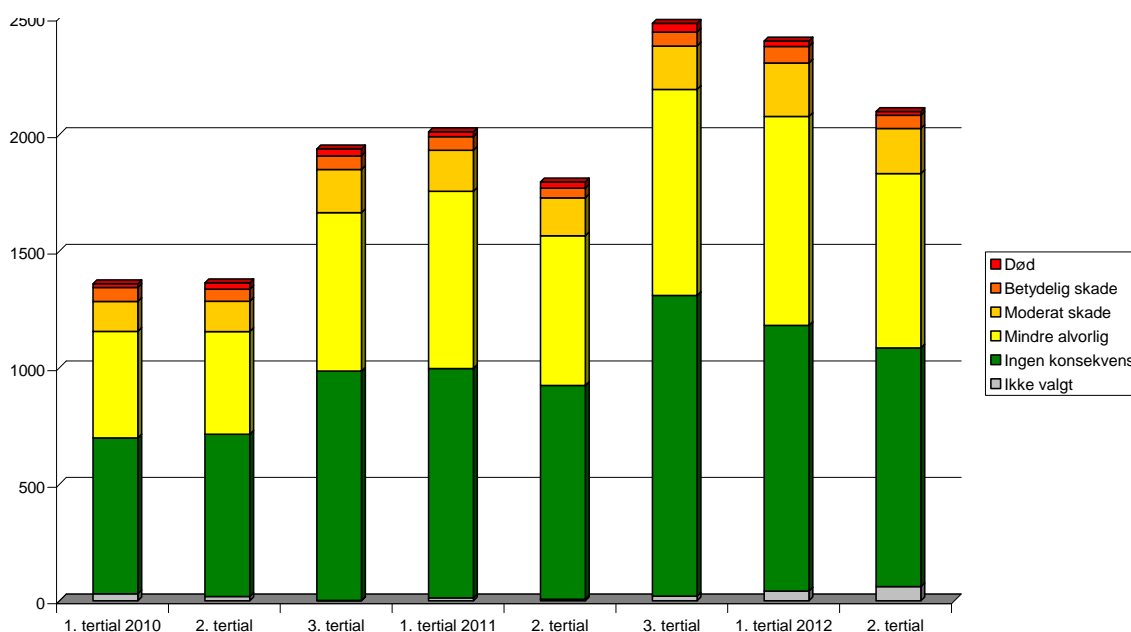
### 2.1 Pasienthendelser

Andel av registreringer med betydelig skade/død ligger på samme nivå som tidligere (3.5 % tilsvarende 4,0 % i 1 tertiale 2012).

49 % av de pasientrelaterte avviksregistreringene har etter saksbehandling blitt kategorisert som en hendelse med ingen eller liten faktisk konsekvens for pasienten (47 % i 1 tertiale).

Andel forbedringstiltak pr. avvik er uendret på 34 %.

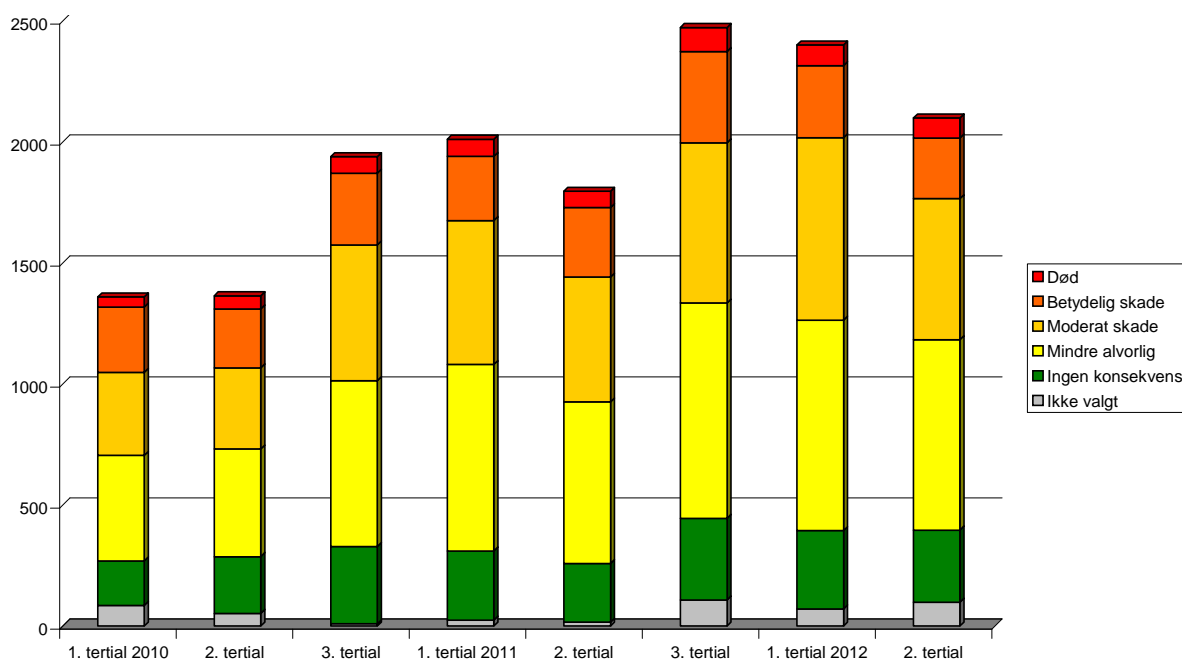
Figur 4 viser den tertialvise utvikling fra 2010 fordelt på vurdering av alvorlighetsgrad. Vi ser at fordelingen er det samme som i tidligere tertial.



Figur 4. Pasienthendelser. Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Også når det gjelder potensielle konsekvenser (Figur 5) og fordeling på årsakskategorier ser vi at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg. Vi kommenterer derfor ikke tallene ytterligere i denne tertialrapporten.





Figur 5. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet

Ca 50 % av registreringene har ikke medført skade på pasient. Dette viser at det er stor oppmerksomhet også på "nesten hendelser".

Slike "nesten hendelser" og farlige forhold avdekker ikke sjelden ugunstige systemfaktorer som gjennom risikoreduserende tiltak kan forhindre at mer alvorlige hendelser oppstår på et senere tidspunkt.

### 2.1.1 Hovedkategorisering av pasientrelaterte hendelser

Det er fra midten av andre tertial (juli) forsøksvis innført en standardisert forebyggbarhetskategorisering i avvikssystemet i Oslo universitetssykehus HF, gjeldende for pasienthendelser med potensial for betydelig skade. Skalaen er utarbeidet basert på den kanadiske "Adverse Event Study" fra 2004. Sykehuset har valgt å prøve ut om en forenklet firedelt skala gir tilstrekkelig informasjon for formålet.

Kategoriseringen vil være enkel å gjennomføre for ansatte og ledere i praksis:

1. Ganske sikkert ikke forebyggbar (påregnelig / kalkulert risiko)
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar
3. Sannsynligvis forebyggbar
4. Ganske sikkert forebyggbar

Det vil fra nå av gradvis bli innført rapportering av alvorlige saker i forhold til denne skalaen. Kategoriseringen skal kvalitetssikres av saksbehandlende leder, men sykehuset vil trenge noe tid til å sikre en felles forståelse.

Det er små endringer i prosentvis fordeling mellom sakstypene fra forrige tertial. Det er også stabil fordeling over konsekvenskategoriene innen den enkelte sakstype.

	Andel	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt
Diagnostikk, behandling og pleie	32 %	289	258	80	30	8	14
Dokumentasjon	7 %	95	43	11	0	0	7
Ernæring	1 %	7	4	0	0	0	0
Fall og andre ulykker	7 %	64	63	18	1	0	0
Legemidler og blodprodukter	16 %	208	107	14	3	0	1
Medisinsk utstyr	6 %	65	38	11	6	1	1
Pasientadferd	2 %	20	19	6	5	2	0
Pasientadm./samhandling	19 %	187	159	34	7	3	9
Sykehusinfeksjon	0,4 %	6	2	0	0	0	0
Ikke kategorisert i undergrupper	9 %	74	54	21	6	2	37

Tabell 2. Fordeling av pasientrelaterte hendelser i hovedgrupper og kategorisert i forhold til konsekvens 2 tertial 2012. Kilde: Avviksystemet

Innenfor hovedkategoriene ligger mange hendelser i grenseområdet mellom avvik og påregnelige komplikasjoner. Medisinsk behandling medfører som regel risiko. Det generelle kravet er at risiko kan aksepteres dersom risiko står i rimelig forhold til risiko ved å avstå fra behandlingen.

#### Eksempel på registrerte alvorlige saker innen de enkelte hovedkategoriene:

##### Diagnostikk, behandling og pleie

Kategoriseringen "diagnostikk, behandling og pleie" er der desidert største kategorien med 32 % av alle pasientrelaterte registreringer.

Eksempel på registrerte alvorlige saker er:

- Komplikasjon etter laparoskopisk cholecystektomi ved annet helseforetak.
- Dødsfall hos pasient forgiftet med Metamfetamin.
- Nevrokirurgisk pasient døde. Pasienten lå med unormalt høyt trykk i hjernen. Saken er ikke ferdig saksbehandlet.
- Pasient med Sarcoidose. Død, uvanlig sykdomsforløp.
- Pasient død etter hjerteinfarkt. Obduksjon viste at pasientens infarkt hadde forårsaket en svikt i hjerteveggen med ledsagende tamponade.
- Fosterdød. Ikke forebyggbar.
- Nevrokirurgisk pasient død etter overflytting fra annet helseforetak. Saken er til behandling hos Fylkeslegen.

##### Medisinsk dokumentasjon

- Det er i perioden ikke registrert noen hendelser i avvikssystemet i denne kategorien med angivelse av faktisk konsekvens lik død eller betydelig skade .

Manglende felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus HF er en utfordring. Dette gjelder både journal og flere fagsystemer som for eksempel innen radiologi.

Sykehuset planlegger 15. oktober å innføre en ny (felles) versjon av de kliniske systemene PasDoc og Doculive, der alle journaler ved Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet samtidig blir slått sammen slik at hver pasient får en elektronisk journal.

##### Fall / andre ulykker

- Ett fall hos inneliggende pasient som har gitt betydelig skade er registrert i perioden.

Kun en liten andel av fallskadene medfører bruddskader. Fall på sykehus som følge av nedsatt almenntilstand eller medikamentell påvirkning er en kjent årsak til uønskede hendelser på sykehus. Forekomsten varierer sterkt mellom avdelinger med ulikt pasientgrunnlag, til dels avhengig av pasientens diagnose og alder. Det er i flere omganger utredet og iverksatt fallforebyggende tiltak. Nye virksomhetsomfattende retningslinjer for forebygging av fall er nå under utarbeidelse. Sykehuset vil delta i Pasientsikkerhetskampanjens nettverkssamlinger om fallforebygging.

### **Legemidler og blodprodukter**

Eksempel på registrerte alvorlige saker er:

- Mulig bivirkning av Haldol. Saken er meldt Regionalt legemiddelinformasjonscenter (RELIS). Er ikke ferdig saksbehandlet av avdelingen.
- Betydelig forverring i en pasients tilstand, muligens forårsaket av et inhalasjonsmedikament ikke ble gitt.

### **Medisinsk utstyr**

Eksempel på registrerte alvorlige saker der saksbehandler har kategorisert meldingen som bruk av- eller svikt i medisinsk utstyrer:

- Dødsfall i forbindelse med tapping av væske fra lungehulen (pleuravæske). Saken er kategorisert som påregnelig risiko.
- Svikt i flere CT-maskiner medførte forsinkelse i traumebehandling. Saken er kategorisert som betydelig skade.
- Perforasjon under kolonoskopi. Vurdert som en ikke forebyggbar komplikasjon. Anført som betydelig skade.
- Defekt infusjonspumpe og ustabil pasient ble registrert som mulig betydelig skade. Konklusjonen var at det ikke var sannsynlig årsakssammenheng.
- Trethetsbrudd i metallet i femurstammen ca 2,5 år etter innsatt protese.
- Blødningskomplikasjon etter invasiv prosedyre.
- Svikt i mekanisk hjerteventil. Medførte forlenget operasjon og nyresvikt.

Noen enkelthendelser og en rekke meldte forhold antyder at kvalitet og effektivitet innen diagnostikk og behandling lider under utdatert utstyr.

Utskiftningstakten for medisinsk teknisk utstyr er lav i sykehuset. Man kan anta at meldeprosenten på 6 % er for lavt fordi personalet formidler at de over tid har meldt svikt eller fare i medisinsk teknisk utstyr uten å føle at dette har medført en effekt.

En generell bekymring er at utstyr fremdeles brukes til tross for at det er foreldet og kan ha en for hyppig sviktfrekvens.

### **Pasientadministrative avvik og samhandlingsavvik**

Eksempel på registrerte alvorlige saker er:

- Dødsfall hos pasient som var innkalt, men ikke ønsket behandling.
- Dødsfall som følge av abdominalt aortaaneurysme (AAA). Saken er ikke ferdig saksbehandlet.
- Dødsfall i annen institusjon (sykehjem) der ambulansetjenesten ble involvert. Sak registrert knyttet til lokale HLR-rutiner. Saken følges opp videre av sykehjemmet.

## Sykehusinfeksjoner

- Ingen saker kategorisert som betydelig skade eller død.

Andelen av sykehusinfeksjoner som registreres i avvikssystemet er fortsatt for lavt i forhold til kunnskap om sykehusinfeksjoner i sykehuset.

Sykehuset er i Oppdragsdokumentet pålagt å registrere antall inneliggende pasienter med sykehusinfeksjon fire enkeltdager i året (prevalensundersøkelser) knyttet til en målsetting om at andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Sykehuset har hittil i år gjennomført prevalensundersøkelser 15. februar, 23. mai og 5. september. Sistnevnte registrering er ennå ikke ferdig bearbeidet. De to første registreringene, som gjelder første og andre tertial, omfatter til sammen 2.653 inneliggende heldøgns pasienter (somatikk).

På registreringsdagene blir alle infeksjoner registrert før en kategoriserer de helsetjenesteassosierte infeksjonene (HAI) i henhold til nasjonale og internasjonale kriterier. Resultatene for første og andre tertial samlet for hele Oslo universitetssykehus HF (somatikk) er angitt på 2 måter:

1. Prevalensrate av de 4 infeksjonstypene som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt (Urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Dette er grunnlaget for målsettingen om at prevalensraten skal reduseres til under 3 %.
2. Prevalensrate av alle helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Klinikk	Prevalensrate (%) HAI som meldes FHI	Prevalensrate (%) alle HAI
Akuttklinikken	17/107 = 15,9 %	20/107 = 18,7 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	15/228 = 6,6 %	15/228 = 6,6 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag (unntatt SSE)	31/555 = 5,6 %	33/555 = 5,9 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	45/707 = 6,4 %	55/707 = 7,8 %
Kvinne- og barneklirikken (inkludert nyfødte)	21/640 = 3,3 %	24/640 = 3,8 %
Medisinsk klinikk	24/420 = 5,7 %	24/420 = 5,7 %
<b>Oslo universitetssykehus HF samlet (somatikk)</b>	<b>2653/153 = 5,8 %</b>	<b>2653/163 = 6,1 %</b>

Tabell 3. Sammenstilling av første og andre prevalensundersøkelse 2012.

### 2.1.2 Overordnet risikovurdering - pasientrelatert avviksregistrering

Ved vurdering av antall registreringer og angivelse av faktisk- og potensiell konsekvens, er det noen risikoområder som skiller seg ut:

- Manglende intensivkapasitet. Sakene har ikke betydelig skade/død som faktisk konsekvens, men halvparten er vurdert med høyt risikopotensial.
- Manglende CT/MR-kapasitet. Beskriver forsinket behandling
- Manglende AMK og ambulans kapasitet. Beskriver i perioder manglende kapasitet i å besvare 113 samtaler samt manglende tilgjengelig ambulanser til akuttoppdrag.
- Flere saker berører gammelt og teknisk ufullkomment teknisk utstyr. En vurdering er at finansieringsformen, anskaffelses- og fornyelsesrutinene ikke er tilfredsstillende.
- Sykehuspartner er en virksomhet som håndterer viktige pasientsikkerhetsmessige forhold. Hvis det i konkrete saker oppstår svikt i IKT-systemer eller i rutiner som Sykehuspartner har ansvar for så må sykehuset og Sykehuspartner samarbeide om saksbehandlingen på en måte som sikrer at lovens krav oppfylles. Vi har sett i noen saker at dette ikke alltid fungerer tilfredsstillende og at samarbeidet med Sykehuspartner kan være krevende.

## 2.2 Ny meldeordning etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Meldeplikten til Fylkeslegen ble 1. juli 2012 erstattet av en tilsvarende meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Meldingene fra Oslo universitetssykehus HF ble i starten, av tekniske årsaker hos Sykehuspartner, formidlet ved manuell innlegging i Kunnskapssenterets web-portal. Fra ultimo august har meldingene blitt oversendt elektronisk direkte fra avvikssystemet.

Pr. 1. september var det oversendt 120 meldinger til Kunnskapssenteret.

Med den nye ordningen blir det fra Oslo universitetssykehus HF sendt ca 3 ganger så mange meldinger som ved den gamle ordningen. Tilsvarende økning finner man også i nasjonale tall.

I den nye meldeordningen er kravet endret til at melding skal sendes innen 24 timer etter en hendelse, basert på den enkelte ansattes oppfatning av faktisk og potensiell risiko. Det vil i praksis si at meldinger oversendes før start av analyse og saksbehandling. Konsekvensen er at Kunnskapssenteret får tilsendt en rekke saker som senere får endret klassifisering av risiko og konsekvens. Økningen i antall meldinger er derved et kvantitativt tall som derved ikke på noen som helst måte kan indikere endringer i melding av antall alvorlige saker eller endringer i de ansattes trygghet for å registrere slike meldinger.

Det er for tidlig å vurdere om den nye meldeordningen vil fungere etter intensjonen. En mer utfyllende vurdering vil bli gjort i forbindelse med rapportering etter 3. tertial.

## 2.3 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a trådte i kraft 1. januar 2012. Bestemmelsen lovfester den to-årige prøveordningen som ble etablert 1. juni 2010. § 3-3a lyder:

*For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.*

Det er inngitt 9 varsler fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn i 2. tertial 2012. Av disse ble det i 3 saker ingen tilsynsmessig oppfølging mens de resterende 6 saker er oversendt Fylkesmannen i Oslo og Akerhus for videre vurdering.

Det var ingen utrykninger til sykehuset i 2. tertial.

## 2.4 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Oslo universitetssykehus HF registrerer rutinemessig status i erstatningssaker vurdert gjennom Norsk Pasientskadeerstatning. Antallet klager holder seg forholdsvis stabilt ved Oslo universitetssykehus HF, men øker noe innenfor sykehusene generelt. En tendens er i følge Norsk Pasientskadeerstatning at medholdsprosenten går noe ned nasjonalt. Ved Oslo universitetssykehus HF er medholdsprosenten for 2012 også noe lavere til tross for et uendret antall saker. Sykehuset vil i samarbeid med Norsk Pasientskadeerstatning kommentere denne mulige trenden 3. tertial 2012.

Merk at tidsforskyvning i saksbehandlingen medfører at saker avsluttet i 2012 ofte er saker fra 2011 og 2010.

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2009	392	271	121	31 %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %
2. tertial 2011	145	105	40	26 %
3. tertial 2011	149	105	44	30 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %

Tabell 4. Avsluttede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE

I Tabell 29 i kapittel 8.5 vises fordeling av Norsk Pasientskadeerstatning saker innen de medisinske områdene.

NPE registrerer årsakskategori for erstatningssakene der det er gitt medhold:

Årsaker til medhold i perioden, som angitt av NPE	Antall
Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning	3
Ikke indikasjon for operasjon/behandling	1
Burde vært operert/operert tidligere	3
Feil behandlingsteknikk/metode	2
Feil utstyr eller feilplassering av utstyr	1
Mangelfull kontroll etter utskrivning	1
Mangelfull/manglende/feil medisinerings	2
Mangelfull/manglende behandling	5
Mangelfull journalføring	1

Tabell 5. Årsakskategori for erstatningssakene der det er gitt medhold. Kilde: NPE.

Total erstatningssum var på 36,9 millioner kroner, hvorav 2,3 millioner skal dekkes av foretaket.

Total erstatningssum og sykehusets egenandel i NPE-saker fordelt på medisinske områder vises i Tabell 30 i kapittel 8.6.

## 2.5 Pasientsikkerhetskampanjen

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble planlagt i 2010, startet opp i 2011 og skal etter plan løpe ut 2013. Det blir nå planlagt forlengelse av flere av kampanjeelementene ut over kampanjeperioden. Gjennomføring av kampanjen er et krav i oppdragsdokumentet for 2012.

Kampanjen ble planlagt og startet opp samtidig med fusjons- og reorganiseringsprosessen i Oslo universitetssykehus HF. En vesentlig utfordring for gjennomføring av kampanjen har vært samtidighet med de store arbeidskrevende utfordringene i reorganiseringsarbeidet. Med stort forbruk av begrenset ledelses- og gjennomføringskapasitet i denne perioden har en del kampanjetiltak ikke latt seg gjennomføre.

Det har ikke vært samsvar mellom kampanjens tiltakspakker og det Oslo universitetssykehus HF selv har prioritert som tiltak i forbindelse med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det viktigste strategielementet på området pasientsikkerhet for Oslo universitetssykehus HF, har vært å lære av og

bruke erfaringer fra egen virksomhet i forbedringsarbeidet via et felles verktøy og en enhetlig metodikk. Et slikt tiltak er ikke en del av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.

Kampanjeelement	Deltagelse		Merknad
Pasientsikkerhetskulturundersøkelse	■	■	Lav svarprosent
GTT-målinger og rapportering HF-nivå	■	■	Noen endringer i teamet
GTT-målinger lokalt	■	■	Vår 2013
Gjennomføring av Trygg Kirurgi	■	■	
Evaluering Trygg Kirurgi	■	■	
Resultatoppfølging Trygg Kirurgi	■	■	Høsten 2013
Nettverksarbeid Trygg Kirurgi	■	■	
Nettverksarbeid Avstemming av legemidler	■	■	
Nettverksarbeid Slagbehandling	■	■	
Nettverksarbeid Psykiatri og avhengighet	■	■	
Nettverksarbeid Urinveisinfeksjoner	■	■	Starter i høst
Nettverksarbeid Fallskader	■	■	
Nettverksarbeid SVK-relaterte blodbaneinfeksjoner	■	■	Starter i høst
Nettverksarbeid Trykksår	■	■	Utsatt til februar 2013
Nettverksarbeid Postoperative sårinfeksjoner	■	■	

Tabell 6. Sykehusets deltagelse på elementer i pasientsikkerhetskampanjen angitt med fargene grønn=deltar, gul=forsinket eller redusert deltagelse, og rød=deltar ennå ikke.

### 2.5.1 Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

Pasientsikkerhetskultur kartlegges ved at medarbeidere i alle behandlingseenheter svarer på spørsmål om hvordan de opplever at organisasjonen og teamet de jobber i, prioriterer trygg pasientbehandling. Hensikten med målingene er å gi ledelsen konkret innsikt i hvordan ansatte opplever at pasientenes sikkerhet ivaretas i de ulike avdelingene. Resultatene vil kunne veilede målrettede intervensjoner for å bedre kulturen og styrke pasientsikkerheten.

Undersøkelsen ved Oslo universitetssykehus HF ble gjennomført etter en regional plan der Sykehuspartner deltok med det tekniske opplegget. Svarprosent (38 %) er langt under det andre sykehus har oppnådd og skyldes at mange PC'er hadde sperrer mot svarlinken som ble distribuert fra Sykehuspartner. Til tross for stor innsats for å bøte på dette rent teknisk og oppfordringer om å prøve på nytt med nye linker klarte man ikke å oppnå vesentlig forbedring.

Når det gjelder øvrige resultater så likner de på resultater fra andre sykehus. En tolkning er at de som klarte å svare er fordelt rimelig representativt for alle respondenter, gitt at det var en teknisk årsak knyttet til lokale PC'er. Resultatene er vist på ledersamlinger, i ledermøtet og er distribuert i alle klinikker. Resultatene bør uansett lav svarprosent være et interessant grunnlag for diskusjoner i avdelinger og seksjoner.

Et hovedfunn i undersøkelsen er at ansatte oppgir svak tillit til sykehuset ledelse for eksempel sammenliknet med tillit til lokal ledelse. Funnet er kanskje ikke uventet, gitt de diskusjoner som har vært både i og utenfor Oslo universitetssykehus HF om sykehusorganiseringen i Oslo-området.

	Sikkerhetskultur	Teamarbeid	Ledelse
Kvinne- og barn klinikken	73	76	54
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	75	77	69
Hjerte-, lunge- og kar klinikken	78	78	63
Medisinsk klinikk	71	76	60
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	72	74	60
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	73	75	64
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	77	79	64
Akuttklinikken	72	72	57
<hr/>			
Oslo universitetssykehus HF	74	76	61
Oslo universitetssykehus HF – antall svar	3487	3485	3402

Nasjonalt undersøkelse av pasientsikkerhetskultur - klinikkvis fordeling.

Resultatene viser gjennomsnittsscore for alle som har besvart på en skala fra 0 til 100. der 0 er mest negativt og 100 er mest positivt.

Spørsmålene om sikkerhetskultur dekker tema som til sammen gir et inntrykk av hvor høyt sikkerhet prioriteres i enheten. Dette er et produkt av lokale forhold samt holdninger i omgivelsene og rammene som enheten arbeider under. En kultur der man er opptatt av sikkerhet gir færre uønskede hendelser.

Spørsmålene om teamarbeid dekker tema som til sammen gir et inntrykk av hvor godt de ansatte jobber sammen som et team for å gi best mulig behandling. Enheter der ansatte jobber som velkoordinerte team leverer tryggere pasientbehandling enn enheter der de ansatte ikke jobber som et team.

Spørsmålene om ledelse gir et inntrykk av medarbeiderenes oppfattelse av hvor høyt ledelsen på alle nivå prioriterer sikkerhet.

## 2.5.2 Global Trigger Tool (GTT) målinger og rapportering HF-nivå

I pasientsikkerhetskampanjen kartlegges omfanget av pasientskader ved norske helseforetak. Pasientskader måles gjennom strukturert journalgjennomgang ved bruk av Global Trigger Tool (GTT). GTT er en prosedyre der man leter etter dokumentasjon for pasientskade i et tilfeldig utvalg journaler ved hjelp av konkrete journalopplysninger som kan være markører (triggere) for pasientskade.

Et sentralt team opprettet i Stab har gjort GTT-målinger etter kampanjens metodikk i 2010, 2011 og 1. tertial 2012. Analysene av 2. tertial 2012 pågår nå og vil bli supplert i materialet.

10 tilfeldig pasientjournaler er trukket ut hver 14. dag og analysert av GTT-teamet bestående av 2 sykepleiere og en lege.

### Resultater:

Foreløpige tall for journalgjennomgang av 2. tertial 2012 viser funn av 14 skader hos 13 pasienter (gjennomgang av 80 journaler). Dette tilsvarer 17,5 %, noe som er sammenlignbart med tall fra resten av landet. Av skadene er 3 vurdert som forbigående skade som krever behandling, 10 som forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold og 1 vurdert som en langvarig skade med varige men. 11 av skadene er oppstått i Oslo universitetssykehus HF, 1 i ett annet helseforetak og 1 (den mest alvorlige) utenfor spesialisthelsetjenesten.



Økning i funn av skader ansees som uttrykk for at teamet lærer seg metodikken og blir flinkere til å finne skadene med triggerverktøyet.

### 2.5.3 GTT-målinger i forbindelse med lokale prosjekter.

Et viktig element i kampanjen er å rulle ut et nasjonalt prosjekt på å forebygge postoperative sårinfeksjoner ved å bruke kampanjens virkemidler (riktig hårfjerning, preoperativ antibiotika, forebygging av hypotermi, bruk av sjekklister i trygg kirurgi, måle resultatene med GTT og registrering av postoperative infeksjoner etter NOIS-metodikk). Naturlige områder for slike prosjekter er for eksempel Gastrokirurgi, gynekolog og ortopedi. Oslo universitetssykehus HF har så langt ikke klart å få opp slike prosjekter, men vil trolig få på plass prosjekter i 2013.

### 2.5.4 Trygg kirurgi

Sjekklister for trygg kirurgi er et hjelpemiddel for å redusere avvik fra etablerte prosedyrer i forbindelse med kirurgiske inngrep og derav følgende skader og komplikasjoner.

Et sentralt kampanjemål nasjonalt er bruk av sjekklister i alle relevante enheter i landets sykehus innen utgangen av 2012

Bruk av sjekklister er vedtatt i Ledermøtet som standard ved all operativ virksomhet og implementeringsarbeidet vil fortsette.

Å oppfylle målet om bruk av sjekklister er innen rekkevidde for flere av de gjenstående avdelingene i Oslo universitetssykehus HF.

### 2.5.5 Psykisk helse og rus

Forberedelsene til det nasjonale nettverksarbeidet på dette feltet er ledet fra overlege Oslo universitetssykehus HF. Tiltakspakker er etter plan under utrulling i høst med 2 hovedmål:

- Forebygging av selvmord hos pasienter i døgnopphold.
- Forebygging overdosedødsfall hos rusbrukere etter utskriving.

### 2.5.6 Øvrige nettverkssamlinger

Oslo universitetssykehus HF har deltatt på nettverkssamlinger, for eksempel innenfor samstemming av legemiddellister mellom kommuner og sykehus. Flere nettverksgrupper starter opp høsten 2012.

## 2.6 Klager

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient, pårørende, pasientombud eller Fylkesmann klager på behandling.

	2010	2011			2012	
	T3	T1	T2	T3	T1	T2
Fra Fylkesmannen	44	63	65	65	77	73
Fra pasient / pårørende	103	85	69	96	112	128
Fra Pasientombud	14	18	17	32	27	35

Tabell 7. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet.

Antall klager fra pasienter og pårørende og Pasientombudet viser økning fra samme periode i 2011. Antall saker fra Fylkesmannen alene er på omtrent samme nivå.

Hovedmengden av sakene består av misnøye med adferd og uenighet om behandling/ventetid. Alle saker følges opp i forhold til lovbestemt svarfrist, men sykehuset har fremdeles for mange saker som besvares etter frist. Dette følges opp i tertialmøtene med klinikkene og det forventes bedring.

Stab pasientsikkerhet og kvalitet har kategorisert Fylkesmannens konklusjoner i saker som er registrert som avsluttet i perioden.

	1. tertial 2012		2. tertial 2012	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	31	69 %	28	60 %
Avsluttet med anmerkning	4	9 %	6	13 %
Brudd: på informasjonsplikt	2	22 %	-	28 %
Brudd: på pasientrettigheter	3		-	
Brudd: på krav til journalføring	3		-	
Brudd: på forsvarlighet	2		13	
<b>SUM</b>	<b>45</b>	<b>100 %</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>

Tabell 8. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker.

60 % av de registrerte klagesakene avsluttes uten at Fylkesmannen konkluderer med lovbrudd eller har vesentlige anmerkninger til saken. Fylkesmannen har i 13 av 47 saker vurdert brudd på forsvarlighet, dette er tilsvarende 28 % av sakene.

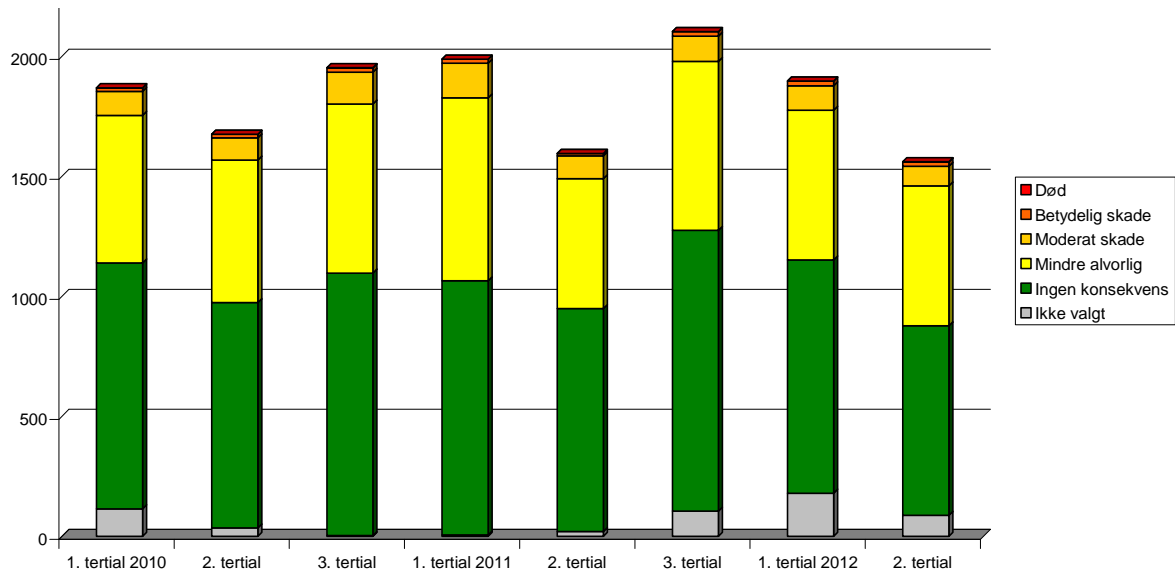
Konklusjonene med brudd på lov eller forskrift dreier seg om:

- for lang tid fra biopsitaking til svaret ble formidlet pasienten
- avdelingen har i for liten grad avklart sitt ansvar for akutt plassering av pasient
- mangelfull faglig helsehjelp og journalføring av telefonsamtaler med annet behandlende sykehus
- operasjon avlyst flere ganger, endelig behandling gitt for sent til å være forebyggende
- mangelfull informasjon til pasient før inngrep (brudd på informasjonsplikten)
- tilfeldig og uforsvarlig medikamentdosering og observasjon av pasient etter operativt inngrep
- ikke tatt CT av pasient med hodeskade, forsvarlighetskravet og journalføringsplikten brutt
- krav til omsorgsfull hjelp etter helsepersonellovens § 4 brutt i en vanskelig konsultasjon
- for sen diagnostikk og behandling etter symptomer på / mistanke om alvorlig tilstand
- ventetid på ny diagnostikk av kreft, ikke lagt allerede foreliggende diagnostikk til grunn
- ventetid på diagnostikk til tross for dramatisk endring i blødningssymptomer
- mangelfull internkontroll knyttet til organisering, ansvar og myndighet, kompetanse, kommunikasjon og samarbeid ved operativt inngrep
- forsvarlighetskravet brutt ved at pasient ikke ble tvangsinnlagt fra første hastevedtaksdato

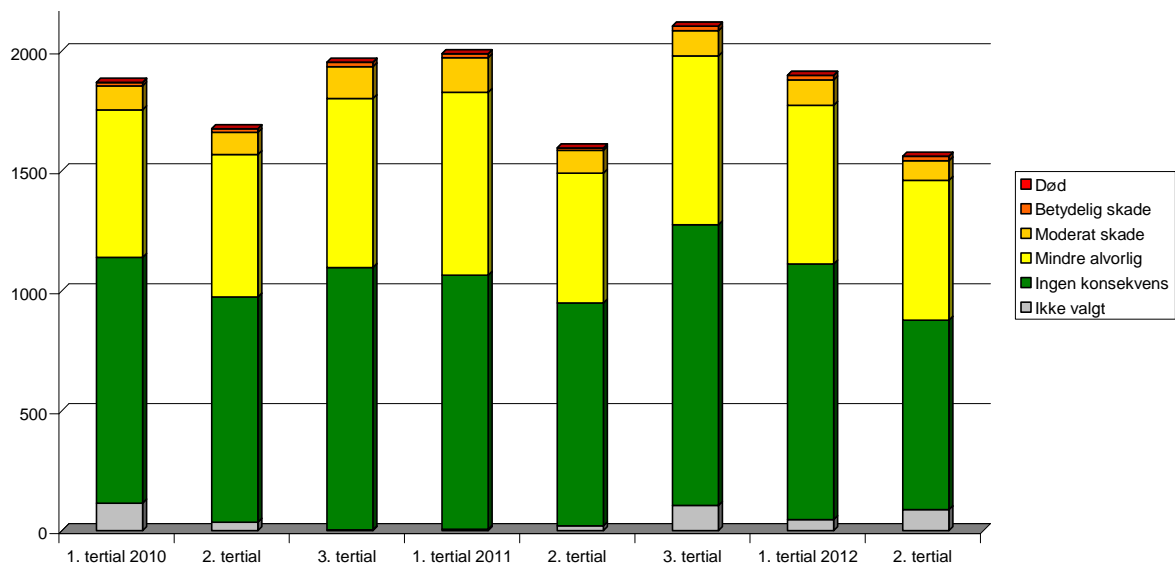
## 2.7 Andre avvik og forbedringsforslag

Avviksregistreringer av typen "Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer: Driftsavvik, laboratorieavvik, informasjonssikkerhet, IK-mat, intern service, samt forbedringsforslag.

Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik" (Figur 6 og Figur 7) viser ingen nye trender. Ca 30 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 6. Andre typer avvik (ikke HMS og pasientrelaterede avvik) - reell konsekvens



Figur 7. Andre typer avvik (ikke HMS og pasientrelaterede avvik) - potensiell konsekvens

## 2.8 Samhandling

### 2.8.1 Samarbeidsavtaler med Oslo kommune

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 er kommunene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven har fått en ny bestemmelse i § 2-1 e. Den fastslår at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene, jamfør styresak 09/2012

I tråd med nasjonal veileder (2011) om lovpålagte avtaler, foreligger det en undertegnet samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og bl.a Oslo universitetssykehus.

Det foreligger i tillegg 8 godkjente tjenesteavtaler. Tjenesteavtale nr.2 "Retningslinjer for innleggelse i sykehus" er fulgt opp med underavtalen:

"Retningslinje for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon." Underavtalen er gjeldende for Oslo universitetssykehus og bydelene i sykehusets opptaksområde.

De andre godkjente tjenesteavtalene gjelder:

- Tjenesteavtale 1 -Koordinerte tjenester
- Tjenesteavtale 2 - Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Tjenesteavtale 3 - Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Tjenesteavtale 4 - utdanning og forskning
- Tjenesteavtale 6 - samarbeid om jordmortjenester
- Tjenesteavtale 7 - samarbeid om lokale IKT-løsninger
- Tjenesteavtale 8 - samarbeid om forebygging
- Tjenesteavtale 9 - Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede

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

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

Tjenesteavtalene må følges opp med utarbeidelse av retningslinjer/rutiner, planer for implementering og oppfølging /veiledning.

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

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Oslo kommune igangsatt et arbeid for å få på plass nødvendige underliggende prosedyrer.

### 2.8.2 Tildeling av Samhandlingsmidler

Syv prosjekter fra Oslo universitetssykehus er tildelt samhandlingsmidler. For kvaliteten i pasientbehandlingen vil sykehusets evne til å samarbeide med de andre delene av helsetjenesten være avgjørende. De samhandlingsprosjektene Oslo universitetssykehus har fått midler til er alle tydelige på hvordan sykehuset skal overføre kompetanse til og samhandle med primærhelsetjenesten.

Prosjektsøknadene fra Oslo universitetssykehus ble fremhevet som meget gjennomarbeidet, tydelige på målformuleringer og godt forankret i forhold til aktuelle samarbeidspartnere.

Søker	Tittel på søknad	Samarbeidspartner	Tildeling 2012
Oslo universitetssykehus HF	Utskrivning til sykehjem - en god samhandling (psykiatri) (2. og 3. års drift)	Skjermede enheter i 5 sykehjem	kr 828 000
Oslo universitetssykehus HF	Famileplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort (FAFUS)	Oslo kommune ved Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, helsestasjoner og fastleger	kr 901 260
Oslo universitets-sykehus HF og Bydel Nordstrand	Samhandling mellom Oslo universitetssykehus og Bydel Nordstrand (LAR)		kr 1 278 000
Bydelene Østensjø, Nordstrand og Oslo universitetssykehus HF	Økt kvalitet på oppfølgingen av pasienter i hjemmetjenesten etter utskrivning fra sykehus - praksiskonsulent (2.års drift)		kr 900 000
Bydelene Bjerke, Nordre Aker og Østensjø og Oslo universitetssykehus HF	Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre		kr 315 000
Oslo universitetssykehus HF	Dialysetilbud i sykehjem	Sykehjemsetaten	kr 796 500
Oslo universitetssykehus HF	Et liv etter hjerneskade	Bydeler, NAV	kr 1 620 000
Oslo universitetssykehus HF	Ambulerende palliativt team til hjem og sykehjem	Bydel Østensjø	kr 1 000 000

Gjennom fagnettverk, kompetansedeling og oppgavedeling må Oslo universitetssykehus bidra til at bare det som er nødvendig sentraliseres mens andre oppgaver desentraliseres. For Oslos befolkning er det spesielt viktig at det er god samhandling med de andre lokalsykehusene i Oslo-området, primærhelsetjenesten og fastlegene. Oslo universitetssykehus har fått tildelt midler til prosjektarbeid som kan bidra til god og trygg utvikling av arbeidsdeling mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Oslo universitetssykehus får mulighet til å være i front med tanke på utvikling av gode samhandlingsmodeller og samhandlingskompetanse i hovedstaden.

Midlene tildeles nyskapende prosjekter med overføringsverdi og prosjekter som kan stimulere gjennomføringen av samhandlingsreformen, dvs. prosjekter som kan vise omstillinger av tjenestetilbudet i kommunen (oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten) og hvordan disse kan gjennomføres. En av hovedutfordringene vil være å utvikle systemer og modeller for å understøtte kommunenes nye rolle i helsetjenesten.

### 3. Opplæring av pasienter og pårørende

Strategi for pasient- og pårørende opplæring ble vedtatt i styremøte 29. mars. Strategien skal bidra til at Oslo universitetssykehus HF aktivt legger til rette for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse. Stab samhandling og internasjonalt samarbeid har hatt fokus på arbeidet med å fremme brukermedvirkning og kompetanseheving blant ansatte. Det arbeides på flere arenaer for å styrke pasientens rolle i behandlingen.

#### 3.1 Aktivitet

Det er økning i antallet registrerte læringstilbud og i antall pasienter og pårørende som har gjennomført et tilbud.

Pasient- og pårørendeopplæring	2. tertial 2011	2. tertial 2012
Antall læringstilbud	63	144
Antall pasienter og pårørende som har gjennomførte tilbud	909	2599

Tabell 9. Pasient- og pårørendeopplæring. Tertialvis inndeling.

Pasient- og pårørendeopplæring	Hele 2011	1. og 2. tertial 2012
Antall læringstilbud	256	247
Antall pasienter og pårørende som har gjennomførte tilbud	3894	4590

Tabell 10. Pasient- og pårørendeopplæring. Årlig inndeling.

Årsaken til økningen er antatt at en større del av opplæringen blir rapportert i år enn tidligere år. Tidligere har det i stor grad vært aktivitet på LMS, mens en nå ser en på klinikkens samlede opplæringsaktivitet.

Spesielt Kvinneklubben og Vardesenteret i KKT står for en stor del av økningen, ved at læringstilbud til pasientgrupper med stort volum nå er meldt inn.

#### 3.2 Etablering av ungdomsråd

Det er opprettet et ungdomsråd for å ivareta barn og unges perspektiv og rettigheter i sykehuset.

Ulike organisasjoner, klinikker, brukerutvalget og kommunehelsetjenesten er representert i ungdomsrådet.

Rådet hadde sitt etableringsmøte 21. juni, og Oslo universitetssykehus HF er med dette et foregangssykehus på medvirkning for unge. Sykehuset har fått mange positive medieoppslag på saken.

#### 3.3 Rådet for barn som pårørende

Rådet ble etablert i februar med det formål å hjelpe barn og foreldre til å mestre situasjonen når foreldre opplever sykdom eller skade, samt å forebygge problemer hos risikoutsatte barn og unge.

I henhold til vedtatte mandat er rådets oppgave å bidra til veiledning, oppfølging og kompetanseutvikling av de barneansvarlige. Det er oppnevnt ca. 200 fagpersoner ved alle sykehusets

enheter til dette arbeidet. Rådet arbeider med å etablere rutiner for videreutvikling av samarbeidsformer med bydeler og andre sykehus, og rådet har en koordinerende funksjon. Rådet består av en barnekoordinator fra hver klinikk, representant fra brukerutvalget og en representant fra Oslo kommune.

### **3.4 Strategiplan for brukermedvirkning**

I samarbeid med brukerutvalget utarbeides det en overordnet strategi for brukermedvirkning i sykehuset. I tråd med sykehusets oppdrag for 2012 skal planen fremmes for styret til godkjenning innen årets utgang.

### **3.5 Læringstilbud til pasienter og pårørende – omfang og tilgjengelighet**

I henhold til sykehusets mål om å øke antall gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende, viser tall fra 2. tertial 2012 en klar økning både i antall kurs og antall pasienter og pårørende som gjennomfører læringstilbud sammenlignet med 2. tertial 2011.

Det er etablert nye nettsider der alle opplæringstilbud finnes på ett sted og er gjort lett tilgjengelig for pasient og pårørende.

### **3.6 Kompetanseheving i pasient- og pårørendeopplæring**

Det er etablert et kompetansehevingsprogram for ansatte og brukere som arbeider med pasient- og pårørendeopplæring. Dette vil kunne sikre en felles plattform innenfor tema som brukermedvirkning, kompetansekrav og metoder for læring og mestring.

Programmet vil bestå av tre moduler. Grunnmodulen testes i høst gjennom en pilot og vil være en del av sykehusets opplæringsprogram fra 2013. Grunnmodulen består av fire samlinger og omfatter sentrale tema med teori, refleksjonsoppgaver mellom samlingene, samt muntlige og skriftlige presentasjoner knyttet til egen praksis.

### **3.7 Forskningsprosjekt: læring og mestring ved kronisk sykdom**

For ytterligere å styrke fagområdet deltar Oslo universitetssykehus i et omfattende forskningsprosjekt knyttet til læring og mestring ved kronisk sykdom.

En forstudie som omhandler endringsprosesser hos personer som har gjennomført kurs ved lærings- og mestringssentra (LMS) er foreløpig publisert i fem artikler i inn og utland. En rekke artikler er sendt inn til vurdering for publisering. De publiserte artiklene er tilgjengelige på hjemmesiden til seksjon for pasient- og pårørendeopplæring.

## 4. Utdanning av helsepersonell

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 2. tertial 2012, blant annet:

### **Samarbeidsavtaler**

Det er i 2. tertial inngått nye/reviderte samarbeidsavtaler mellom Oslo universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus, Lovisenberg Diakonale høgskole og Fagskolen i Østfold. Det er samarbeidsavtaler under utarbeidelse mellom sykehuset og Høgskolen i Buskerud, Diakonova.

Som ledd i oppfølging av samarbeidsavtalen med Høgskolen i Oslo og Akershus er det etablert et profesjonsrettet fagråd i sykepleie mellom sykehuset og høgskolen.

Sykehuset har videre samarbeidet med høyskolene ift utarbeidelse av nye utdanningsløp: bachelor i allmennsykepleie, master i klinisk avansert sykepleie og bachelor i paramedic.

### **Utdanningskapasitet spesialsykepleiere og praksisplasser for sykepleiere**

Det har vært spesiell fokus på tiltak for å bedre utdanningskapasitet for videreutdanninger (spesialsykepleiere) og tilstrekkelig antall praksisplasser for hhv bachelorstudenter (sykepleie) og videreutdanningsstudenter, jf risikoanalyse for 1. og 2. tertial 2012. Det har vært arbeidet med å stimulere fagmiljøene til å søke midler for å styrke kvaliteten på veiledning i praksis.

### **Hospiteringsordninger**

Sykehuset har i 2. tertial mottatt utenlandske medisinstudenter gjennom utvekslingsprogrammet til International federation of Medical Students' Associations. Sykehuset arbeider med å etablere retningslinjer for hospitering, herunder søknadshåndtering. Dette har lenge vært et uoversiktlig felt på alle de tre tidligere sykehusene, og pågangen er økende fra både enkeltstudenter, studentorganisasjoner, UiOs partneruniversiteter i utlandet m.fl. Etterspørselen etter hospiteringsplasser er langt større enn hva sykehuset har mulighet for å ta i mot, og det er påkrevd med bedre rutiner og informasjon.

### **Spesialistutdanning for leger**

Omorganiseringen av sykehuset medfører at organiseringen av flere av spesialistutdanningene for leger er endret. Dette medfører at sykehuset må søke Helsedirektoratet om godkjenning av endringene. Arbeidet med omorganiseringene og søknadsprosessene startet i første tertial og fortsetter gjennom året. Sykehuset har også deltatt i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet som skal vurdere behovet for endringer i spesialitetsstrukturen for leger, herunder vurdere om spesialistutdanningene er i tråd med fremtidige behov for helsetjenester.

### **Endringer i turnusordningen for leger**

Sykehuset leverte høringsuttalelse til Helse Sør-Øst 24.8.2012 vedrørende forskriftsendringer som innfører ny turnustjeneste for leger. Oslo universitetssykehus HF støtter departementets forslag til organisering av turnustjenesten, men det ble lagt vekt på viktigheten av at kandidatene har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i norsk språk og at den nye turnusordningen er en god anledning til å bedre kvaliteten med utarbeidelse av konkrete læringsmål.

### **Synliggjøring av utdanningsaktiviteter ved sykehuset**

Det har vært arbeidet med bedre synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter på inter- og intranettsider for sykehuset. Jf sider under oppbygging:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/utdanning/Sider/side.aspx>



## 5. Forskning og utvikling

### 5.1 Vurdering av forskningsaktivitet

Tallene viser fortsatt god forskningsaktivitet, men i risikoanalyser fra klinikkene meldes det om press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning. I tillegg viser tallene for publisering og doktorgrader ved landets øvrige sykehus, at andre sykehus i foregående år har hatt en relativt sterkere økning enn ved Oslo universitetssykehus HF målt i publikasjons- og doktorgradspoeng. Det er den relative fordelingen i poeng mellom regionene som avgjør nivået på forskningstildelingene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF sin andel nasjonalt, målt i poeng, har falt fra om lag 51 % til 46 % de senere år. Årsakene til dette er sammensatt og vil bli nærmere analysert.

Antall registrerte artikler (Tabell 11) akkumulert pr. 2. tertial 2012, er totalt sett høyere enn foregående år. Registreringene for 2012 har imidlertid ikke vært igjennom like nøye kontroll som 2011-tallene, slik at den reelle økningen trolig er noe mindre. Antall publikasjonspoeng (Tabell 12) viser en oppgang totalt. Poengene vil antakelig gå noe ned når alle institusjoner har kontrollert materialet, fordi det skjer en korrigering og komplettering av adresser. Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, øker fortsatt, som en konsekvens av økt ekstern finansiering i de foregående årene.

Det langsiktige målet for Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF er økt forskningsaktivitet og økt ressursbruk til forskning. Dersom sykehuset skal nå målene om økt forskningsaktivitet og ressursbruk, må særlig prioritet gis til planlegging av tid til forskning, skjerming av interne forskningsbudsjetter, økt kvalitet på søknader om ekstern finansiering samt tilstrekkelige forskningsarealer i de løpende omstillings- og flytteprosessene.

Antall publiserte vitenskaplige artikler, akkumulert pr 2. tertial:

Klinikk	31.8.2010 1+ 2. Tertial	31.8.2011 1+ 2. Tertial	31.8.2012 1+ 2. Tertial
Klinikk psykisk helse og avhengighet	70	77	93
Medisinsk klinikk	181	172	201
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	149	143	168
Kvinne- og barneklubben	125	137	150
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	313	340	326
Hjerte-, lunge- og karklubben	119	115	128
Akuttklubben	36	35	49
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	277	300	314
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	65	73	63
<b>TOTALT (unike artikler)</b>	<b>996</b>	<b>1040</b>	<b>1121</b>

Tabell 11. Antall publiserte vitenskaplige artikler, akkumulert pr 2. tertial

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no). Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus HF eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 1.9.2012. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for totalt er hver artikkel kun talt én gang, og er dermed ikke summen av de andre tallene.

Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 2. tertial:

Klinikk	31.8.2010 1+ 2. Tertial	31.8.2011 1+ 2. Tertial	31.8.2012 1+ 2. Tertial
Klinikk psykisk helse og avhengighet	47,2	40,9	56,7
Medisinsk klinikk	93,5	88,5	87,2
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	81,4	72,8	91,8
Kvinne- og barneklubben	54,3	61,6	64,0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	210,9	206,5	217,7
Hjerte-, lunge- og karklubben	56,2	65,2	64,2
Akuttklubben	17,7	22,0	20,5
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	149,6	146,4	159,2
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	19,7	23,1	18,7
<b>TOTALT (unike artikler)</b>	<b>717,6</b>	<b>714,5</b>	<b>778,1</b>

Tabell 12. Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 2. tertial

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene. Tall er hentet fra helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 11.9.2012. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes, men nå basert på forfatterandeler. Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

Antall doktorgrader, akkumulert pr 2. tertial:

Klinikk	31.8.2010 1+ 2. Tertial	31.8.2011 1+ 2. Tertial	31.8.2012 1+ 2. Tertial
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5	10	6
Medisinsk klinikk	7	5	10
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13	10	14
Kvinne- og barneklubben	9	11	5
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	26	21	26
Hjerte-, lunge- og karklubben	4	8	8
Akuttklubben	1	0	2
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	14	16	22
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	0	1	0
<b>TOTALT</b>	<b>79</b>	<b>82</b>	<b>93</b>

Tabell 13. Antall doktorgrader, akkumulert pr 2. tertial

Tallene for 2012 er basert på gjennomgang av Universitetet i Oslo sine disputasoversikter primo september 2012. Det kommer normalt noen suppleringer vedrørende andre universiteter, samtidig som noen kan bli tatt ut av lista eller bli delt poengmessig, fordi innsatsen fra helseforetakssiden er begrenset/fordelt på flere. Tall for 2010 og 2011 er hentet fra årsrapportene til Stiftelsen Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU).

## 5.2 Vurdering av innovasjonsaktivitet

Innovasjonsaktiviteten er høy ved sykehuset. Det er levert 34 DOFI (innmeldte oppfinnelser) hittil i år sammenlignet med 49 i hele fjor. Som tidligere er det Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Kreft-, kirurgi-, og transplantasjonsklubben som utmerker seg. Dette kan ha sammenheng med at Inven2, etter avtale med klinikkene, har valgt å ha en innovasjonsmedarbeider fast stasjonert i klubben én dag i uken.

Antall aktive innovasjonsprosjekter er om lag som i forrige tertial. Aktive prosjekter fordeles i henhold til de nasjonale innovasjonsindikatorerne på tre faser i utviklingen (konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering). Av de 53 prosjektene som håndteres av Inven2<sup>1</sup> er hele 32 i en verifiserings- eller utlisensieringsfase. Idépoliklinikken i Oslo universitetssykehus HF arbeider med flere prosjekter som berører ventetider og pasientflyt. I denne type prosjekter er tjenstedesign et viktig verktøy.

Klinikk	2. tertial 2012		Akkumulert 2. tert. 2012		Totalt 2011	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet						3
Medisinsk klinikk	2	1	3	1	4	
Klinikk for kirurgi og nevrofag				1	2	4
Kvinne- og barneklivikken		1	1	2	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	2	4	9	10	16	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2	1	2	1	5	
Akuttklinikken		2	1	2	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	5		15		15	3
Oslo sykehuservice og Direktørens stab		1	3	4	3	4
Utenfra – ikke ansatte ved sykehuset		1		5		8
<b>SUM</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>26</b>

Tabell 14. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus

Alle patenterbare oppfinnelser sendes på eget skjema til Inven2 (DOFI, Disclosure of Invention) og håndteres av Inven2. Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare idéer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner.

### Innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus pr 2.tertial 2012

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet		1
Medisinsk klinikk	7	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	1
Kvinne- og barneklivikken	1	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	20	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	4	1
Akuttklinikken	2	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	13	2
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	4	3
<b>SUM</b>	<b>53</b>	<b>12</b>

Tabell 15. Alle pågående innovasjonsprosjekter, uavhengig av når innmeldt/startet.

<sup>1</sup> Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus

## 6. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

### 6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Antall brudd for andre tertial 2012 viser en økning fra første tertial fra 7571 til 9333 brudd på reglene for tillatt arbeidstid per dag, uke og fire uker, samt årsregelen. Brudd på årsregelen utgjør kun 54 av de 9333 bruddene. Utviklingen knyttes til flere tilfeller av brudd i feriemånedene.

Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 ser man en positiv utvikling for foretaket med 29,5 prosent nedgang.

Antall brudd per klinikk for andre tertial 2012:

Klinikk	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	775	638	567	0	1980
Medisinsk klinikk	617	573	460	16	1666
Klinikk for kirurgi og nevrofag	179	274	159	0	612
Kvinne- og barneklubben	304	343	278	0	925
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	200	259	176	3	638
Hjerte-, lunge- og karklubben	179	123	101	0	403
Akuttklubben	954	663	573	31	2221
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	367	351	133	4	855
Oslo sykehusservice	4	19	10	0	33
<b>Totalt</b>	<b>2995</b>	<b>2768</b>	<b>2051</b>	<b>54</b>	<b>9333</b>

Tabell 16. Antall brudd per klinikk for andre tertial 2012.

Hjerte-, lunge- og karklubben, Akuttklubben og Oslo sykehusservice viser en nedgang i alle typer brudd fra første til andre tertial. Klinikk for kirurgi og nevrofag går også ned i brudd på dag- og fireukersregelen, mens brudd på ukesregelen er om lag uendret. Akuttklubben har hatt en særlig positiv utvikling gjennom 2011 og 2012. Klubben har for andre tertial 2012 om lag 23 prosent av bruddene totalt for foretaket, mot nærmere 38 prosent tilsvarende periode i 2011.

Rekrutteringstiltak innen kritiske personalgrupper sammen med tiltak som bedre tilgang på kompetente vikarer og ekstravakter, bruk av forskjøvet arbeidstid, inngåelse og korrekt registrering av avtaler for å hindre at brudd utløses, samt sykefraværarbeid, har vist en god effekt. Det er også iverksatt målrettede prosjekter mot enheter med særskilte utfordringer i flere klubber, samt kompetanseheving av ledere og informasjon i klubben.

Årsakene til overtid er mange. For de klubbene med økning i antall brudd fremheves kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet og utsatte enheters sykefravær som hovedårsaken til at tilfeller av brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker. Klubbene som har en økning i brudd er Kvinne- og barneklubben, Klinikk for psykiatri og avhengighet, Medisinsk klinikk, Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon.

I løpet av høsten 2012 vil både generelle og målrettede tiltak iverksettes ved alle klubber. Felles for klubbene som har et økt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene er:

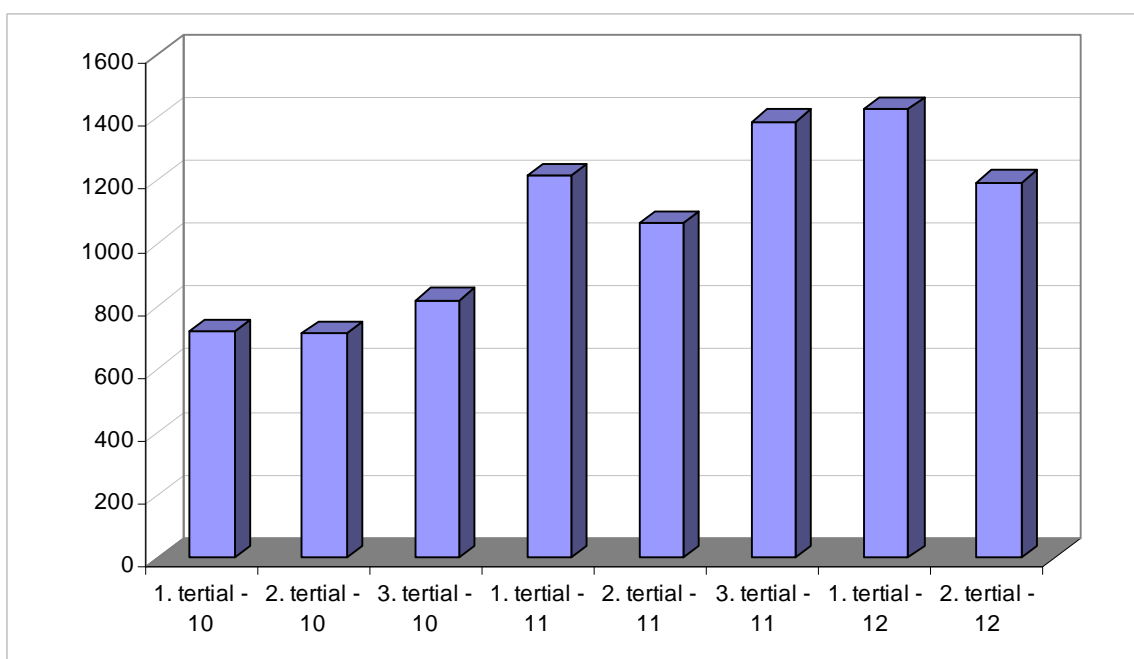
- Rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse i utsatte enheter
- Benytte personalressurser på tvers og samtidig sikre kontroll med ressursene på tvers av enheter
- Tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging i utsatte enheter
- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i klubben

## 6.2 HMS (Helse Miljø Sikkerhet) avvik

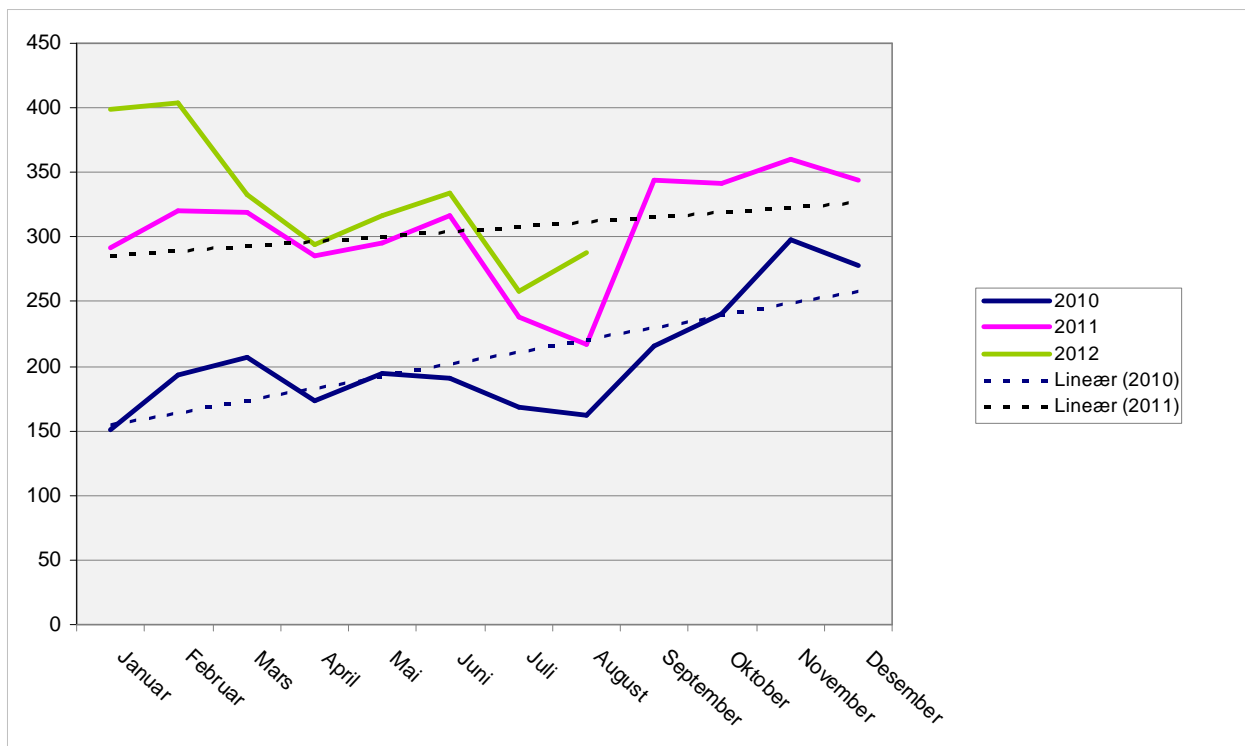
HMS avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus HF har for HMS. Det er også forhold som er i strid med HMS krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes helse negativt.

### 6.2.1 Registrerte HMS-avvik

Under sees en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2010 til og med 2. tertial 2012:



Figur 8. Utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2010 til 2. tertial 2012.



Figur 9

Det ble meldt 1.196 HMS-avvik i 2. tertial 2012 sammenliknet med 1.066 HMS-avvik i samme periode i 2011, hvilket utgjør en økning på ca. 12 %. Snittøkningen i 2011 sammenliknet med 2010 var 60 %. Økningen ser således ut til å flate ut. Dette antas i hovedsak å skyldes at HMS registreringer i avvikssystemet blir stadig bedre kjent, og tas i bruk av flere i organisasjonen.

Et økende antall ledere gir uttrykk for at avvikssystemet er et godt verktøy for å følge opp uønskede hendelser og forhold hvor gjennomføring av tiltak fører til risikoreduksjon og arbeidsmiljøforbedring.

Fortsatt mottas imidlertid informasjon om ansatte som ikke kjenner til avvikssystemet, og også om ansatte, verneombud og ledere som angir meldetretthet, manglende tro på og delvis resignasjon på at det nytter å melde fra om forhold som har gitt eller kan medvirke til helsebelastninger for ansatte i deres arbeid i Oslo universitetssykehus HF. Andre begrunner fravær av avviksregistrering med arbeidspress og mangel på tid til slik aktivitet.

I likhet med 2010 og 2011 gjelder dette særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret, men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr.

For eksempel gjelder dette forhold knyttet til innendørs klima som lys/luft/ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare eller ødelagte senger og utstyr m.m.

Enkelte ansatte og ledere lar også være å registrere HMS avvik fordi det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse med omorganisering med måltall om nedbemanning.

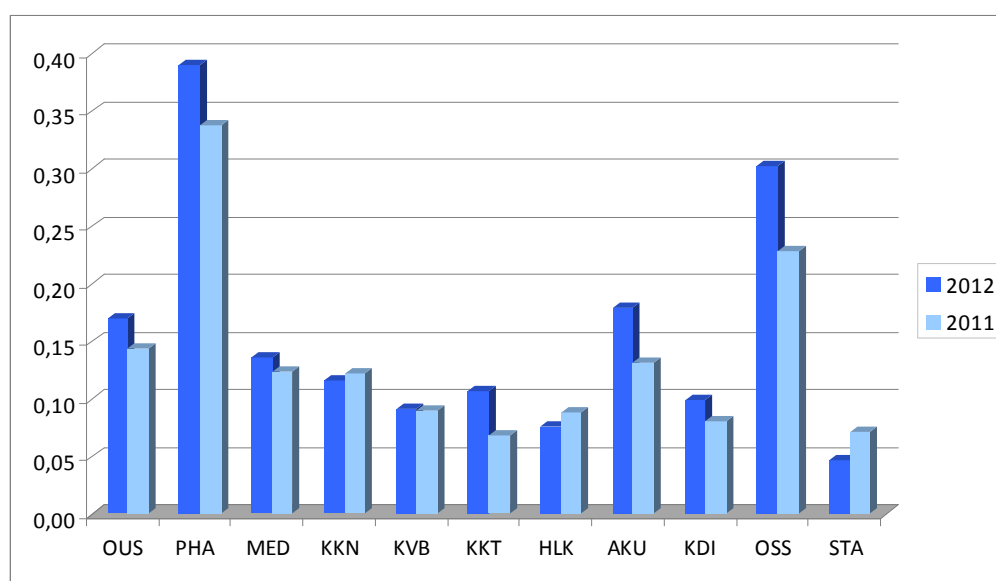
Begrunnelser som oppgis er flere:

- Mulige ukjente negative konsekvenser for fortsatt eksistens av egen enhet når det registreres avvik i omstillingstider.

- Mangelfull aksept og respekt for melding av avvik, herunder erfaring med at enkelte ledere lukker HMS-avvik raskt uten at forbedringstiltak blir iverksatt.
- Forekomst av muntlige tilbakemeldinger som kan inneha både indirekte trussel og direkte budskap om konsekvenser for videre yrkeskarriere i Oslo universitetssykehus HF, eller andre former for sanksjoner overfor ansatte som registrerer avvik.

Slike erfaringer kan bidra til å skape usikkerhet og vegring hos enkelte mot å registrere avvik, særlig i en tid der mulige konsekvenser kan innvirke på beslutninger om fortsatt ansettelse/ videre karrieremuligheter i Oslo universitetssykehus HF. Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt er underrapportering av HMS avvik i Oslo universitetssykehus HF.

## 6.2.2 Registrerte HMS-avvik / årsverk



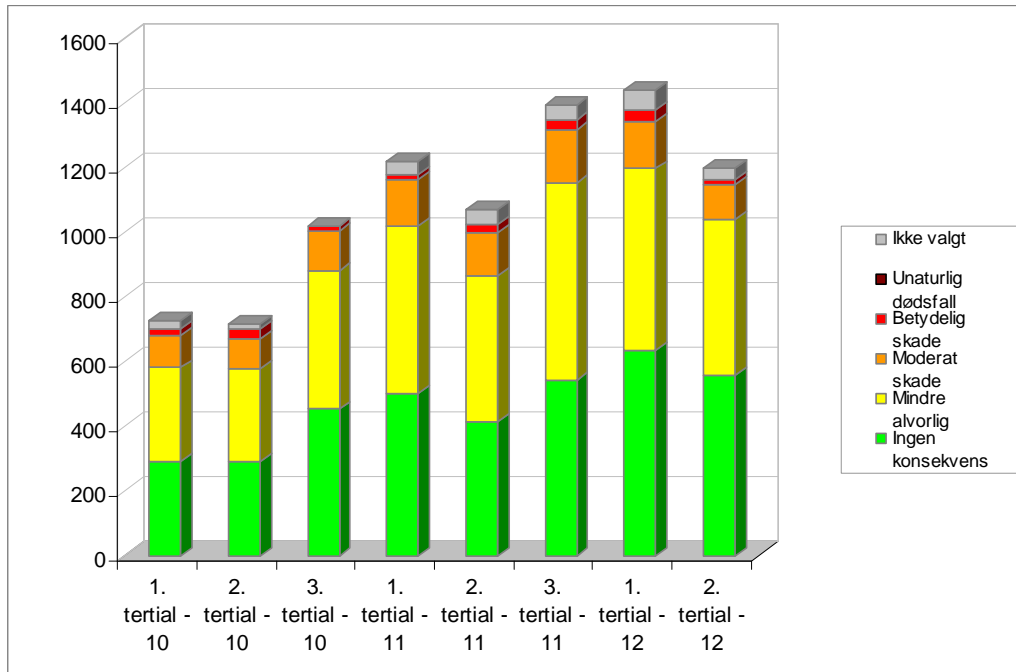
Figur 10. Totalt antall registrerte HMS-avvik i pr. 2. tertial 2012 sammenliknet med tilsvarende periode foregående år fordelt på årsverk

Snittet for Oslo universitetssykehus HF har steget fra 0,14 avvik/årsverk til 0,17 avvik/ årsverk. Det betyr at meldefrekvensen fortsatt er stigende.

Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,39 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,07 (Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken). Aller lavest er stabene med 0,05 avvik/årsverk. Oslo sykehuservice ser ut til å ha en stor økning i 2. tertial, men dette skyldes i stor grad overføring av avvik til Oslo sykehuservice fra andre klinikker. Gjelder eksempelvis "Orden og renhold" og "Bygninger med tilhørende tekniske anlegg".

Forskjellene klinikkene imellom representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og daglig systematiske HMS aktivitet.

### 6.2.3 Reell konsekvens



Figur 11. For hele Oslo universitetssykehus HF

Figur 11 viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall.

Vi ser at ca. 87 % av de registrerte HMS-avvikene i 2. tertial 2012 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). I 2011 var dette snittet 80 %.

Ingen HMS avvik medførte unaturlig dødsfall/katastrofal faktisk konsekvens.

14 HMS-avvik ble vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens, og 111 til moderat faktisk skade/konsekvens. I de fleste alvorlige avvikene anses det vurderte risikonivået som rimelig. Enkelte avvik er imidlertid ut fra informasjonen i avviket vurdert noe høyt. Dette kan ha sammenheng med at mulig konsekvens for pasient også er tatt med i vurderingen.

Tiltaksstatus er gjennomgått for de 14 HMS-avvikene vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens:

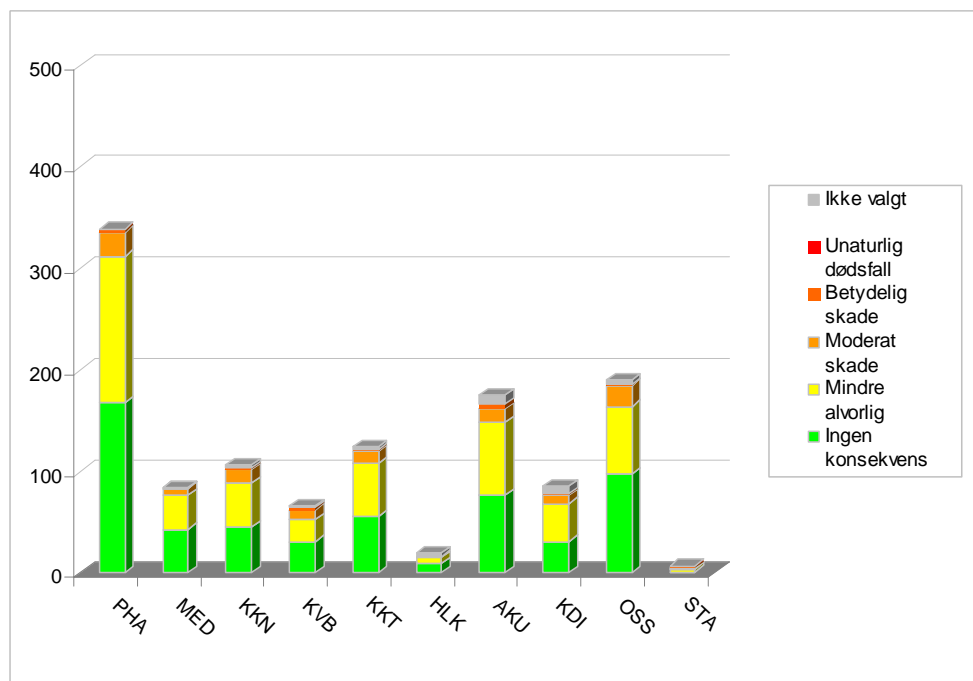
Avvikstype	Lukket Tiltak OK	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Tiltak OK	I arbeid Ingen tiltak
Bemanning				1
Inneklima				2
Smittevern	1			
Stikkskade med smitterisiko				1
Fall, slag, støt, klem, kutt	1			
Annen skade på ansatt	2			
Usikret område			2	
Senger	1			
IT			1	
MTU				1
Manglende vedlikehold av uteområde		1		

Tabell 17. Tiltaksstatus er gjennomgått for de 14 HMS-avvikene vurdert til betydelig faktisk skade/konsekvens



53 av avvikene med moderat skade er innen avviksgruppen "Skade på ansatt" med 15 "Fysisk vold", 12 "Muskel/skjelettskade" og 11 "Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt". Mens 36 er innen "Arbeidsmiljø" med 8 "Bemanning", 8 "Arbeidspress" og 5 "Inneklima".

Reell konsekvens for klinikkene 2. tertial 2012:



Figur 12

## 6.2.4 Potensiell konsekvens

Registrering av potensiell konsekvens er en skjønsmessig vurdering av konsekvens hvis tilsvarende hendelse/forhold oppstår på nytt. Nivået registreres av melder men kan endres senere av saksbehandler.

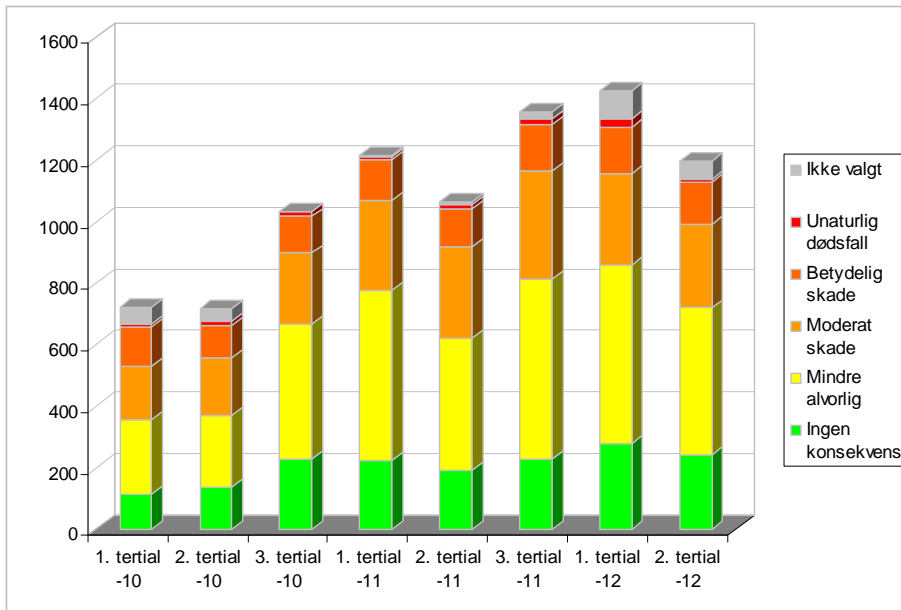
Registrering av potensiell konsekvens viser generelt en mer alvorlig risikoprofil enn den faktiske.

I perioden er ca. 60 % av HMS-meldingene vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig potensiell konsekvens, mens de resterende 40 % vurderes innen gradene: moderat skade, betydelig skade og unaturlig dødsfall/katastrofal skade.

11 avvik er skjønsmessig vurdert potensielt å kunne medført unaturlig dødsfall/katastrofal skade. 5 av disse er knyttet til "Brann" mens de resterende 6 fordeler seg seg jevnt utover avvikstypene.

137 avvik kunne potensielt ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er;

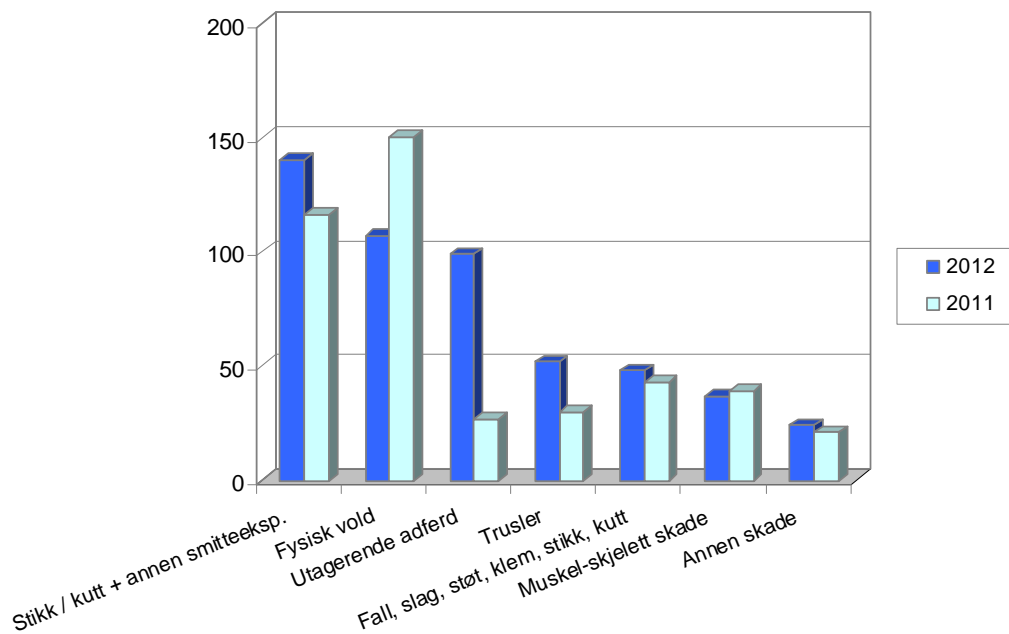
- 16 "Fysisk vold"
- 12 "Smittevern"
- 12 "Brudd på sikkerhetsbestemmelser"
- 10 "Sikk/kutt med smitterisiko"
- 9 "Rømningsveier"
- 9 "Bemanning"
- 6 "Muskel/skjelettskade".



Figur 13. Potensiell konsekvens.

## 6.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene

### 6.3.1 Skade på ansatt



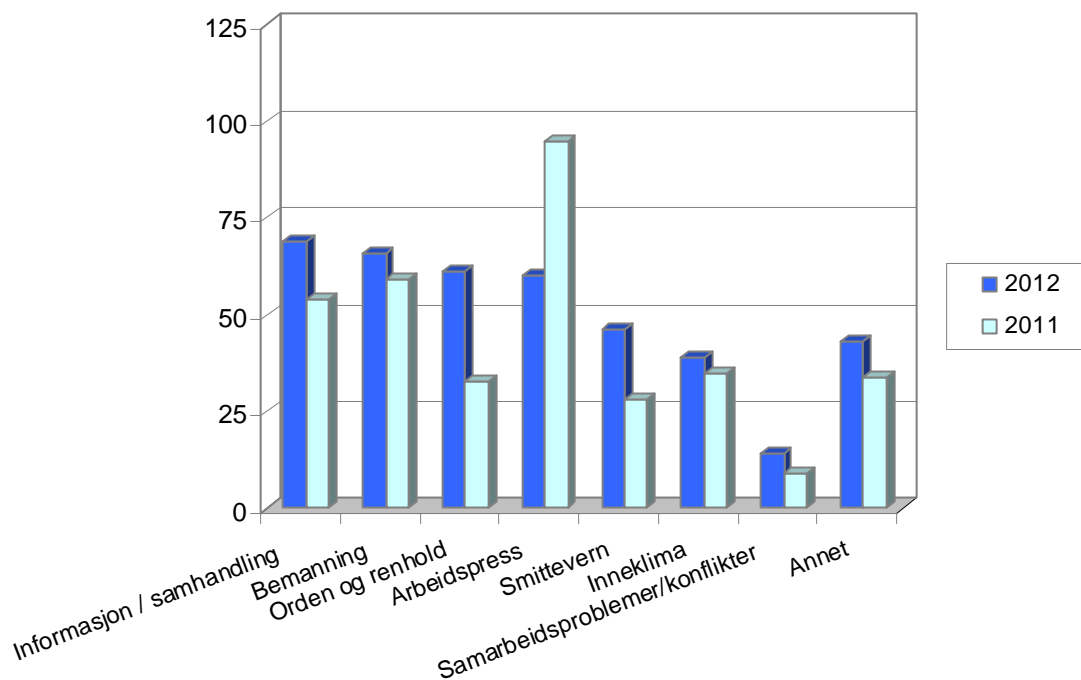
Figur 14. Skade på ansatte

Totalt ble det registrert 507 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 2. tertial 2012 mot 426 i samme periode i 2011, hvilket er en økning på 19 %.

Avviksgruppen "Fysisk vold" er betydelig redusert sammenliknet med samme periode i 2011. Dette er imidlertid ikke uttrykk for en reduksjon totalt sett. For hvis vi legger i sammen "Fysisk vold", "Trusler" og "Utagerende adferd" får vi 228 i 2012 mot 207 i 2011. Altså totalt sett en svak økning. Det er bare fordelingen som har endret seg.

Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader + annen smitteeksponering" med 140 avvik. Nest størst var "Fysisk vold" med 107 avvik om sammen med avviksgruppene "Utagerende adferd" (99 avvik) og "Trusler" (52 avvik) reflekterer et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold, trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter innen psykiatri og rus (PHA). Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold. Den nest største avviksgruppen var "Stikk/kutt med smitterisiko og Annen smitteeksponering" hvor det ble meldt 129 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger. I kolonnen inngår annen skade: kjemikalieeksponering, stråleeksponering og andre skader (hud, luftveier, sansorganer etc.).

### 6.3.2 Arbeidsmiljø



Figur 15

Totalt ble det registrert 398 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 2. tertial 2012 mot 347 i samme periode i 2011, hvilket utgjør en økning på 15 %. Organisasjonen blir med andre ord stadig flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

Største avviksgruppe er "Informasjon og samhandling" som har økt med 30 % siden 2011. Det dreier seg oftest om utilstrekkelig kommunikasjon og informasjon mellom enheter og mellom ansatte.

Og også i noen grad mangel på gjensidig respekt.

Eksempler på avvikstitler er:

- Dårlig planlegging i forhold til pasienter
- Dårlig koordinering
- Avlyst poliklinikk
- Mangelfulle opplysninger
- Mangelfull dokumentasjon
- Vaktlege uteble fra nattevakt
- Verbalt utfall
- Uhøflig opptreden
- Samarbeidsutfordring
- Forsinket ambulanse
- Manglende legevisitt
- Overbooket program

Nest største avviksgruppe er "Bemanning" som har økt med 10 % sammenliknet med samme periode i 2011. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver.

Eksempler på avvikstitler er:

- Mangelfull bemanning
- Underbemanning
- For lav grunnbemanning
- Bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå
- For lite legeressurser
- For lite sykepleierressurser
- Mangler pasientkoordinator/portør

Tredje største avviksgruppe er "Orden og renhold" med omtrent en dobling i forhold til samme periode i 2011. Denne avviksgruppen økte for øvrig mye i 1. tertial 2012, og hadde 101 avvik, mens det nå i 2. tertial var 61 avvik.

Nesten alle avvikene er relatert til renhold, kun noen få til orden. Det meldes avvik relatert både til pasientarealer og til ansattarealer.

Eksempler på avvikstitler er:

- Mangelfullt renhold
- Dårlig renhold
- Mangelfull vask av undersøkelsesrom
- Mangelfull vask av behandlingsrom
- Mye støv
- Mye støv og skitt
- Sjøppel ikke tømt
- Mangler hovedrenhold
- Manglende oppfølging av renholdsrutiner.

I "Annet" inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø, annet HMS.

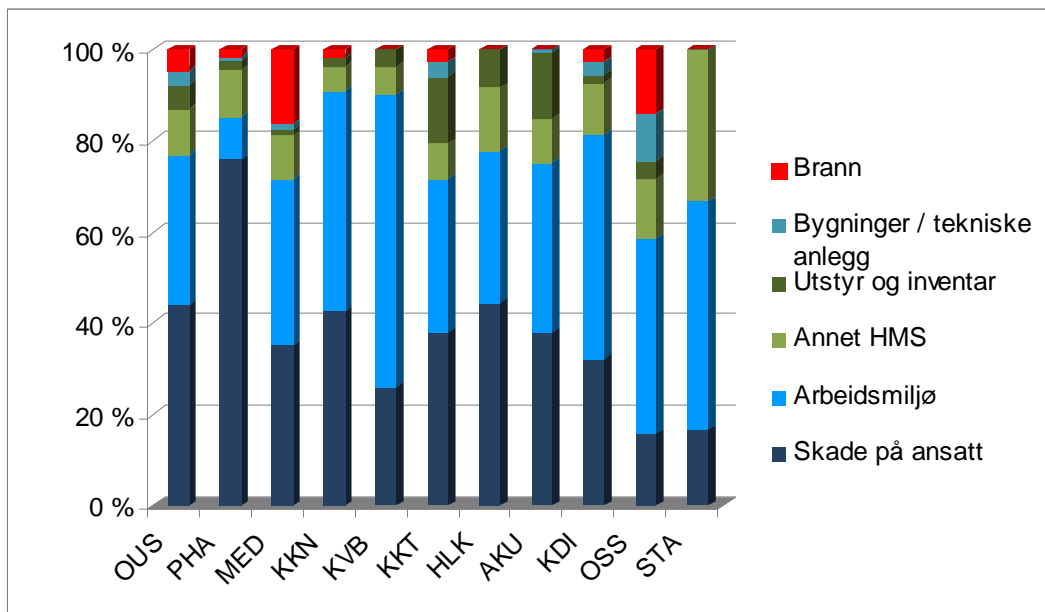
### 6.3.3 Klinikkvis meldeprofil

Tabell 18 viser en oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene:

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeids miljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Klinikk psykisk helse og avhengighet	339	239	46	33	6	9	6
Medisinsk klinikk	84	32	33	6	3	3	7
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	106	52	43	6	2	2	1
Kvinne- og barneklubben	66	25	35	5	0	0	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	124	34	62	11	10	2	5
Hjerte-, lunge- og karklubben	20	7	8	3	2	0	0
Akuttklubben	175	51	67	24	29	3	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	85	37	33	9	4	1	1
Oslo sykehus service	190	30	70	31	16	19	24
Direktørens stab	7	0	1	0	5	0	1
Oslo universitetssykehus HF	1196	507	398	128	77	39	47

Tabell 18. HMS-avvikstypene fordelt på hovedkategorier.

Ovennevnt er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsmessig fordeling av avvikstypene i de forskjellige klinikkene:



Figur 16

Figuren avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer i klinikkene.

Nedenunder nevnes de største avviksgruppene i hver klinikk:

Klinikk	De største avviksgruppene
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Utagerende adferd, fysisk vold, trusler, brudd på sikkerhetsrutiner, info/samhandling
Medisinsk klinikk	Stikkskader, fysisk vold, bemanning, info/samhandling, arbeidspress, brann.
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, fysisk vold, info/samhandling, arbeidspress, smittevern
Kvinne- og barneklubben	Stikkskader, arbeidspress, bemanning, muskel/skjelettskader, info/samhandling
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	Stikkskader, arbeidspress, info/samhandling, bemanning, smittevern
Hjerte-, lunge- og karklubben	Stikkskader – ellers jevnt fordelt - ingen trender
Akuttklubben	Info/samhandling, bemanning, stikkskader, fysisk vold, arbeidspress
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern, annen smitteeksponering, bemanning
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, rømningsveier, innelima
Direktørens stab	Enkeltavvik – ingen trender

Tabell 19

## 7. Kommunikasjon og omdømme

### 7.1 Pasienter og pårørende

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er internett. Til sykehusets egen og regionens felles nettløsning leveres fortløpende felles helsefaglig pasientinformasjon om sykdommer, undersøkelser og behandlinger.

I januar startet avdelingen et prosjekt som arbeider særskilt med foredling av pasientkommunikasjonen, både på nett, papir og i andre kanaler (f eks sosiale medier). I andre tertial har det vært arbeidet særlig med Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjoner, Hjerte-, lunge- karklinikken, og Klinikk for kirurgi og nevrofag. Prosjektet videreføres nå i øvrige klinikker.

Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av andre tertial 2012 på nettsiden er:

- 300 diagnoser
- 92 undersøkelser
- 179 behandlinger

Dette er publisert slik at de også er tilgjengelige for andre sykehus i regionen (og understøtter dermed regional løsning) og den offentlige helseportalen helsenorge.no. 381 enheter (Klinikker, avdelinger, sentre og seksjoner) presenterer seg på nett, inklusive 32 kompetansetjenester og fagmiljøer (nasjonale og regionale).

I tillegg har den praktiske informasjonen fått et løft, inkludert nye kart for de fire hovedsykehusene Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Arbeidet med å digitalisere disse er påbegynt. Stab samhandling arbeider nå med opprettelsen av flerspråklige sider, Det nyopprettede ungdomsrådet har fått egne nettsider samt at lærings- og mestringstilbudet er løftet med nettbaserte rom og en systematikk for enkel forvaltning og kontinuerlig utvikling i den regionale publiseringsløsningen.

Forskning og Utdanningsfeltet er også i sterk forbedring på nett. Nettsiden har fått sider som presenterer sykehusets rolle og aktiviteter på en helt ny og mye mer omfattende måte enn noen gang tidligere, og vi har fått opp nye sider for å synliggjøre forskningen og rekruttere pasienter til kliniske studier.

I perioden har sykehuset fått en evaluering av nettstedet utført av Farmandprisen, og hovedfunn fra denne viser følgende:

- Åpningssiden lykkes på en god måte med å vise frem Oslo universitetssykehus HF.
- Kompakt, oversiktlig og imøtekommende
- Pasienten er i fokus, lett for brukeren å finne ønsket informasjon
- God lesbarhet
- Beskjeden bruk av visuell kommunikasjon (bilder og andre illustrative elementer). Kan bidra til å skape "nærhet og varme"
- Utstillingsvindu- grunnlag for flere brukersesjoner
- Gjennomgående og tydelige menyvalg
- Innhold relatert til målet om å ha pasienten i fokus
- Generelt meget god bruksvennlighet
- Rask og god informasjonskanal (om enn litt treg å laste)
- Skårer jevnt bra på alle evaluerte områder: 65,75 poeng (100 maks)

- Lykkes i mindre grad å kommunisere "nærhet og varme" pga manglende billedbruk og annen visuell kommunikasjon
- Faglig innhold er relativt godt skrevet, men litt kjedelig presentert (for eksempel jobbsøk)

## 7.2 Internt

Intranettet er sykehusets primærkanal for informasjonsdeling, debatt og kulturbygging, og ukentlig oppsummering av nyheter sendes ut både elektronisk og på papir. I tillegg er intranettet inngangen til en rekke felles systemer og verktøy. Alle nyhetssaker har kommentarfelt for leserne, og en mulighet for å like saken (som f eks på Facebook). Kommentarfeltene brukes stadig hyppigere.

En undersøkelse om interne kommunikasjonskanaler viser følgende på spørsmålet om intranettbruk:

Hvor ofte bruker du intranett?	2010	2012
Daglig	40,2 %	41,7 %
Ukentlig	40,9 %	40,8 %
Månedlig eller sjeldnere	15,7 %	15,2 %
Aldri	3,2 %	2,3 %

Tabell 20. Undersøkelse om interne kommunikasjonskanaler.

Undersøkelsen inkluderte 3727 respondenter. Den ble sendt til alle medarbeidere med epost i juni 2012. Utvalget er representativt for sammensetningen av sykehusets ansatte hva gjelder arbeid, kjønn, alder og tidligere sykehistilhørighet. Dette var en elektronisk undersøkelse og forbehold om tilgang til PC må tas.

Undersøkelsen viser videre at mange sliter med å finne frem til det de trenger på intranettet.

Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. mai – 30. august (antall besøk på siden):

	Type	Antall besøk på siden
E-post på tvers av sykehus og PC'er (fra snarveier)	Infoside	58754
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser (lenke fra forsida)	Infoside	30095
Interne telefonkataloger (fra snarveier)	Infoside	19890
Registrering og oppfølging av uønskede hendelser, nesten-uhell og farlige forhold (Avvikssystemet)	Infoside	19863
Velkommen til Kundesenter OSS (Snarvei på forsida)	Infoside	16515
Pasientreiser	Avd.side	15920
Styrende dokumenter (Ressurser)	Infoside	15503

Tabell 21. Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. mai – 30. august

Mest leste nyheter 1. mai – 30. august (antall besøk på siden):

	Type	Antall besøk på siden
Ny seniorpolitikk felles for alle	Nyhet	5163
Si din mening om sykehuset! (om strategiarbeidet)	Nyhet	3198
Har du et gavekort som venter på deg?	Nyhet	3135
Traumeduo årets Oslo-leger	Nyhet	2699



Vedtar å innføre DIPS	Nyhet	2399
God markering av ettårsdagen for 22. juli	Nyhet	2377

Tabell 22. Mest leste nyheter 1. mai – 30. august

Mest leste temaer på diskusjonsforumet 1. mai – 30. august:

	Type	Antall besøk på siden
Økning i parkeringsavgift for de ansatte	Diskusjon	6993
Jeg har kjøpt mitt siste måltid i kantina	Diskusjon	4120
Sykling inne!	Diskusjon	3626
Bikkjekaldt	Diskusjon	2971
Utenlandsk tyveribande på Ullevål!	Diskusjon	2816

Tabell 23. Mest leste temaer på diskusjonsforumet 1. mai – 30. august

De tre diskusjonstrådene med flest innlegg 1. mai – 30. august:

- Økning i parkeringsavgift for de ansatte – 15 innlegg
- Bikkjekaldt – 14 innlegg
- Oslo universitetssykehus HF-mesterskap i golf? – 10 innlegg

### 7.2.1 Nyhetsbrev

Sykehusets ledelse har utgitt tre nyhetsbrev i perioden.

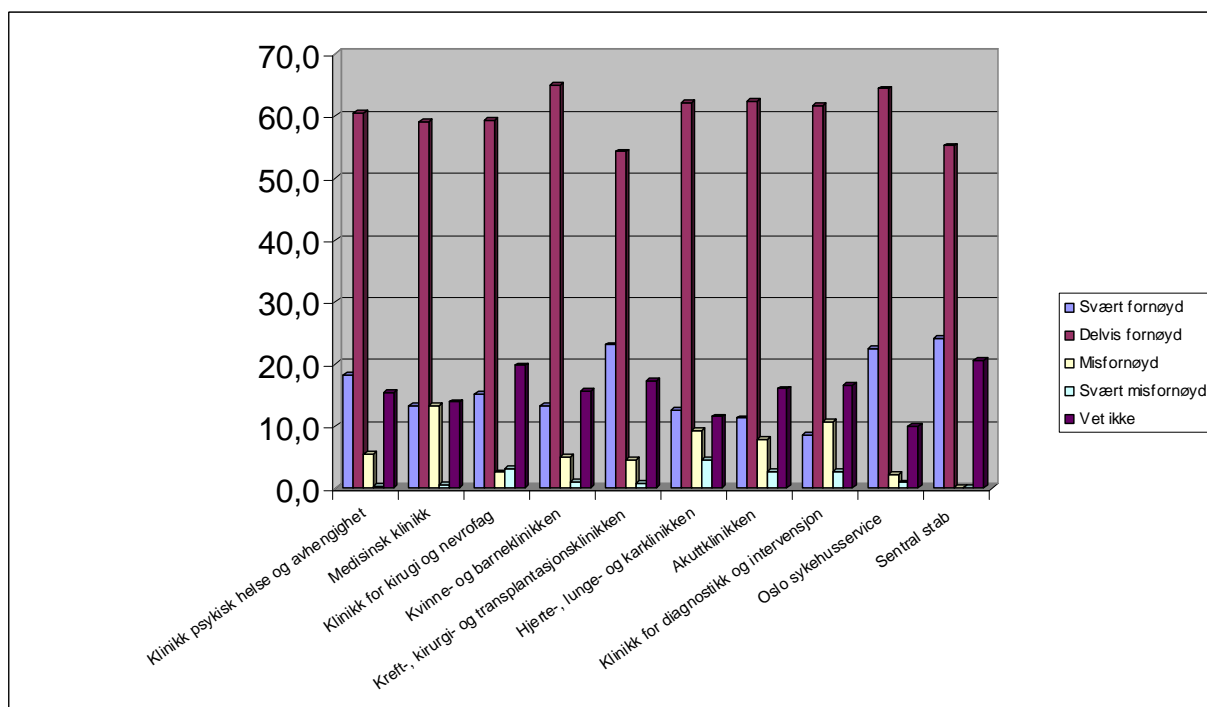
I tillegg har klinikkene utgitt lokale nyhetsbrev:

Klinikk	Antall
Klinikk for psykisk helse og avhengighet:	2
Medisinsk klinikk:	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag:	2
Hjerte- lunge-, karklinikken:	1
Kvinne- og barneklirikken:	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken:	1
Akuttklinikken:	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon:	1
Oslo sykehusservice:	2

Tabell 24. Antall lokale nyhetsbrev utgitt av klinikkene 2 tertial 2012

Akuttklinikken hadde egen kommunikasjonsplan og la ut fast ukentlig informasjon til ansatte på intranett i forbindelse med flyttingen fra Aker til Ullevål.

I en undersøkelse om interne kommunikasjonskanaler (ibid) viser det seg at klinikkens nyhetsbrev scorer slik på spørsmålet: "Hvor fornøyd er du med den informasjonen du får gjennom klinikkens nyhetsbrev"?



Figur 17. Undersøkelse om interne kommunikasjonskanaler.

Ca 7 av 10 sier at de har mottatt eller lest det nyhetsbrevet som sendes ut månedlig fra sykehusets ledelse.

- Færre uttrykker misnøye med informasjonen de får gjennom nyhetsbrevet (2012: 7,5 % - 2010: 14,4 %), men vet ikke-andelen har økt tilsvarende.
- Mindre engasjement om innholdet. Flere som svarer at innholdet sjelden eller aldri diskuteres i avdelingen (2012: 53,5 % - 2010: 43,6 %)

Kommunikasjonsstaben har arrangert to åpne dager for medarbeidere i hele sykehuset i denne perioden. Tilbudet inneholder grunnkurs i internettpublisering og webcafé, i tillegg har det under arrangementet vært egne tematimer om sosiale medier og webkommunikasjon. Totalt har 21 ansatte gått på internettpubliseringskurs i regi av Åpen dag, og 27 medarbeidere har deltatt på webcaféen.

Vi har innhentet tilbakemeldinger fra deltagerne via verktøyet Questback. Mellom 80 og 100 prosent er tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen, mens 100 prosent er tilfreds eller svært tilfreds med internettpubliseringskurset.

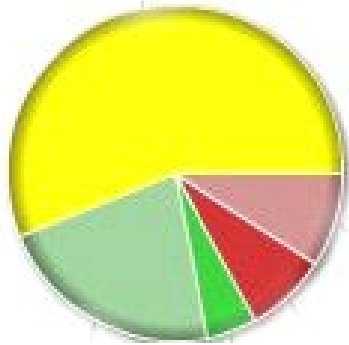
Nevnte undersøkelse om interne kommunikasjonskanaler viser for øvrig følgende funn:

- Lederne er fortsatt den viktigste informasjonskilden for ansatte, fulgt av kolleger og intranettet.
- 1 av 5 er misfornøyd med informasjonen de får fra leder om endringsprosesser.

## 7.3 I media

Vi har hatt 466 henvendelser fra 1.5 til 31.8.2012 – eksklusive meldinger om pasientskade – og 1013 hittil i år. Antall saker i mediene har sunket fra 6051 i forrige tertial til 3970 i andre tertial 2012. Dette skyldes hovedsakelig sommer og ferieavvikling i redaksjonene, og er forventet.

Prosentandelen saker som ble vektet negativt sank fra 36 prosent til 17 prosent.



Sakene i andre tertial 2012 ble vektet slik:

Den gule andelen viser nøytrale saker (56 prosent). De grønne andelen viser positive og svakt positive saker (27 prosent). De røde andelen viser negative og svakt negative saker, og utgjør til sammen 17 prosent.

Figur 18. Vekting av henvendelser fra media

Av de 680 negative sakene dominerte følgende temaer:

- Ventetid på strålebehandling
- Senaborter utført på Rikshospitalet
- Organisering av barneavdelingen
- Kritikk av fusjonen
- Dårlig kvalitet på tolketjenester
- Flytting fra Aker
- Manglende felles IKT-systemer/DIPS

Av de 1062 positive sakene dominerte følgende temaer:

- "Sommerhelse" (bruk av solbriller, solkrem osv)
- Kolesterol
- Nettvett for gravide
- Ungdomsråd ved Oslo universitetssykehus
- 22.juli – ett år etter og 22.julikommisjonens rapport

De 2228 nøytrale sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset bare nevnt uten å spille noen sentral rolle i saken. Omtalen rundt Anders Behring Breivik fortsatte også i første del av denne perioden.

Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise på et felt blir vektet som svakt positive. Dette er nytt fra forrige tertialrapportering og kan ha økt andelen positive saker noe.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden økt med 200 følgere og har nå 2200 følgere på Twitter (@oslounivsykehus). Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten.

## 8. Referansetabeller

### 8.1 Revisjoner av konsern revisjonen som er styrebehandlet 2. tertial 2012

Oversikt Klinikk	Revisjonstema	Formål	Funn	Fremdrift
Oslo universitets sykehus HF	Ventelistehåndtering og fristbrudd-pasienter	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO, samt kartlegge og vurdere sykehusets praksis for håndtering av ventelister	Flere alvorlige funn nivå 1 og nivå 2	Tiltak er utarbeidet og satt i verk ved Gjennomføringsprosjektet
Oslo universitets sykehus HF (Klinikk for kirurgi og nevrofag. Klinikk for psykisk helse og avhengighet)	Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder venteliste-håndtering (pasient - administrativt arbeid)	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere om pasienten kommer til riktig sted til rett tid, og om pasient og henvisende instans mottar riktig og fullstendig informasjon. Videre å identifisere eventuelle avvik/svakheter i det pasientadministrative arbeidet i foretaket og vurdere årsakene til at dette skjer	Flere alvorlige funn nivå 1 og nivå 2	Flere tiltak er utarbeidet og satt i verk ved Gjennomføringsprosjektet

Tabell 25. Revisjoner av konsern revisjonen som er styrebehandlet 2. tertial 2012

## 8.2 Konsernrevisjonen: Oppfølgingspunkter

Dato styre-behandlet	Revisjonstema	Formål	Funn	Status oktober 2012
Funn og tiltaksplan var orienteringssak på styremøte 15.12.2011 (sak 149/2011)	System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier	Formålet med revisjonen: 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, foretaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokumen	Det er 7 anbefalinger – Hvorav 3 er relatert til Oppdrag og bestilling (satt i system) 2 er relatert til Risikovurdering (som verktøy) 2 er relatert til Styrearbeid (riktig saker til behandling)	Alle funn er under oppfølging og det arbeides videre med ytterligere forbedringer på området
Funn og handlingsplan ble behandlet som beslutningssak på styremøte 29.09. 2011 (sak 102/2011)	Behandlingsreiser til utlandet	Formålet med revisjonen: kartlegge økonomiske og organisatoriske sider ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følge av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72.	Styret fikk en fullstendig status over oppfølgingen på styremøtet 20.09.2012	Tiltaket tilsyn med behandlingsstedene er under planlegging og vil utføres i november 2012
Funn og handlingsplan ble behandlet som beslutningssak på styremøte 31. 03. 2011 (sak 27/2011)	Lønnsområdet	Formålet med revisjonen: kartlegge og vurdere intern styring og kontroll i lønnsprosessene, pålitelig rapportering av styringsinformasjon og etterlevelse av lover og regler	19 forhold var tilfredsstillende, 35 forhold var vektet med middels risiko (gult) og 1 forhold var vektet med høy risiko (rødt).	Rødt forhold ble ordnet umiddelbart. De gule forhold arbeides de videre med i et større prosjekt

Tabell 26. Oppfølgingspunkter fra Konsern revisjonen

### 8.3 Interne revisjoner: Oppfølgingspunkter

Oversikt Klinikk	Revisjons tema	Formål	Funn	Fremdrift
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Håndtering av humant ben- og senevev	Formålet med revisjonen: å bekrefte at Ortopedisk avdeling har en korrekt håndtering av ben- og senevev	2 forbedringspunkter	Avdelingen er arbeider med forbedringspunktene
Klinikk for kreft og kirurgi; Gastrokirurgi	Koderevisjon	Formålet med revisjonen å vurdere kvaliteten av den medisinske kodingen innen feltet ved avdelinger lokalisert på Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet	Funnene er relatert til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisering</li> <li>• opplæring</li> <li>• rutiner og prosedyrer</li> </ul>	Funnene har resultert i nytt opplærings- og undervisningsopplegg innen medisinsk koding
Klinikk for kirurgi og nevrofag. Nevrokirurgisk avdeling	Håndtering av prøvesvar	Å sikre at det finnes fungerende manuelle rutiner for mottak og behandling av prøvesvar fra Patologisk avdeling	2 avvik, 3 forbedringspunkter, 1 bifunn	
Kvinne Barn klinikken Gynekologisk avdeling	Håndtering av prøvesvar	Å sikre at det finnes fungerende manuelle rutiner for mottak og behandling av prøvesvar fra Patologisk avdeling	2 avvik, 3 forbedringspunkter, 1 bifunn	
Medisinsk klinikk Nyremedisinsk avdeling	Håndtering av prøvesvar	Å sikre at det finnes fungerende manuelle rutiner for mottak og behandling av prøvesvar fra Patologisk avdeling	Ingen avvik eller forbedringspunkter, 2 bifunn	

Tabell 27. Interne revisjoner – oppfølgingspunkter 2.tertial 2012

## 8.4 Tidligere tilsyn – fortsatt arbeid med sak eller tiltak

Tilsyns-dato	Tilsyn	Tilsyns-myndighet	Klinikk/enhet	Avvik	Frist	Kommentar
25.01.12	Tilsyn ved Seksjons for reproduksjonsmedisin	Statens helsetilsyn	Kvinne- og barneklubben	2	31.12.12	Handlingsplan oversendt. Tiltak utføres etter plan.
07.11.11	Systemrevisjon brannsikkerhet	Branntilsyn	Hele helseforetaket	7	31.12.12	Sak avsluttet. Statusrapport med oppdatert handlingsplan oversendt 06.07.12
11.10.11	Revisjon av HMS-arbeid vedrørende elektromedisinsk utstyr og elektrosikkerhet	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Oslo sykehusservice	5	31.12.12	Sak avsluttet. Arbeider med gjennomføring av handlingsplan.
10.10.11	Pasienter med hjerneslag-landsomfattende tilsyn	Fylkesmannen helseavdeling	Medisinsk klinikk	1	15.10.12	Handlingsplan oversendt. Tiltak gjennomføres. Bedt om ledelsens oppfølging og andre opplysn.
20.06.11	Anleggskontroll mot nyanlegg, tavler og pasientområder og tekniske anlegg mht person og brannsikkerhet	Hafslund DLE/ Infratec	Oslo sykehusservice	47	01.01.13	Handlingsplan oversendt. Arbeider med gjennomføring innen frist.
15.06.11	Tilsynsrapport fra statusmøte og befaring Bygningsmassens tilstand	Arbeidstilsynet	Hele helseforetaket	10	01.03.15	8 av 10 avvik lukket. Tiltak gjennomføres fram til 2015. Fortløpende dialog.
15.06.11	Tilsynsrapport Arbeidstidsbestemmelser	Arbeidstilsynet	Hele helseforetaket	1	28.09.12 02.11.12	Det arbeides med tiltak innen frist.
07.09.12	Kjemikaliehåndtering	Arbeidstilsynet	Avd. for patologi	3	15.10.12 01.12.12 01.01.13	Det arbeides med tiltak innen frist.
02.12.09	Høyblokka på Radiumhospitalet (i fusjonstid med Rikshospitalet)	Branntilsyn	Oslo sykehusservice	1	31.12.12	Sak avsluttet. Handlingsplan med brannteknisk oppgradering gjennomføres innen 2012.
02.11.09	Branntilsyn bygg 2, Søsterhjemmet, Ullevål	Branntilsyn	Oslo sykehusservice	1	31.12.13	Pågående sak. Handlingsplan med brannteknisk oppgradering gjennomføres innen 2013.

Tabell 28. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

## 8.5 NPE: Fordeling av saker innen de medisinske områdene:

Medisinsk område	Medhold	Avslag	Totalt
Uavklart	1	4	5
Anestesiologi		3	3
Annet		1	1
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse		1	1
Føde	1	5	6
Fødselshjelp og kvinnesykdommer		6	6
Gastroenterologisk kirurgi		1	1
Generell kirurgi	1		1
Hjertesykdommer	2	5	7
Infeksjonssykdommer og venerologi		2	2
Karsykdommer		7	7
Lungesykdommer		1	1
Nevrokirurgi	2	8	10
Nevrologi		7	7
Nyresykdommer	1	3	4
Ortopedisk	3	9	12
Ortopedisk kirurgi	4	15	19
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling	1		1
Psykatri / psykologi	1	5	6
Revmatologi		1	1
Svulster og kreftsykdommer	6	20	26
Thoraxkirurgi		1	1
Transplantasjon		1	1
Urologi	3	1	4
Øre-nese-halssykdommer	1	1	2
Øyesykdommer	1	7	8
<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>115</b>	<b>143</b>

Tabell 29. Fordeling av saker for Oslo universitetssykehus HF 2. tertial 2012 innen de medisinske områdene.  
Kilde: NPE.



## 8.6 NPE: Total erstatningssum og sykehusets egenandel

Medisinsk område	Utbetalt	OUS egenandel
	1 642 440	-
Allmennmedisin	-	-
Anestesiologi	-	65 514
Annet	10 000	10 890
Arbeidsmedisin	-	-
Blodsykdommer	-	-
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse	-	17 373
Føde	4 982 000	-
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	435 000	-
Fordøyelsesykdommer	-	-
Gastroenterologisk kirurgi	2 770 000	200 740
Generell kirurgi	-	-
Hjertesykdommer	5 922 500	412 885
Hudsykdommer	-	-
Immunologi	-	-
Infeksjonssykdommer og venerologi	1 222 000	33 230
Karsykdommer	45 000	13 520
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	-	-
Lungesykdommer	61 000	16 025
Nevrokirurgi	720 855	-
Nevrologi	2 796 000	200 249
Nyfødtmedisin	30 000	12 000
Nyresykdommer	-	-
Odontologi	-	-
Øre-nese-halssykdommer	-	111 938
Ortopedisk	134 000	24 000
Ortopedisk kirurgi	6 295 692	571 289
Øyesykdommer	118 000	30 453
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling	-	-
Psykatri / psykologi	-	-
Radiologi	-	-
Revmatologi	-	-
Svulster og kreftsykdommer	9 631 537	536 181
Thoraxkirurgi	-	-
Transplantasjon	-	-
Urologi	146 000	45 075
<b>Totalt</b>	<b>36 962 024</b>	<b>2 301 362</b>

Tabell 30. Total erstatningssum og sykehusets egenandel i NPE-saker. Kilde: NPE.

Målgruppe: Foretaksstyret  
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Dato: 16.10.2012  
Revidert:



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

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Post til foretaksledelsen: Oslo universitetssykehus, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo. Sentralbord: 02770.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg  
2. Anbefalning fra Avregningsutvalget av  
28.09.2012

---

### SAK 73/2012 RAPPORTERING PER SEPTEMBER 2012

#### Forslag til vedtak:

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

Oslo, den 22. oktober 2012

Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

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

- Somatikk:
  - Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettert hittil i år, men litt lavere enn plantall de siste månedene
  - Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter enn budsjettert.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
  - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
  - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens poliklinisk aktivitet er lavere enn budsjettert
  - Det er høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er lavere enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) er relativt stabil fra januar til august, men er som forventet noe økt i september (fra 84 dager i august til 95 dager i september). Hovedårsaken til dette er arbeidet med avvikling av langtidsventende.
- Antall ventende over 1 år er redusert med nærmere 400 fra mai, hvorav omlag halvparten er ventende med rett.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i september 781 (16 pst) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 2.139 (17 pst).
- Det økonomiske resultatet viser et negativt budsjettavvik per september på 117 mill kroner. Dette inkluderer gevinst fra salg av eiendom på 50 mill kroner og redusert inntekt knyttet til sak fra Avregningsutvalget angående flere konsultasjoner på samme dag.
- Antall brutto månedsverk er i oktober 17.130, hvilket er en reduksjon med 85 månedsverk fra september. Reduksjonen er lavere enn forventet.
- Gjennomsnittlig sykefravær hittil i år (per august) er på 7,2 pst. Dette er en reduksjon på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i 2011.

## 2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteten så langt i 2012 er relativt høy både når det gjelder somatikk og deler av psykisk helsevern. Det forventes at denne meraktiviteten vil holde seg ut året. På bakgrunn av blant annet lange ventelister, og særlig fokus på reduksjon av antall langtidsventende, er det ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, samt innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har sykehusledelsen sterk fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbudet til pasientene.

Administrerende direktør har organisert tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset, og det er blant annet etablert et Gjennomføringsprosjekt som følger opp konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet inklusive ventelistebehandling og fristbruddpasienter. Det er vektlagt forankring i lederlinjen på klinikk og avdeling, og prosjektet følges tett opp av sykehusledelsen.

Administrerende direktør konstaterer at den negative økonomiske resultatutviklingen knyttet til driften, er relativt uforandret gjennom 2012. Det er flere forhold som påvirker resultatet i en positiv retning. Dette gjelder blant annet gevinst fra salg av eiendom, lave energikostnader, lave rentekostnader, forsinket gjennomføring av IKT-prosjekter med videre. Utviklingen i bemanningstallene fra september til oktober er etter administrerende direktørs vurdering ikke tilfredstillende, og denne utviklingen kan innebære en ytterligere økonomiske utfordring både for 2012 og 2013. Sykehusledelsen vil som følge av dette intensivere oppfølgingen av bemanningsutviklingen for resterende del av 2012.

### **3. PASIENTBEHANDLING**

#### **3.1. Aktivitet somatikk**

Per september er aktiviteten innenfor somatikken hva gjelder DRG-poeng 2,1 pst (3.175 DRG-poeng) høyere enn budsjettert, hvorav 1,7 pst (2.454 DRG-poeng) er knyttet til "sørge-for" ansvaret. På bakgrunn av lange ventelister er det så langt ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten innenfor somatikken. Sammenlignet med rapportert resultat per august (+2,3 pst) innebærer septembertallene en reduksjon i det positive avviket på 0,2 pst. Det antas å være noe etterslep i aktivitetsregistreringen som vil bli hentet inn igjen i forbindelse med tertialrapporteringen til Norsk Pasientregister. De forhold som er tatt opp av Avregningsutvalget (jfr senere omtale i saken) innebærer at den reelle aktiviteten ved foretaket er noe lavere enn rapportert. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 13,2 mill kroner til reduksjon av ventelister innen brystrekonstruksjon (plastikkirurgi). Dette vil gi aktivitet ut over budsjettforutsetningene i siste kvartal 2012.

Sammenlignet med de ni første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon hittil i år innenfor somatikken på om lag 1,6 pst (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2012-grupper). På flere områder skyldes dette at den såkalte haleaktiviteten i overføringsområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor enkelte områder er det imidlertid økt aktivitet fra 2011 til 2012. Dette relateres både til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling for å unngå fristbrudd og redusere ventelistene. Eksempel på områder med økt aktivitet er PCI'er, ablasjoner, fødsler/nyfødte, enkelte organtransplantasjoner og traumer.

Antall DRG-poeng knyttet til kommunal medfinansiering (KMF) er 4,5 pst høyere enn budsjettert. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten faktisk er definert som KMF enn det som var lagt til grunn i budsjettet. Det ble i forbindelse med budsjettarbeidet kommunisert at det var usikkerhet knyttet til grunnlaget for budsjettering av KMF. Dette påvirker ikke forståelsen av den samlede aktiviteten innenfor somatikken.

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

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter hittil i år 225 flere (28 pst) enn budsjettert, mens antall polikliniske konsultasjoner er 16 pst (8.574 konsultasjoner) høyere enn plantall. Den høye aktiviteten henger sammen med lite vakanser og god produktivitet per behandler. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 7 pst (74 utskrivninger). Antall polikliniske konsultasjoner er imidlertid økt med 22 pst, fra 49.537 til 60.457 konsultasjoner. Dette er uttrykk for en ønsket og planlagt endring av virksomheten med større grad av poliklinisk behandling.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er per september 7 pst (2.580 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 1.718 (- 5 pst). Avviket for polikliniske konsultasjoner er særlig knyttet til to av poliklinikkene (Spesialavdelingen og BUP Oslo Syd). I budsjettet var det forutsatt at Spesialavdelingen ble godkjent som offentlig poliklinikk i januar, og dermed ville bidra til flere polikliniske konsultasjoner per fagårsverk gjennom hele året. Fylkeslegen har imidlertid først nylig godkjent Spesialavdelingen som offentlig poliklinikk. Manglende godkjenning som offentlig poliklinikk har hittil vært kompensert med økt antall dagbehandlinger. Ved BUP Oslo Syd har det vært høyt sykefravær, og en del ubesatte stillinger har vært holdt ledig i påvente av innplasseringsprosessen. Her er det startet en rekrutteringsprosess. For døgnbehandling er det skrevet ut 2 pasienter mer enn budsjettet. Sammenlignet med 2011 er det skrevet ut 39 pasienter (-36 pst) færre, og antall liggedøgn er redusert med 1.195 (30 pst).

Innenfor *TSB* (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er det skrevet ut 21 pst (356 opphold) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 16 pst (398 opphold). Endringen fra fjoråret henger sammen med et nedtrekk på 10 døgnplasser for avgiftning fra 16. 01.2012 og avvikling av 8 plasser ved enheten Frogn mai 2011. At antall utskrevne pasienter er høyere enn budsjettet betyr at det er flere pasienter som avbryter behandling. Dette er en lite ønsket situasjon. Antall polikliniske konsultasjoner er 16 pst (904) lavere enn budsjettet og er redusert med 4 pst (255 konsultasjoner) fra 2011. Den pågående prosessen i forhold til bemanningsreduksjoner og forsinket dreining fra døgn til dag- og poliklinisk aktivitet er hovedårsaken til avviket. I tillegg har det vært noe feilregistrering av aktivitet ved enkelte av poliklinikkene. Dette følges opp med den enkelte behandler og en ny runde med opplæring.

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

### **3.3. Ventelisteutvikling**

Styret er tidligere orientert om arbeidet med avstemming av foretakets egne ventelistedata mot endringer i Norsk Pasientregisters metode. Avstemmingen går også på at Norsk Pasientregisters ventelistekube må oppdateres slik at ventelisten blir riktig presentert ut fra oppdatert organisasjonskodeverk i Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet er nesten ferdigstilt, og innebærer at det er noen justeringer i tall rapportert for tidligere perioder. Endringene relateres i stor grad til håndtering av regelverk for eksklusjon av henvisninger/ventende som er registrert med medisinsk eller pasientbestemt utsettelse av behandlingsstart.

#### *Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (helsehjelp igangsatt) og for ventende*

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) har vært relativt stabil hittil i 2012, og jevnt over noe lavere enn i samme periode i 2011. Ventetiden er i september økt til 95 dager fra 84 dager. Noe av endringen

kan skyldes sesongvariasjoner, men hovedårsaken er arbeidet med avvikling av langtidsventende.

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Per september er ventetid for alle ventende 446 dager, og omtrent på samme nivå som på samme tidspunkt i 2011. For de som venter er det stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. For ventende med rett er gjennomsnittlig ventetid ved periodeslutt 109 dager, og redusert fra 137 i januar. For ventende uten rett er gjennomsnittlig ventetid ved utgangen av september 655 dager, og økt fra 575 dager i januar.

#### *Antall ventende, herunder langtidsventende*

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av september i overkant av 33.000, hvorav nærmere 60 pst (omlag 20.000) er innenfor Klinik for kirurgi og nevrofag. Av totalt antall ventende har nærmere 40 pst rett til nødvendig helsehjelp.

Ved utgangen av september er antall ventende som har ventet mer enn 1 år 10.622, hvorav 790 har rett til nødvendig helsehjelp. Antall ventende over 1 år er redusert med nærmere 400 fra mai, hvorav omlag halvparten er ventende med rett.

Sammenlignet med status i april er målsettingen å redusere antall ventende (1-4 år) fra 8.139 til 4.322 per utgangen av 2012. Dette innebærer at det per utgangen av året ikke lenger skal være pasienter som har ventet 1-4 år innenfor mange fagområder. Av flere årsaker vurderes det imidlertid ikke som realistisk å klare dette innenfor alle fagområder. Dette gjelder innenfor fagområdene ortopedi, plastikkirurgi, nevrokirurgi, nevrologi, ØNH, øye og medisinsk genetikk. Per utgangen av september er antallet som har ventet 1-4 år redusert til 6.695 fra 7.006 i august. Det er et avvik i forhold til måltall på omlag 200. Endringene siste måned er størst innenfor karkirurgi og ortopedi. Innenfor plastikkirurgi er det fortsatt en økning i antall langtidsventende.

#### *Vurderingstid*

Tid fra mottak av henvisning til denne er ferdig vurdert er hittil i år 8,7 dager (gjennomsnittstall). Vurderingstiden er kortest innenfor Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken hvor gjennomsnittlig vurderingstid hittil i år er 5,1 dager, mens gjennomsnittlig vurderingstid er betydelig lengre ved Klinik for diagnostikk og intervensjon (13,2), Kvinne- og barneklubben (12,5) og Klinik for kirurgi og nevrofag (11,5). Det gjøres spesielt oppmerksom på at det pasientadministrative system (PasDoc) ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen.

#### *Tiltak*

Ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene. Fokus i oppfølgingsmøtene er langtidsventende og fristbrudd. Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktivt bruk av ventelistene i planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder. Ellers vises det til styresak 60/2012 hvor det redegjøres for handlingsplan for ivaretagelse av konsernrevisjonens anmerkninger og anbefalinger knyttet til det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbruddpasienter. I handlingsplanen er også anbefalinger fra det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset" inkludert. Det er nedsatt et gjennomføringsprosjekt som skal sørge for at handlingsplanen blir gjennomført. Fokusområder er kompetanseheving og

opplæring, rydding i ventelister og rutiner for oppfølging av ventelister. Dette arbeidet vil ha innvirkning på alle styringsparametre knyttet til ventelister.

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

Innenfor plastikk- og rekonstruktiv kirurgi pågår det også et regionalt prosjekt som ser på behov, kapasitet og dimensjonering av dette fagområdet i regionen. I tillegg er foretaket i 2012 tildelt 13,2 mill kroner til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Økt aktivitet er under planlegging og tiltakene vil bidra til en positiv utvikling i ventelistesituasjonen innen dette fagområdet.

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

### **3.4. Fristbrudd**

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

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

#### *Status per september*

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i september 781 (andel 16 pst), og det var en gjennomsnittlig ventetid ut over frist på 104 dager. Det var 6.216 pasienter med frist i perioden. For 1.048 (17 pst) av disse pasientene var ikke helsehjelp igangsatt innen utløp av fristen. Antall fristbrudd av ventende pasienter var 2.139 (andel 17 pst), og gjennomsnittlig ventetid ut over frist 141 dager. Det er store klinikkvise variasjoner i fristbrudd, og dette følges tett opp som en del av Gjennomføringsprosjektet for å redusere antallet og ventetid ut over frist.

#### *Tiltak*

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

### **3.5. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 pst**

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte (nosokomiale) infeksjoner på et gitt tidspunkt. De fire vanligste typer helsetjenesteassosierte



infeksjoner samt bruk av antibiotika registreres ved disse undersøkelsene. Oslo universitetssykehus HF er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å gjennomføre fire prevalensundersøkelser i året.

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

### **3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Dette vil først kunne rapporteres etter oppgradering av PAS/EPJ, hvor leveringsdato var 15. oktober 2012. I etterkant av leveringsdato må det gjøres nødvendige tilpasninger for å kunne rapportere andel som får timeavtale sammen med bekreftelse på henvisning.

I forbindelse med Gjennomføringsprosjektet og fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering, vektlegges også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Etableringen av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

### **3.7. Andel korridorpasienter**

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i september 1,1 pst, mens gjennomsnittlig andel korridorpasienter hittil i år er 0,9 pst. I samme periode i 2011 var andelen korridorpasienter 1,1 pst, slik at andelen i 2012 er noe lavere. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er videre innført rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

### **3.8. Utskrivningsklare pasienter**

Både antall og andel utskrivningsklare pasienter innen somatikken er redusert fra januar til september. Det samme gjelder for antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter. I september er det rapportert 52 utskrivningsklare pasienter (97 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i september 0,2 pst, og gjennomsnittet hittil i år er 0,5 pst. Nivået er betydelig lavere enn forutsatt i budsjettet. Reduksjonen i utskrivningsklare pasienter er som forventet og reflekterer at samhandlingsreformen og kommunens betalingsplikt gir effekt. I budsjett 2012 er det budsjettert med inntekter for utskrivningsklare pasienter tilsvarende det beløp (24 mill kroner) som ble overført til kommunen. På grunn av at antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er redusert som beskrevet ovenfor gir dette et negativt avvik på 14,0 mill kroner per september.

Innenfor psykisk helsevern for voksne er andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter hittil i år 7,4 pst. Det er ikke registrert tilsvarende reduksjon i utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern som innenfor somatikken. Utfordringene med å overføre utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern er hovedsakelig knyttet til manglende botilbud i primærhelsetjenesten. For å imøtekomme utfordringer knyttet til kompetansebehov i primærhelsetjenesten, er det igangsatt ulike former for kompetansehevede tiltak, samt flere ulike samhandlingsprosjekt.

## 4. ØKONOMI

### 4.1. Resultat per september

Per september viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultat på 406 mill kroner mot et budsjettert negativt resultat på 289 mill kroner, dvs et avvik på -117 mill kroner. Per august var avviket på -74 mill kroner, det vil si at avviket fra budsjett er økt med 43 mill kroner i september. Av periodens avvik utgjør inntektsreduksjon relatert til sak fra Avregningsutvalget 37 mill kroner (se under), og øvrig avvik 6 mill kroner. Dette er noe lavere enn tidligere måneder. Det er imidlertid større variasjoner i klinikkenes avvik i september enn tidligere i år. Enkelte av klinikkene har større negative avvik enn tidligere måneder, mens andre har en mer positiv utvikling. Det som i størst grad bidrar i positiv retning i september er en oppdatert vurdering av de totale energikostnadene som isolert sett bedrer resultatet med 17 mill kroner i september (til sammen 40 mill kroner hittil i år).

I akkumulert budsjettavvik inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mill kroner. Hensyntatt gevinst fra salg av eiendom og avsetning knyttet til avregningsutvalgets sak om flere konsultasjoner samme dag, har den ordinære driften vært om lag 130 mill kroner svakere enn forutsatt i budsjettet hittil i år.

Foretaket mottok 28. september et notat fra Avregningsutvalget til Helsedirektoratet angående flere registrerte episoder samme dag ved foretaket i 2011. Avregningsutvalget anbefaler for 2011 en avkorting på 1.346 DRG-poeng (20 mill kroner). Det er i regnskapet for september avsatt for dette og for estimert effekt 2012 (hittil i år) på 17 mill kroner, slik at samlet avsetning for feil rapportering knyttet til flere konsultasjoner samme dag er på 37 mill kroner. Det er forutsatt at dette ikke gir negativ konsekvens for foretakets gjestepasientinntekter. Registrering av flere episoder/kontakter samme dag knytter seg til funksjonalitet i det pasientadministrative system (PasDoc). Systemet muliggjør planlegging og reservering av flere ressurser (personell og utstyr/rom) på samme dag. Dette for å få god pasientlogistikk/effektive pasientforløp, i tillegg til å ivareta foretakets behov som et høyspesialisert sykehus som behandler pasienter med sammensatte og kompliserte lidelser. Videre er det komplekse avhengigheter i systemet. Dette har resultert i at det i rapporteringen fremkommer flere konsultasjoner samme dag for samme pasient og for samme helsetilstand. Denne praksis er ikke i henhold til regelverket. Det arbeides nå med en mer detaljert kartlegging av nåsituasjonen og alternativer for hvordan dette kan løses i det pasientadministrative systemet, slik at både rapporteringen blir riktig og behovet for å bruke systemet til planlegging/pasientlogistikk blir ivaretatt. Utover denne saken har Oslo universitetssykehus HF i brev av 24.9 varslet Helsedirektoratet om at rapportering av utførende helsepersonell (sykepleiere) ikke har vært i henhold til retningslinjene. Dette knytter seg også til funksjonalitet i det pasientadministrative sytem (PasDoc). Denne saken antas også å påvirke det økonomiske resultatet for 2012, men det foreligger per i dag ikke

grunnlag for å beregne eventuelle økonomiske konsekvenser. Dette er derfor ikke hensyntatt i regnskapet for september.

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	
Basisramme	7 729 529	7 729 529	0	Basisrammen inntektsføres som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	4 390 078	4 362 837	27 241	Høyere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken bidrar til høyere aktivitetsbaserte inntekter. Lave inntekter for utskrivningsklare pasienter (-14 mnok) og forhold knyttet til kurddøgn mv fra 2011 reduserer det positive avviket. Avvik for andre aktivitetsbaserte inntekter må også ses delvis i sammenheng med avvik for andre inntekter.
Andre inntekter	1 225 744	1 172 084	53 660	Andre inntekter inkluderer 50 mnok i gevinst fra salg av eiendom. Videre er det inntektsført 16 mnok mer enn budsjettert fra Raskere tilbake og avsatt 37 mnok i redusert inntekt knyttet til Avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag.
Sum driftsinntekter	13 345 351	13 264 450	80 901	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom og avsetning knyttet til saken fra avregningsutvalget er driftsinntektene 67 mnok høyere enn budsjettert. Dette relateres i hovedsak til høyere aktivitet enn budsjettert.
Lønn- og innleiekostnader	9 512 246	9 233 880	278 366	Det er et merforbruk for lønn- og innleiekostnader på 278 mnok, tilsvarende 3 pst. Underfinansiering av økte pensjonskostnader har bidratt til å øke avviket for lønn.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 563 475	1 537 361	26 114	Varekostnadene er høyere enn budsjettert. Dette skyldes blant annet høyere aktivitet enn budsjettert. Videre er det høye kostnader til dyre implantater som delvis relateres til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter. Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjettert.
Andre driftskostnader	2 599 145	2 714 367	-115 222	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene hittil i år 40 mnok lavere enn budsjettert og det er lavere IKT-kostnadene enn budsjettert. Videre er det noe forsiktig budsjettering.
Sum driftskostnader	13 674 866	13 485 608	189 258	Sum driftskostnader er 1,4 pst høyere enn budsjettert. Deler av dette relateres til høyere aktivitet enn budsjettert. Hoveddelen av avviket skyldes høyere bemanning enn forutsatt i budsjettet.
Driftsresultat	-329 515	-221 158	-108 357	
Netto finans	-76 727	-67 681	-9 046	Avviket skyldes lavere rentekostnader enn budsjettert, effekt av interne eliminerings av AS'ene og en mindreinntekt fra Sophies Mindes Ortopdi.
<b>Resultat OUS</b>	<b>-406 242</b>	<b>-288 839</b>	<b>-117 403</b>	

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

#### 4.2. Resultatestimater for 2012

Etter juli og august rapporterte Oslo universitetssykehus HF et resultatestimater for 2012 som viste et regnskapsmessig underskudd på 525 mill kroner mot et budsjettert underskudd på 400 mill kroner, dvs et negativt avvik i forhold til budsjett på 125 mill kroner.

På bakgrunn av resultat per september er det gjort en ny vurdering av årsestimat, der ny informasjon er hensyntatt. Det er lagt til grunn at saken fra Avregningsutvalget knyttet til flere konsultasjoner samme dag, gir en negativ resultat effekt i 2012 på 45 mill kroner. Av dette er 20 mill kroner knyttet til aktivitet i 2011 og 25 mill kroner til aktivitet i 2012. Det er forutsatt at avkortingene ikke får negativ konsekvens for foretakets gjestepasientinntekter.

Merforbruket knyttet til ordinær drift var i september på samme nivå som tidligere. Det er imidlertid noen andre forhold som trekker i positiv retning, først og fremst at energikostnadene ser ut til å bli lavere enn tidligere forutsatt.

Den nye vurderingen av resultatestimater for 2012 viser at det er risiko for et negativt avvik i 2012 på 155 mill kroner, det vil si en økning i estimert negativt avvik på 30 mill kroner fra forrige rapporterte årsestimat.

I det nye årsestimatet er det tatt hensyn til følgende:

- 35 mill kroner i gevinst fra salg av eiendom (Vallerveien og Lindelia) ut over det som

er bokført per september.

- Vedtak om innføring av DIPS som felles PAS/EPJ medfører et behov for å endre avskrivningstiden på eksisterende systemer. Det er foreløpig beregnet at dette øker avskrivningskostnadene med 16 mill kroner i 2012 (september - desember).
- At driftskostnadene til gjennomføring av DIPS-forprosjekt finansieres av Helse Sør-Øst RHF (jfr styresak om DIPS 10. august).
- Lavere rentekostnader enn budsjettet 2. halvår og andre forhold som påvirker periodisering mv ut fra foreliggende informasjon.
- Underfinansiering av merkostnad til pensjon i 2012.

Følgende momenter er ikke hensyntatt i årsestimatet:

- Eventuell økt enhetspris ISF 2012.
- For saken fra Avregningsutvalget er det lagt til grunn at dette ikke får konsekvens for gjestepasientinntektene.
- Mulig redusert aktivitetsbasert inntekt som følge av feilrapportering av utførende helsepersonell (som tidligere omtalt foreligger det ennå ikke grunnlag for å beregne eventuelle økonomiske konsekvenser).
- Behov for ekstraordinære nedskrivninger knyttet til fraflyttede bygg på Aker og Dikemark, jfr omtale nedenfor
- Tilbakebetaling av tilbakeholdte midler knyttet til forventet oppbygging av ø-hjelpstilbud i kommunen (samhandlingsreformen), 5,8 mill kroner jfr mail fra Helse Sør-Øst RHF 19.10.2012.

Videre ble foretaket i oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF 18. oktober informert om at det arbeides med etablering av en gjestepasientoppgjørsordning mellom de fire helseregionene, som hensyntar effekten av kompensasjon for økte pensjonskostnader. Dette kan redusere foretakets negative årsestimat for 2012 noe.

Det understrekes at foretaket jobber videre med gjennomføring og planlegging av tiltak for å redusere det negative avviket i forhold til budsjett mest mulig.

Det pågår store endringer i arealbruken ved sykehuset, og det er tomme bygninger både på Aker og Dikemark hvor behov for nedskrivning av anleggsmidler nå blir vurdert. Samlet regnskapsført verdi for tomme lokaler er på omlag 150 mill kroner. Regnskapsreglene tilsier at tap skal bokføres når det oppstår og gevinst tilsvarende. For anleggsmidler som eiendom og bygg kan imidlertid et mer langsiktig perspektiv for vurderinger legges til grunn. Dette innebærer at eventuell gevinst fra salg av tomme bygninger/eiendom kan hensyntas ved vurdering av det samlede nedskrivningsbehov selv om et eventuelt salg ligger frem i tid, så lenge det foreligger en uttrykt intensjon om salg. Problemstillingen er lagt frem for revisor og styret vil bli nærmere orientert om saken i desember.

#### **4.3. Resultater fra SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011**

Helsedirektoratet lager årlige SAMDATA-rapporter. Rapporten inneholder tall og analyser på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå for hele spesialisthelsetjenesten. I produktivitetssammenheng er det fokus på kostnad per DRG-poeng og foretakenes relative kostnadsnivå. For landet samlet sank kostnaden per DRG-poeng med 1,8 pst fra 2010 til 2011. Nedgangen var størst i Helse Vest (-3,9 pst) og Helse Midt-Norge (-3,9 pst), og minst i Helse Sør-Øst (-0,3 pst). Det er stor variasjon mellom foretakene både når det gjelder relativt kostnadsnivå og utviklingen fra 2010 til 2011. For Oslo universitetssykehus HF økte kostnadene per DRG-poeng med 2,1 pst, blant annet som følge av en

aktivitetsreduksjon på 5,8 pst (overføring av lokalsykehusfunksjoner til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF). Oslo universitetssykehus HF har etter overføringen en større andel lands- og regionfunksjoner. Oslo universitetssykehus hadde i 2011 en relativ kostnadsindeks på 1,18, dvs at kostnad per DRG-poeng er om lag 18 pst høyere enn landsgjennomsnittet. Gjennom foretakets deltagelse i Helsedirektoratets årlige arbeid med revisjon av kostnadsvektene i DRG-systemet, får man et mer detaljert underlag for å forstå resultatene i Samdata. For hver DRG beregnes for hvert referansesykehus (de sykehusene som deltar i kostnadsvektarbeidet) en gjennomsnittlig kostnad per opphold/konsultasjon per DRG (KPO/KPK). Denne sammenligningen per DRG gir sammen med gjennomsnittlig liggetid og antall sykehusopphold per DRG, muligheter for å se hvor Oslo universitetssykehus HF avviker fra andre sykehus det er naturlig å sammenligne med.

#### **4.4. Produktivitetsutvikling per 2. tertial 2012**

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivitetsanalyser per klinikk. Produktiviteten er beregnet som forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG- poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning. Det utarbeides også parameter for teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. Til og med 2011 er analysene laget på klinikknivå, og fra 1. tertial 2012 er disse også laget på avdelingsnivå. Analysene utarbeides av økonomistaben i samarbeid med økonomilederne i klinikkene. Som en del av dette arbeidet er det for første gang presentert produktivitetsindikatorer for psykisk helsevern og rus. Disse vil det bli arbeidet videre med for å finne hensiktsmessige fokus fremover. For Akuttklinikken jobbes det for å finne en hensiktsmessig framstilling av aktiviteten.

For de somatiske klinikkene viser analysen at produktiviteten samlet (aktivitet ifht kostnader) er bedret med 0,8 pst fra 1. og 2. tertial 2011 til 1. og 2. tertial 2012. Dette gjenspeiler at kostnadene er redusert mer enn aktiviteten. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenlikne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de somatiske klinikkene er bemanningsreduksjonen større enn kostnadsreduksjonen og bedring i teknisk effektivitet er beregnet til 1,4 pst.

#### **4.5. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak**

Styret ble orientert om klinikkenes arbeid med å gjennomføre tiltak i styresak 59/2012 Rapportering per august. Til og med juli rapporterte klinikkene en gjennomføringsgrad på 84 pst av den budsjetterte effekten av tiltakene. I forbindelse med rapporteringen for september er tiltakene gruppert etter de samme innsatsområdene som brukes for gruppering av tiltak i budsjett 2013. Per september har klinikkene gjennomført tiltak for 230 mill kroner, tilsvarende 80 pst av den budsjetterte effekten til og med september. For en del av tiltakene er det krevende å identifisere de realiserte gevinstene ut fra regnskapstall. Denne rapporteringen er derfor til en viss grad basert på klinikkens beste vurdering av gjennomføringen.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Akuttklinikken rapporterer at samtlige tiltak er gjennomført med full gevinst. Også Oslo Sykehusservice rapporterer en relativt høy grad av gjennomføring i lys av mengden tiltak. Kvinne og barneklubben og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken rapporterer de relativt største avvikene i kroner og prosent. Disse klinikkene har imidlertid også relativt store planlagte tiltak. Avviket på Kvinne- og barneklubben skyldes primært at det har vært krevende å gjennomføre tiltak for å redusere innleie og variabel lønn samtidig som bemanningen er tilpasset på et lavere nivå. Avviket ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken skyldes noe forsinkelser i arbeidet med

bemanningsnormeringen. Det har heller ikke i tilstrekkelig grad lyktes denne klinikken å reduserte medikamentkostnader innenfor hematologi, eller varekostnader spesielt knyttet til sphincterproteser. Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Hjerter-, lunge og karklinikken melder om forsinkelser i gjennomføringen av vedtatte tiltak.

Det jobbes videre med gjennomføringen av vedtatte tiltak for 2012. En tabell i vedlegget viser budsjetterte tiltak per klinikk etter innsatsområde, avvik i forhold til budsjett og gjennomføringsprosent per september.

#### **4.6. Investeringer**

##### *Investeringer til videreføring av drift*

Ved utgangen av september er det regnskapsført om lag 110 mill kroner i investeringer til drift finansiert av den ordinære investeringsrammen for 2012. Imidlertid er nær hele investeringsrammen på 250 mill kroner (reduisert fra 315 mill kroner til 250 mill kroner, ref styresak 43/2012 Rapportering mai) benyttet, ved at det er inngått forpliktende avtaler om levering i 2012 med leverandører. For at nødvendig investeringer ikke skal utsettes har styret gitt administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr til drift for levering i 2013 innenfor en ramme på 100 mill kroner. Ved utgangen av september er det inngått forpliktelser for om lag 30 mill kroner av denne rammen.

I styresak 74/2012 Budsjett 2013 blir styret presentert for en treårig plan for investeringer i medisinsk teknisk utstyr på i størrelsesorden 350 mill kroner per år. Et investeringsnivå i denne størrelsesorden krever både planlegging og tilgang på ressurser innen det medisinsktekniske virksomhetsområdet. Erfaringsmessig tar det i mange investeringssaker omtrent ett år fra beslutning om en investering fattes til utstyret er på plass i foretaket. For å sikre igangsetting av investeringer i medisinsk teknisk utstyr, og andre investeringer i 2013 foreslås det å gi administrerende direktør fullmakt til å iverksette bestillinger av utstyr og andre investeringer for levering i 2013 til 200 mill kroner.

##### Nye ambulanser

Foretaket har ansvar for å drive forsvarlig ambulansetjeneste. For å kunne tilby en tilfredsstillende ambulansetjeneste er det nødvendig med forutsigbar og jevn utskifting av ambulanseflåten. Antall oppdrag og kjørte kilometer ligger på et jevnt og forutsigbart nivå, med en liten økning hvert år. Erfaringsmessig bør en ambulanse erstattes når den har kjørt omkring 300 000 kilometer. Ved inngangen til 2012 var situasjonen anstrengt, med en gjennomsnittlig kilometerstand som nærmet seg 250.000 kilometer for hele ambulanseflåten. Dette har medført episoder med personell som kommer på vakt uten tilgang til ambulanse å kjøre med. Situasjonen ble bedret etter at nye ambulanser ble levert første kvartal i år, men for å sikre et tilfredsstillende tilbud må det investeres i flere ambulanser i 2013. Leveringstiden på nye ambulanser varierer på mellom seks og ni måneder, og det bes om fullmakt til å gå til anskaffelse av 16 nye ambulanser for levering i 2013, innenfor en ramme på 22,4 mill kroner, og innenfor fullmakt til bestilling av utstyr for levering i 2013.

##### Ny trykktank

Trykktanken ved Ullevål ble installert i 1981 og hovedformålet var å dekke regionens beredskap for akutt trykfallssyke og røykskader. Hyperbar oksygenbehandling har de senere årene vært gjenstand for en betydelig utvikling og foretaket har kontinuerlig beredskap for trykfallssyke, gasseboli, CO-forgiftninger, alvorlige infeksjoner og andre akutte indikasjoner. Dagens trykktank er helstøpt og lar seg ikke tilpasse alvorlig syke

pasienter og intensivpasienter. Dagens utstyr og drift av trykktank oppfyller ikke krav til Europeisk Standard og krav til sikkerhet for pasient og personale. Det anses derfor helt nødvendig å etablere en ny trykktank.

Det er utredet flere alternativer for plassering av ny trykktank og ett av alternativene fremstår som et godt valg, da bemanningskostander kan reduseres grunnet plassering i tilknytning til ny intensivsenhet i nytt Akuttbygg. Investeringsutgiftene antas å være på om lag 24 mill kroner, herav antas trykktanken å koste om lag 14 mill kroner. Det presiseres at det er betydelig usikkerhet knyttet til utgiftene for de bygningsmessige tilpasningene og det må gjennomføres et forprosjekt både for å avklare hvilket alternativ som er best og for å kunne angi en kostnadsramme for de bygningsmessige tilpasningene. Selv om utredningene ikke har kommet lenger anses det nødvendig å orientere styret om status. Anskaffelsesprosessen for ny trykktank er påbegynt og et forprosjekt for avklaring av de bygningsmessige konsekvensene er igangsatt. Når anskaffelsesprosessen krever fullmakt knyttet til finansiering og forprosjekt er gjennomført, legges saken på nytt frem for styret, og da med forslag til utgiftsramme.

#### *Omstillingsinvesteringer*

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

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

Ved utgangen av september er det påløpt utgifter til investering på om lag 230 mill kroner, mot budsjettet 460 mill kroner. I forbindelse med økonomisk langtidspan ble fremdriften i omstillingsprosjektene vurdert på nytt. Estimater for omstillingsinvesteringer i 2012 ble da redusert til om lag 500 mill kroner. Det foretas en ny vurdering av dette i forbindelse med neste rapportering.

I styresak 60/2012 ble styret informert om status for omstillingsprosjekter. To av delprosjektene som var omfattet av redegjørelsen var gjennomlysningslaboratorium for gastroenterologiske prosedyrer ved Ullevål og samlokalisering av avhengighetsbehandling ved Ullevål. Det er nå gjennomført forprosjekter for begge delprosjektene. Nedenfor følger en kort redegjørelser for delprosjektene og anbefalte løsninger.

#### Gjennomlysningslab. for gastroenterologiske prosedyrer ved Ullevål

Delprosjektet er en konsekvens av flytting av gastrokirurgi og gastromedisin fra Aker til Ullevål, samt overføring av GI-kreft (gastrointestinal kreft) fra Radiumhospitalet til Ullevål. Forprosjekt er gjennomført og det anbefales en løsning med ombygging av demonstrasjonsrommet for ortopedi til laboratorium i 2. etasje i bygg 6 og tilrettelegging av demonstrasjonsrom for ortopedi i 1. etasje i lokaler som tidligere ble benyttet til MR.

Planen er i tråd med Avdeling for radiologi og nukleærmedisins strategi om å samle modaliteter for å optimalisere driften.

Det bes om fullmakt til igangsetting av delprosjektet innenfor en investeringsramme på 15 mill kroner. I investeringsrammen er det lagt til grunn at utstyr til demonstrasjonsrom/granskning kan flyttes, og at kapasitetsbegrensninger i bygg 6 knyttet til strømtilførsel avklares før gjennomføring starter.

#### Samlokalisering av avhengighetsbehandling Ullevål

Samlokaliseringsprosjekt for avhengighetsbehandling for voksne knytter seg til en løsning for avhengighetsbehandling ved Ulvin inkludert tidligere enhet ved Frogn.

Samlokaliseringen er gjennomført, men det er behov for en mer varig løsning for virksomheten. Forprosjekt er gjennomført og det anbefales at virksomheten samlokaliseres i bygg 21 på Ullevål innenfor en investeringsramme på 14,8 mill kroner. Det er usikkert om nytt ventilasjonsanlegg må installeres, og dette vil først avklares etter behandling av saken i Arbeidstilsynet og etter behandling av søknad i Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune. Hvis nytt ventilasjonsanlegg må installeres økes investeringsbehovet med 5,8 mill kroner til 20,6 mill kroner. Det bes om fullmakt til igangsetting av delprosjektet som beskrevet over.

#### **4.7. Likviditet**

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF på 2 636 mill kroner mot budsjettet 3 204 mill kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på om lag 420 mill kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med om lag 140 mill kroner. Det positive avviket på kontantstrøm fra drift forklares i stor grad med at pensjonspremie ikke er betalt som forutsatt. Dette gjelder i hovedsak reguleringspremie til Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg er betaling av arbeidsgiveravgift lavere enn budsjettet og leverandørgjelden er midlertidig økt. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling av investeringer.

Estimatet for benyttet driftskreditt ved utgangen av året er om lag 2 940 mill kroner mot budsjettet 3 170 mill kroner. Forskjellen skyldes flere forhold. I tillegg til et negativt driftsresultat er tidspunkt for forventede inn- og utbetaling for flere forhold forskjøvet til 2013. Dette gjelder blant annet endring i praksis for a konto-fakturering knyttet til regionalt gjestepasientoppgjørskontor, forventning om at finansieringen av omstillingsinvesteringer i desember 2012 blir betalt i 2013 og kontanteffekt av lønnsoppjøret. I tillegg viser en ny oversikt over betaling av pensjonspremie at premiene for siste tertial forventes å bli lavere enn budsjettet. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til reguleringspremien fra Oslo pensjonsforsikring AS.

Til tross for at estimatet for benyttet driftskreditt på 2 940 mill kroner ved utgangen av 2012 viser en bedre situasjon enn budsjettet, forventes det at likviditetsbehovet i perioder kan bli større enn bevilget driftskredittramme. Dette må løses ved at Helse Sør-Øst RHF midlertidig øker driftskredittrammen.



## 5 BEMANNING, SYKEFRAVÆR

### 5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF var relativt stabilt i første halvår, men økte i juli med om lag 280 månedsverk knyttet til ferieavvikling mv. Fra juli til september har det kun vært mindre endringer. I oktober skal det normalt ikke være utbetalt lønn/månedsverk knyttet til sommerferieavviklingen, og det var derfor forventet at antall månedsverk i oktober minst skulle reduseres til nivået før sommeren. I oktober er antall brutto månedsverk 17.130 (hvorav 1.191 har en ekstern finansiering) og redusert med 85 fra september. Denne reduksjon er betydelig mindre enn forutsatt både i budsjett og prognose. Noe av dette skyldes etterslep i utbetaling av variabel lønn fra september forenklede enheter, slik at oktobertallene viser utbetaling av variabel lønn for 2 måneder. I tillegg er det noe planlagt økning innenfor plastikkirurgi knyttet til arbeidet med reduksjon av ventelister for brystrekonstruksjoner. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom klinikkene og enkelte klinikker har en større bemanningsutfordring etter at tallene for oktober ble klare. Disse klinikkene vil bli gjenstand for særskilt oppfølging. Klinikkenes bemanningsutvikling per oktober ble gjennomgått i klinikkvise oppfølgingsmøter i uke 42 og blir oppsummert i administrerende direktørs ledermøte 23. oktober.

Sammenlignet med 2011 er antall årsverk knyttet til ordinær drift i oktober 2012 redusert med 283 månedsverk fra samme periode i 2011, og med 217 månedsverk fra desember 2011.

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

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

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

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

### 5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den enkelte stillingsgruppes andel av totalt antall månedsverk er relativt stabil når man sammenligner 2011 med 2012. Endringen for leger må ses i sammenheng med økning i antall årsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger. Justert for denne tekniske økningen på 65 månedsverk fra årsskiftet (gitt uendret ressursbruk) er økningen betydelig mindre enn de 80 årsverkene som fremkommer av tabellvedlegget. Netto økning for leger faller i like deler på fast og variabelt forbruk etter at man hensyntar den tekniske økningen på 65 mot faste månedsverk.

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

### 5.3 Innleie av helsepersonell

Gjennomsnittlig innleide månedsverk er hittil i år 159 per måned (per september). Dette er en reduksjon på 19 månedsverk sammenlignet med tilsvarende periode i 2011. Nedgangen i innleie fortsetter etter sommerferieavviklingen og er i september måned 150 månedsverk:

	201205	201206	201207	201208	201209
Månedsverk innleie per måned	152	182	231	158	150

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

### 5.4 Deltid

Helseforetakets mål for 2012 er å videreføre det systematiske arbeidet for å redusere andelen deltidsansatte i tråd med foretakets vedtatte handlingsplan.

Tabellen viser oversikt over utviklingen i de nasjonale indikatorer for andelen deltid av fast ansatte i 2012.

Måned 2012	Andel i prosent	Gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gjennomsnittlig korrigert stillingsprosent*
Januar	17,8	94,7	16,1	95,3
Februar	18,2	95,7	15,4	96,7
Mars	18,3	95,7	15,4	96,7
April	18,2	95,7	15,2	96,8
Mai	18,2	95,7	15,2	96,7
Juni	18,1	95,7	15,2	96,8
Juli	18,0	95,9	15,0	97,0
August	17,8	95,9	14,9	96,9
September	17,8	96,4	14,9	97,4

\*Kolonnen korrigert andel deltid viser andel deltidsansatte fratrukket de som arbeider deltid på grunn av ulike individuelle forhold som det ikke er aktuelt å endre for eksempel rettighetspermisjoner, delvis uførepensjon og godkjente bierverv ved høyskole / universitet.

Erfaringen fra andre helseforetak viser at korrigert andel deltid blir vesentlig redusert ved en gjennomgang slik at disse arbeidsforholdene registreres korrekt i Personalportalen. Ventelig vil den vedtatte endrede fordeling med overføring av registreringsoppgaver fra leder til Personalseksjonen, gi en mer korrekt registrering. Dette vil gi et bedre uttrykk for potensialet for reduksjon av det samlede deltidsomfanget. Tabellen viser en reduksjon i korrigert andel deltid på drøyt 13 pst i perioden fra januar til september.

Egenrapporteringen av uønsket / ønsket deltid i Personalportalen viser at det per 11. oktober er registrert 88 ansatte i uønsket deltid.

For å redusere uønsket deltid pågår to prosjekter med støtte fra midler tildelt via NAV. Medisinsk klinikk har etablert egen bemanningsenhet for sykepleietjenesten. Alle i deltid får tilbud om å fylle opp til ønsket stillingsprosent. I Kvinne- og barneklubben pågår et prosjekt i Fødeenheten på Rikshospitalet for å se om forlenget vakt i helgen kan gjennomføres og gi mindre bruk av deltid. 8 jordmødre starter nå med endret arbeidstid.

Den sentrale enheten for personalformidling vil gradvis utvide tilbudet om ekstravakter, og da også tilbud til deltidsansatte om å fylle opp til ønsket stillingsprosent. I denne sammenheng er det innledet et samarbeid med enheter i Kvinne- og barneklubben. Det jobbes for at enheten skal kunne gi et tilbud gjeldende for alle klinikker og yrkesgrupper.

### **5.5 Sykefravær**

Per august 2012 er totalt sykefravær 7,2 pst i gjennomsnitt, fordelt på 2,5 pst korttidsfravær og 4,7 pst langtidsfravær. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2011 er dette 0,1 pst lavere, og uforandret fra forrige rapportering. Langtidsfraværet viser en nedgang på om lag 0,2 pst, mens korttidsfraværet har steget 0,1 pst.

Utviklingen i sykefraværet i 2012 viser en klar nedadgående kurve fra det høye fraværet i februar måned frem til august. De siste tre månedene viser en særlig positiv utvikling for hele foretaket sammenliknet med tidligere år, og i juli måned var foretakets sykefravær 6,1 pst mot 7,6 pst i juli måned i 2011. Det er gjort tekniske undersøkelser for å verifisere tallgrunnlaget og ikke funnet registrerings- eller systemfeil. Det arbeides videre for å avdekke eventuelle tekniske årsaker til den positive utviklingen.

Ved enheter som har hatt særskilt høyt sykefravær, for eksempel enkelte avdelinger ved Kvinne- og barneklubben og Akuttklubben, er det iverksatt målrettede tiltak for å bedre sykefraværet. Dette har gitt positive utslag og tiltak og klinikkene fremhever rekrutteringstiltak for å sikre bemanning i utsatte yrkesgrupper, et fortsatt sterkt fokus på oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær, i tillegg til oppfølging av langtidssykmeldte og gravide arbeidstakere. Samarbeidet mellom avdeling, HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen står sentralt i håndtering av arbeidsrelatert fravær. Inkluderende arbeidsliv blir fulgt opp i klinikk AMU og sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

---

**SAK 73/2012**

**RAPPORTERING PER SEPTEMBER 2012**

Grunnet sen rapporteringsdato i oktober var rapportering per september 2012 ikke ferdigstilt når styrepapirene ble sendt ut. Sakspapirene vil bli ettersendt mandag 22. oktober.

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

# Intern resultatrapport- vedlegg til styresak 73/2012

Oslo universitetssykehus HF

Rapportering per september 2012  
(Bemanning til og med oktober)

# 1 Tabellvedlegg - innhold

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1 Innhold i tabellvedlegg

### 2 Pasientbehandling

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

### 3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik
- 3.5 Tiltaksrapportering

### Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## 4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

### Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år  
Status per mnd: Akkumulerte tall

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

## 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

AKKUMULERT PER SEPTEMBER	Status per SEPTEMBER			Endring fra 2011	
	Resultat	Avvik	Avvik i %	i antall	i %
<b>Klinikk</b>					
Medisinsk klinikk	20 945	1 192	6,0 %	-1 001	-4,6 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	40 758	-30	-0,1 %	-1 171	-2,9 %
Kvinne- og barneklubben	25 863	521	2,1 %	-368	-1,4 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	41 090	57	0,1 %	-1 151	-2,7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	23 730	-96	-0,4 %	564	2,4 %
Akuttklubben	3 141	648	26,0 %	639	25,5 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	91	62	213,8 %	-15	-14,2 %
Stab, Utenlandskontoret	81	81		11	15,7 %
Biologiske legemidler	1 541	-19	-1,2 %	-	
Fellesposter	0	762	-100,0 %	-77	-100,0 %
<b>SUM</b>	<b>157 240</b>	<b>3 178</b>	<b>2,1 %</b>	<b>-2 569</b>	<b>-1,6 %</b>

Merknader:

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

## 2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapportering Sep 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk		Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
Aktivitet	Indikator								
<b>VOP</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	96	93	3	3,2 %	1 024	799	225	28,2 %
	Liggedøgn	6 557	6 417	140	2,2 %	57 202	56 509	693	1,2 %
	Dagopphold	61	0	61		453	0	453	
	Polikliniske konsultasjoner	6 550	6 386	164	2,6 %	60 457	51 883	8 574	16,5 %
<b>BUP</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	5	12	-7	-58,3 %	69	67	2	3,0 %
	Liggedøgn	193	382	-189	-49,5 %	2 740	3 389	-649	-19,2 %
	Dagopphold	200	263	-63	-24,0 %	2 037	2 187	-150	-6,9 %
	Polikliniske konsultasjoner	3 787	4 798	-1 011	-21,1 %	32 961	35 541	-2 580	-7,3 %
<b>TSB</b>	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	227	193	34	17,6 %	2 068	1 712	356	20,8 %
	Liggedøgn	2 072	2 363	-291	-12,3 %	21 302	21 061	241	1,1 %
	Dagopphold	43	266	-223	-83,8 %	498	1 331	-833	-62,6 %
	Polikliniske konsultasjoner	628	844	-216	-25,6 %	6 267	7 171	-904	-12,6 %

### Forkortelser:

VOP: Voksenpsykiatri

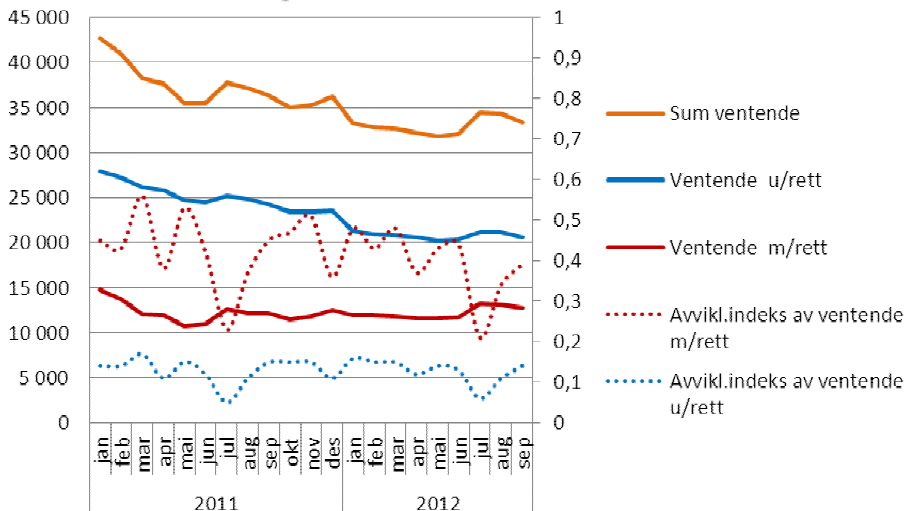
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

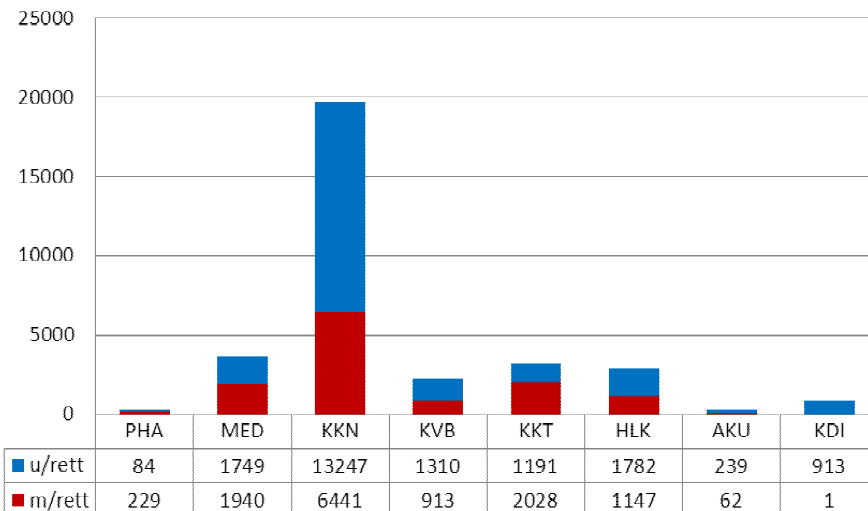


## 2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende

### Ventende og avviki.indeks 2011-2012 OUS

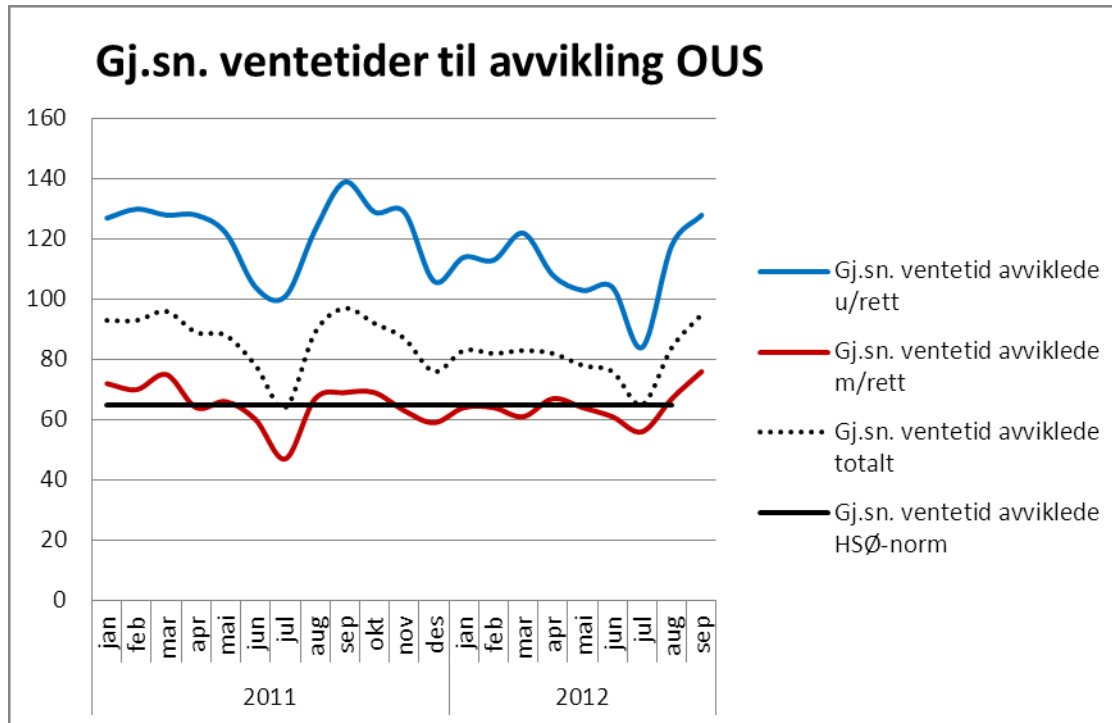


### Ventende per klinikk 30.09.2012



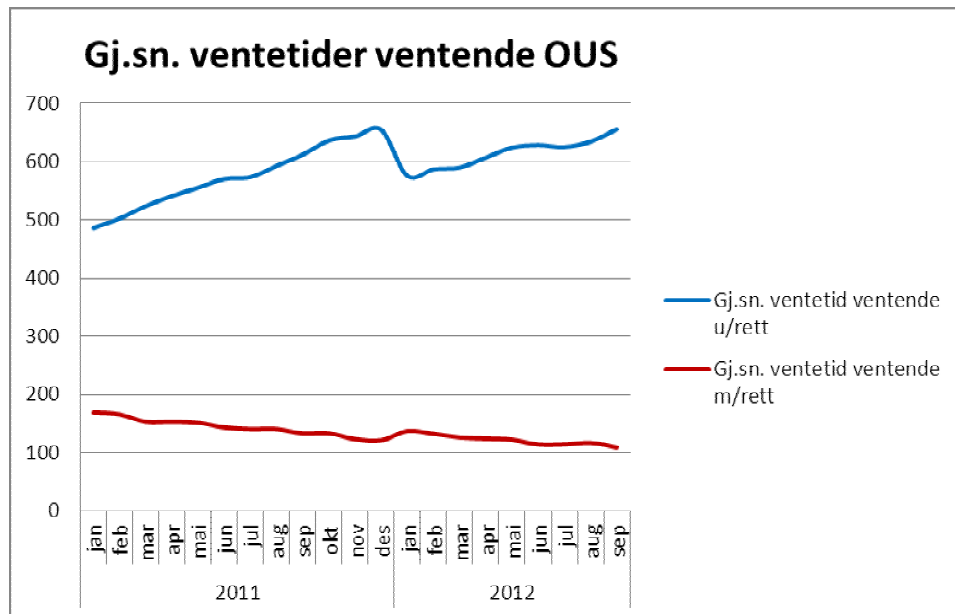
Sum ventende	2011												2012									Utvikling
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	
PHA	535	501	509	447	447	457	484	441	410	395	391	459	285	310	295	305	330	307	367	345	313	
MED	4 667	4 525	4 238	4 022	3 760	3 808	4 036	4 036	3 862	3 714	3 772	3 801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

## 2.3 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



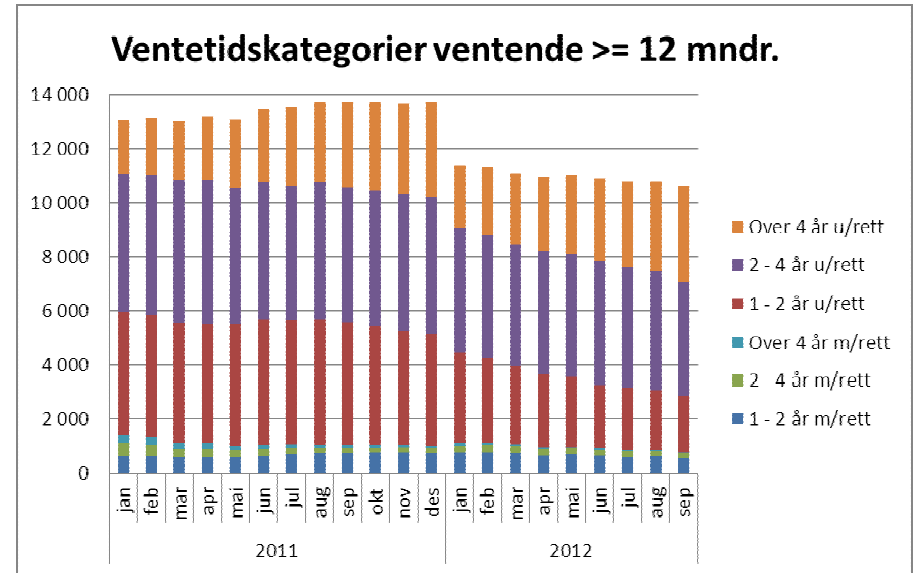
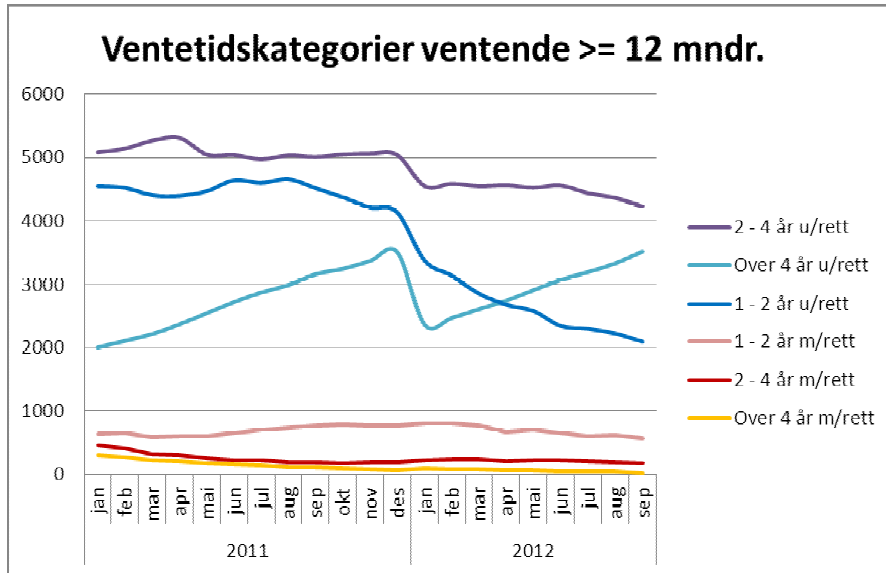
Gj.sn. v.tid til avvikling	2011												2012									Utvikling
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	
PHA	57	51	58	48	46	51	45	42	52	45	39	43	44	63	39	37	38	38	36	47	45	
MED	69	70	65	60	73	56	51	71	99	81	67	55	75	74	72	61	62	57	41	55	63	
KKN	118	124	126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

## 2.3 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



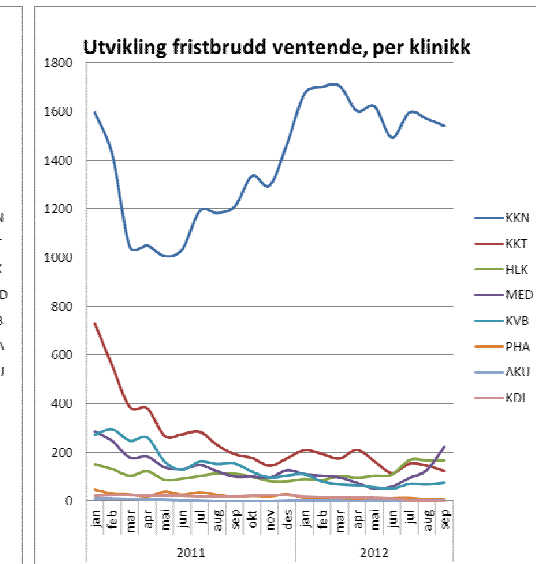
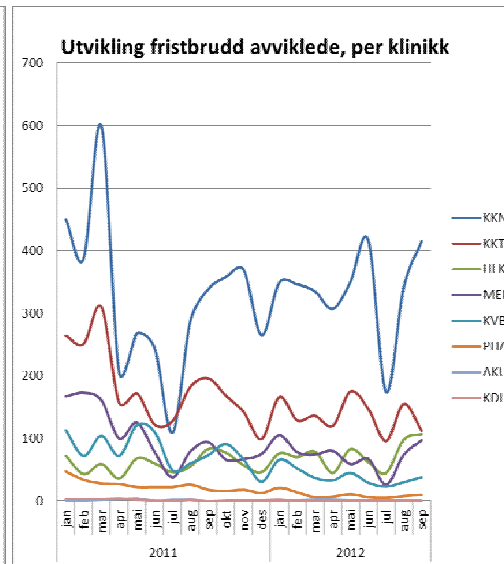
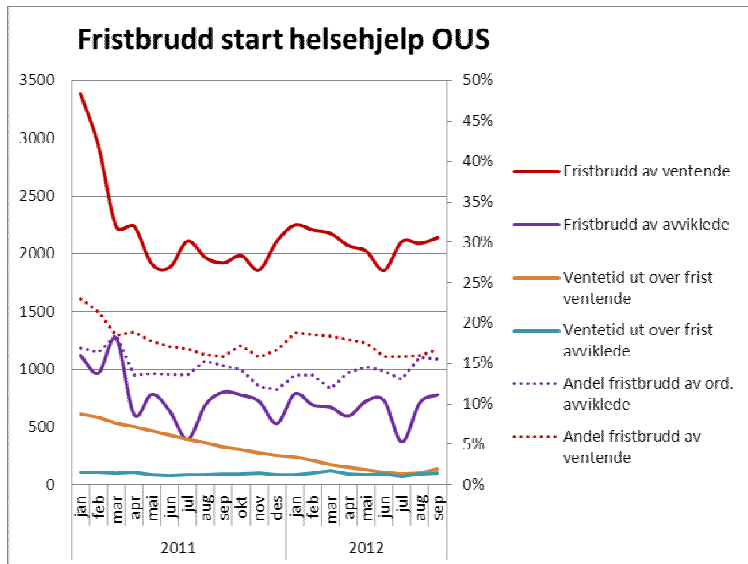
Gj.sn. v.tid ventende	2011												2012									Utvikling
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	
PHA	116	118	108	127	132	127	130	146	137	152	159	143	59	41	38	42	40	40	45	44	40	
MED	361	371	385	403	421	414	388	395	398	399	387	388	215	202	184	187	191	180	178	178	180	
KKN	433	449	478	491	515	520	513	534	546	568	570	575	565	576	587	602	609	615	606	622	631	
KVB	367	388	402	421	447	464	467	490	514	539	532	512	231	216	208	209	213	196	189	191	198	
KKT	194	190	174	174	172	174	168	168	154	150	142	138	122	119	111	114	111	102	108	94	81	
HLK	225	224	222	216	210	197	199	205	192	195	188	183	178	174	158	165	164	159	160	158	150	
AKU	322	321	317	327	352	375	384	392	382	401	423	405	106	105	92	96	92	73	89	78	72	
KDI	539	535	539	581	428	465	456	435	476	522	515	547	574	622	589	603	589	596	611	622	620	

# 2.3 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)



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

# 2.4 Utvikling fristbrudd



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

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

Kommentar: Det er noen små forskjeller i tallene i tabellene ovenfor sammenlignet med tabell på neste side. Dette skyldes at data er tatt ut på ulike tidspunkter.

## 2.4 Fristbrudd per klinikk

	Periodedetail			Øyeblikkstill ved utgangen av perioden					
	Ekskludert utsettelse			Inkludert utsettelse			Ekskludert utsettelse		
	Antall med frist i perioden	Fristbrudd oppstått i perioden	Antall fristbrudd ordinært avvirket	Fristbrudd	Antall ventende	Prosent andel	Fristbrudd	Antall ventende	Prosent andel
<b>Total</b>	6 215	1 038	784	2 907	14 203	20,5	2 100	12 737	16,5
Klinikk psykisk helse og avhengighet	155	13	10	27	271	10,0	5	230	2,2
Medisinsk klinikk	1 132	199	97	350	2 186	16,0	221	1 933	11,4
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2 105	495	417	1 878	6 984	26,9	1 516	6 416	23,6
Kvinne- og barneklubben	671	66	37	149	1 090	13,7	77	919	8,4
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.	1 401	135	114	274	2 348	11,7	112	2 018	5,6
Hjerte-, lunge- og karklubben	633	127	107	220	1 244	17,7	163	1 146	14,2
Akuttklubben	112	1	1	4	68	5,9	1	63	1,6
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2	-	-	-	1	0,0	-	1	0

Kommentar: Det er noen små forskjeller i tallene i tabellen ovenfor sammenlignet med tabellene på forrige side. Dette skyldes at data er tatt ut på ulike tidspunkter.

## 2.5 Gjennomsnittlig vurderingstid fra mottak henvisning til ferdig vurdert

	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	2012	
KDI	3,8	5,7	10,2	3,5	2,9	6,9	41,6	27,0	23,0	13,2	
KVB	14,3	12,3	10,6	13,3	13,9	14,2	13,4	11,5	8,8	12,5	
KKN	12,2	13,1	9,4	12,1	11,5	12,1	11,2	12,8	9,2	11,5	
AKU	10,2	5,0	9,7	10,3	6,6	8,5	8,1	10,2	6,0	8,3	
PHA	7,3	8,8	8,2	9,8	8,3	8,0	7,4	6,1	7,6	7,9	
HLK	8,3	6,2	4,6	7,2	6,7	6,7	6,0	5,7	5,1	6,3	
MED	4,3	6,4	5,1	8,0	5,5	5,9	6,2	4,4	4,9	5,6	
KKT	5,3	5,6	4,8	5,3	5,3	4,6	4,7	5,3	4,6	5,1	
Gj.sn. mnd.	9,0	9,2	7,3	9,3	8,5	8,9	10,0	9,2	7,6	8,7	

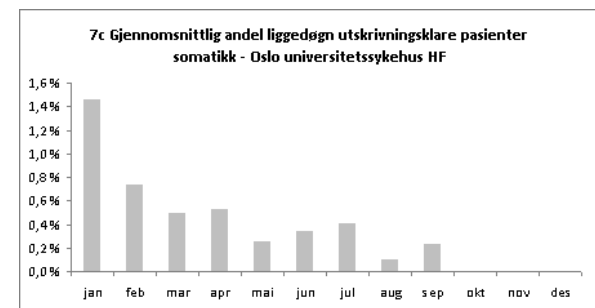
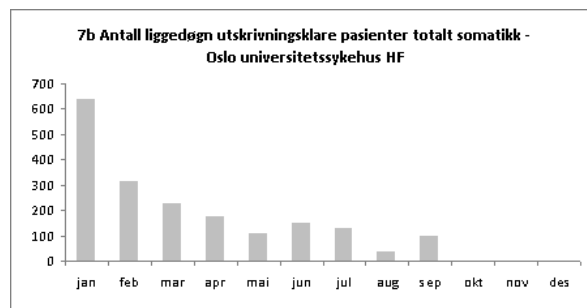
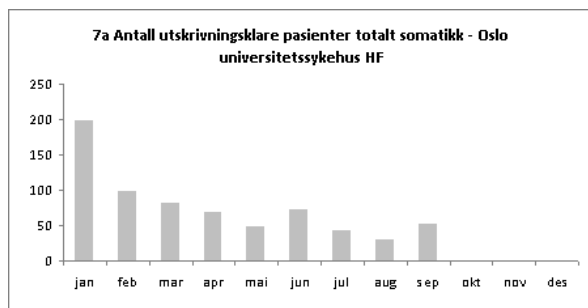
Kommentar: Rapporteringen inneholder også viderehenvisninger i spesialisthelsetjenesten

# 2.6 Andre styringsparametre

Månedlige styringsparametere	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	HiÅ
5a Andel korridorpasienter - somatikk	0,8 %	1,0 %	0,9 %	0,7 %	0,8 %	1,2 %	0,7 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning										
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	198	99	82	68	49	72	43	29	52	692
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	640	313	226	176	107	150	131	34	97	1 874
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	1,5 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	19	23	20	22	22	21	18	22	15	182
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	438	464	442	469	564	521	491	509	362	4 260
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	7,0 %	7,7 %	6,6 %	7,3 %	8,3 %	8,4 %	8,1 %	8,2 %	5,5 %	7,4 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvising (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	8	8	7	9	8	8	8	8	7	8
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle										
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt										

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

## Utvikling utskrivningsklare pasienter somatikk:





## 3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk Aug	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	908 743	908 743	0	0,0 %	7 729 529	7 729 529	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	514 985	507 256	7 730	1,5 %	4 390 077	4 362 837	27 240	0,6 %
Andre inntekter	110 726	145 511	-34 784	-23,9 %	1 225 745	1 172 084	53 661	4,6 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 534 455</b>	<b>1 561 509</b>	<b>-27 055</b>	<b>-1,7 %</b>	<b>13 345 351</b>	<b>13 264 450</b>	<b>80 901</b>	<b>0,6 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	1 125 243	1 089 906	35 337	-3,2 %	9 512 248	9 233 880	278 368	-3,0 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	204 658	208 098	-3 440	1,7 %	1 819 562	1 795 483	24 079	-1,3 %
Andre driftskostnader	244 647	270 846	-26 200	9,7 %	2 343 058	2 456 241	-113 184	4,6 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 574 548</b>	<b>1 568 851</b>	<b>5 697</b>	<b>-0,4 %</b>	<b>13 674 867</b>	<b>13 485 604</b>	<b>189 263</b>	<b>-1,4 %</b>
Driftsresultat	-40 093	-7 341	-32 752	-2,1 %	-329 516	-221 154	-108 362	-0,8 %
Netto finans	-20 549	-10 352	-10 197	-98,5 %	-76 726	-67 681	-9 045	-13,4 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>-60 642</b>	<b>-17 693</b>	<b>-42 949</b>	<b>-2,7 %</b>	<b>-406 242</b>	<b>-288 835</b>	<b>-117 407</b>	<b>-0,9 %</b>

Kommentar: I resultat hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mill kroner og avsetning for anbefalt avkorting fra Avregningsutvalget knyttet til flere konsultasjoner samme dag med 20 mill kroner for 2011 og 17 mill kroner for 2012.

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

Art. ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
<b>Basisramme</b>	7 729 529	7 729 529	0	i/a
<b>ISF egne pasienter</b>	1 562 682	1 459 677	103 005	De totale ISF-inntektene er omtrent 37 mill høyere enn budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet
<b>ISF somatisk poliklinisk aktivitet</b>	211 319	295 138	-83 819	somatikk. ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom øvrige ISF-
<b>ISF-refusjon kommunal medfinansiering</b>	430 164	411 698	18 466	inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt.
<b>ISF-inntekt kostnadskrevene legemidler UTENFO</b>	23 551	23 842	-291	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er lavere enn budsjettet, og per september er det et negativt budsjettavvik på 14 mill kroner. Avviket forventes å øke.
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	4 133	18 170	-14 037	
<b>Gjestepasienter</b>	368 117	356 439	11 679	Gjestepasientinntektene er noe høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
<b>Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)</b>	1 486 791	1 502 968	-16 177	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe lavere enn budsjettet. Deler av dette relateres til forhold fra tidligere år (kurdøgn SSE).
<b>Polikliniske inntekter</b>	303 320	294 906	8 414	De polikliniske inntektene er 8,4 mnok høyere enn budsjettet. Dette gjelder i hovedsak laboratorie- og radiologiområdet.
<b>Øremerkede tilskudd raskere tilbake</b>	32 744	16 742	16 002	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Halvparten av avviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	662 496	676 211	-13 715	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn periodisert budsjett, men må sees i sammenheng med merinntekt under andre driftsinntekter.
<b>Andre driftsinntekter</b>	530 505	479 130	51 374	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok og 37 mnok inntektsstap knyttet til Avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettet. Deler av avviket er relatert til aktivitet med ekstern finansiering og må ses i sammenheng med avvik for andre øremerkede tilskudd.
	13 345 351	13 264 450	80 901	
<b>Kjøp av off helsetjenester</b>	58 388	56 324	2 065	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en merkostnad på om lag 7,2 mnok.
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	162 842	157 717	5 125	Hoveddelen av avviket skyldes kostnader til behandling i utlandet (utenlandskontoret).
<b>Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG</b>	1 563 475	1 537 361	26 114	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. De fleste klinikkene har høyere varekostnader enn budsjettet. Deler av ufordelte budsjettmidler er budsjettet under varekostnader, og merkostnadene på klinikk utgjør tilsammen 82 mnok. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre implantater. Dette relateres delvis til prisøkninger og delvis til høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet. Deler av avviket relateres også til svært
<b>Innleid arbeidskraft - del av kto 458</b>	102 028	65 321	36 708	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Sammenlinget med fjoråret er innleiekostnadene redusert. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere. Innenfor andre områder, som for eksempel nyfødt, skyldes avviket delvis høy aktivitet.
<b>Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)</b>	34 857	44 082	-9 225	Per september er det lavere kostnader til kjøp av konserninterne gjestepasienter - 9,2 mnok. Hoveddelen av avviket er innenfor somatikken.
<b>Lønn til fast ansatte</b>	6 189 096	6 030 413	158 683	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 241 mnok. Avviket skyldes vesentlig høyere bemanning enn budsjettet, hvorav noe kan relateres til høyere aktivitet. De økte
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	753 797	638 137	115 660	høyere bemanning enn budsjettet, hvorav noe kan relateres til høyere aktivitet. De økte
<b>Pensjon</b>	1 826 347	1 826 347	0	pensjonskostnadene for 2012 er underfinansiert med 40 mnok hvorav 30 mnok per september Dette gir
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-452 004	-359 766	-92 238	tilsvarende avvik innenfor lønnsområdet for øvrig, vesentlig for overtid og ekstrahjelp. Avvik for
<b>Annen lønn</b>	1 092 984	1 033 428	59 556	overtid/ekstrahjelp finansieres i stor grad av at sykkelønsrefusjonene er høyere enn budsjettet.
<b>Avskrivninger</b>	589 406	600 000	-10 594	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for
<b>Nedskrivninger</b>	33	0	33	i/a
<b>Andre driftskostnader</b>	1 753 619	1 856 242	-102 623	Det er mindreforbruk på flere poster, blant annet er energikostnadene omlag 40 mnok lavere enn budsjettet. Videre er det noe forsiktig budsjettering. Øvrige driftskostnader er noe lavere enn budsjettet hittil i år.
	13 674 867	13 485 604	189 263	Forsinket fremdrift innenfor IKT-investeringsprosjekter gir lavere kostnader enn budsjettet innenfor IKT-
<b>Finansinntekter</b>	-5 358	18 057	-23 415	Avviket skyldes inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne eliminerings relatert til AS'ene. Det er en mindreinntekt fra Sophies Minde Ortopedi 5,5 mnok per september.
<b>Finanskostnader</b>	71 369	85 738	-14 369	Rentekostnadene er nesten 14,3 mnok lavere enn budsjettet. Dette skyldes at rentesatsen for 2. halvår er lavere enn det som er forutsatt i budsjettet.
<b>Netto finans</b>	76 726	67 681	9 045	
<b>TOTALT</b>	-406 242	-288 835	-117 407	

### 3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Sep 2012	Denne periode				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1 884	0	1 884	1,2 %	16 024	0	16 024	1,2 %
Medisinsk klinikk	-9 348	0	-9 348	-9,0 %	-20 014	0	-20 014	-2,6 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-4 467	0	-4 467	-2,4 %	-100 064	0	-100 064	-7,2 %
Kvinne- og barneklubben	4 117	0	4 117	3,2 %	-5 858	0	-5 858	-0,6 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-25 782	0	-25 782	-12,1 %	-125 042	0	-125 042	-7,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-14 790	0	-14 790	-16,0 %	-73 451	0	-73 451	-10,5 %
Akuttklubben	-4 618	0	-4 618	-2,3 %	-75 958	0	-75 958	-4,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	4 556	0	4 556	2,5 %	20 199	0	20 199	1,4 %
Oslo sykehusservice	21 292	0	21 292	15,2 %	21 061	0	21 061	1,5 %
Konsern	-819	165	-984	-	1 092	7 375	-6 283	-
Kreftregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Fellesposter	-30 931	-17 859	-13 072	-42,7 %	-119 981	-296 214	176 233	-7,4 %
Direktørensstab	-1 735	0	-1 735	-1,6 %	55 750	0	55 750	6,5 %
<b>Sum OUS</b>	<b>-60 642</b>	<b>-17 693</b>	<b>-42 949</b>	<b>-2,7 %</b>	<b>-406 242</b>	<b>-288 835</b>	<b>-117 407</b>	<b>-0,9 %</b>

Rapportering Sep	Denne periode				Hittil i år			
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
<b>Økonomisk resultat</b>								
Somatikk	-50 333	0	-50 333	-4,9 %	-380 189	0	-380 193	-4,5 %
Psykisk helsevern og rus	1 884	0	1 884	1,2 %	16 024	0	16 024	1,2 %
Stab og Oslo sykehusservice	19 556	0	19 556	7,3 %	76 812	0	76 812	3,4 %
Fellesposter mv	-31 750	-17 693	-14 056	-15,0 %	-118 889	-288 836	169 949	10,5 %
<b>Sum OUS</b>	<b>-60 642</b>	<b>-17 693</b>	<b>-42 949</b>	<b>-2,7 %</b>	<b>-406 242</b>	<b>-288 836</b>	<b>-117 407</b>	<b>-0,9 %</b>

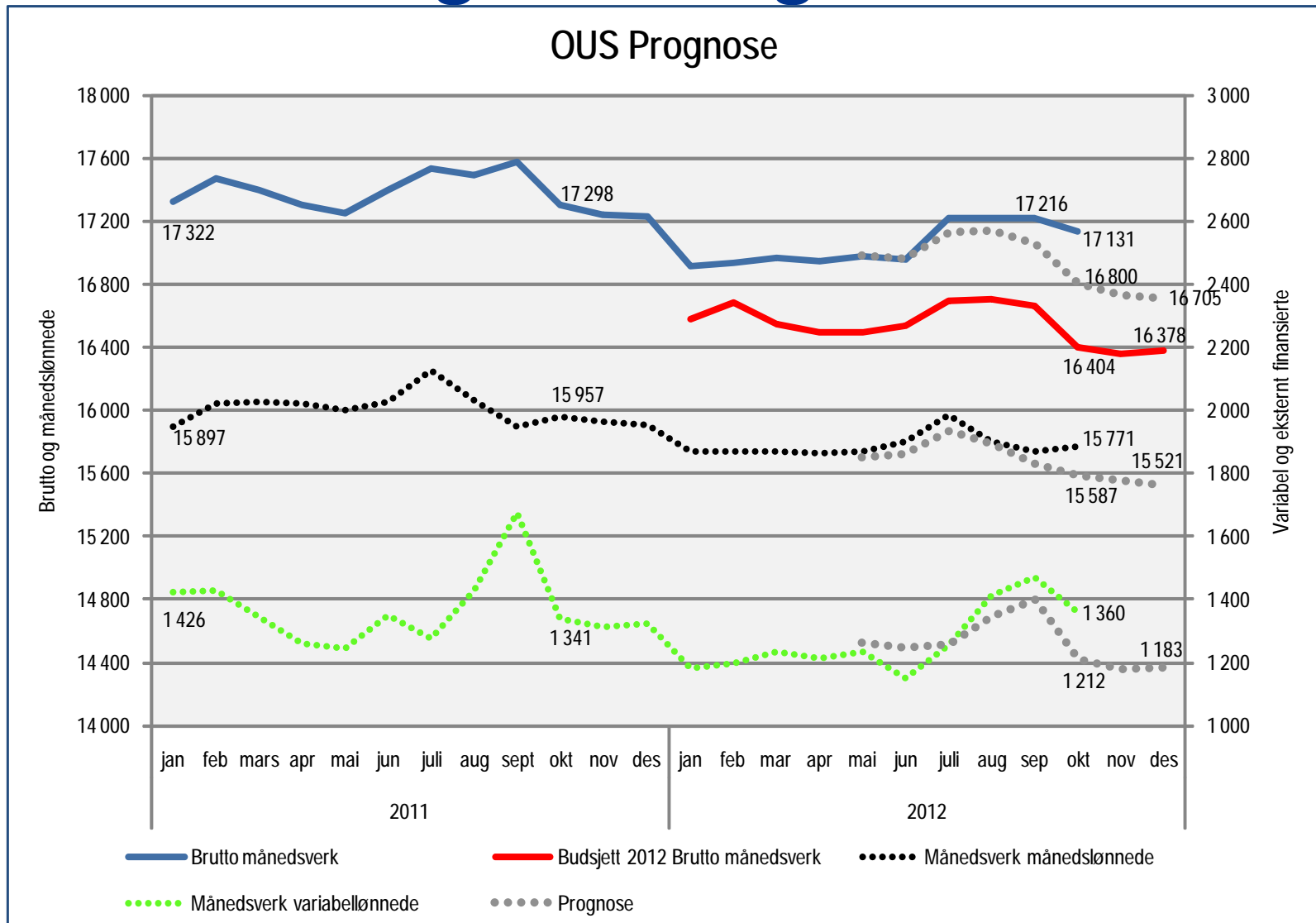
## 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per september

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 16,0	Regnskapet viser totalt sett et positivt budsjettavvik på 2 mnok for september. Klinikken har negativt avvik på inntekter, men dette utlignes av et positivt avvik på lønn og driftskostnader. Det framtidige kostnadsnivået og utfordringene knyttet til den nødvendige reduksjonen i antall årsverk, er avhengig av gjennomføringen av bemanningstilpasningen. Denne prosessen er forsinket og endret ift forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet. Sammen med utviklingen av framtidig drift, vil ytterligere kostnadsreducerende tiltak løpende vurderes og iverksettes for å opprettholde budsjettbalanse.
Medisinsk klinikk	- 20,0	Resultatet for medisinsk klinikk hittil i år er som forventet. Den negative resultatendringen i september isolert er i stor grad styrt av redusert DRG pr pasient og bortfall av en vesentlig diagnose med effekt på ca. 175 DRG poeng (Tracheostomier). Siden andel ø-hjelp er så høy er dette ikke et planlagt DRG bortfall og dermed er det ikke mulig å redusere kostnader tilsvarende. Aktivitet så langt i oktober viser et nivå som tidligere i år.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 100,1	Klinikken har et merforbruk på 5 mnok. Det er inntektsført 7 mnok på kurdøgn knyttet til 2010 og 2011. Ser man bort fra disse inntektene fra tidligere år så er det reelle resultatet for klinikken i september et merforbruk på 12 mnok. Det er knyttet til høye lønnskostnader og merforbruk på varekostnader, særlig på Nevrokirurgisk avdeling. Relativt høy aktivitet i september gir merinntekter på 5 mnok (ekslusiv 7 mnok for kurdøgn fra tidligere år)
Kvinne- og barneklubben	- 5,9	I september forbedret klubben resultatet med ca 4 mnok. De to viktigste forklaringene bak det gode resultatet i september er etterkodning av DRG (ca 1 mnok i effekt) og reversering av tidligere for høye avsetninger på innleie og lønn (ca 4 mnok i effekt). Hittil i år har klubben et negativt avvik på ca -6 mnok. Pga budsjettekniske forhold (for eksempel har Nyfødtsscreeningen forskyvinger i sine innkjøp i forhold til budsjettet plan) som bedrer resultatet hittil i år med ca 5 mnok, er det reelle resultatet pr september rundt -11 mnok.
Kreft-, kirurgi og tansplantasjonsklubben	- 125,0	Klubben har et resultat i september som er en vesentlig forverring. Av spesiell betydning for perioderesultatet er et avvik på ISF-inntekter på 3.6 mnok og et avvik på varekostnader på 4.4 mnok. Også avviket på personalkostnader er om lag 2 mnok dårligere enn trenden så langt i år.
Hjerte-, lunge- og karklubben	- 73,5	Klubben har et forverret resultat på ca 14 mnok i september. Av dette utgjør udef ca 3,3 mnok. 3 mnok er avvik på ISF, 3 mill på lønn og ca 4 mill på andre medisinske forbruksvarer. Klubben er i gang med en stor omstilling på TKA, men er betydelig forsinket i prosess. Klubben har 35 mnok liggende på udefinert uten vedtatte tiltak, og dette utgjør ca -26 mnok per september og utgjør ca halvparten av klubbens avvik på lønn. Det resterende avviket på lønn ligger på TKA og kan knyttes til at omstillingen av TKA er bakt inn i budsjettet men forsinket i oppstart.
Akuttklubben	- 76,0	Månedens avvik er noe mindre enn tidligere perioder. Om lag 2/3-deler av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak merforbruk av overtid PhS, intensiv, Anestesi-området, Steril og Akuttmottak. Videre er det et merforbruk på innleie på om lag 12 mnok (vesentlig Intensiv og Operasjon) som skyldes økt aktivitet og mangel på spesialiserte pleiere. Merforbruk på varekostnader på 9,4 mnok er inklusiv økt forbruk av engangsutstyr til robot- og laparoscopioperasjoner samt medisinske forbruksvarer til intensiv.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	+ 20,2	Inntekter gir positivt avvik pga høy aktivitet på AMG, IMM, MBK og MIK. Kompenserer for negativt avvik på ARN der noe er knyttet til forsiktige estimater, men skal reelt være lavere enn budsjett. Varekostnader med noe overforbruk knyttet avdelinger med høy aktivitet. Lønnskostnadene er reelt sett litt høyere pga endret prinsipp rundt avsetning variabel lønn som følge av UTA konvertering (ca 3"). Periodiseringsproblematikk i juni tilsvarer ca 8" i positivt avvik, den positive effekten vil bli redusert i løpet av året. Stort positivt avvik på internhandel som henger sammen med varekostnader. (PNA, stamcellehøsting, oppryddning i prosjekter og viderefakturering av blod).
Oslo sykehusservice	+ 21,6	OSS har et positivt resultat siste periode og hittil i år på ca. 20 mnok. Dette skyldes lavere energipriser i 2012 enn det som ble lagt til grunn i budsjett. Eksklusive energi har OSS sin øvrige drift et negativt avvik hittil i år på 20 mnok. Dette skyldes manglende tiltak for 30 mnok. Tiltak for 80 mnok er implementert og vil samlet sett få den totaleffekt som er forutsatt i budsjett for 2012.
Stab	+ 55,8	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, reduserte forsikringskostnader (kollektiv ulykke/ gruppelev), tilbakebetaling 2011 fra Sykehuspartner innenfor HR mv. I tillegg kommer at IKT-området har overskudd som følge av forsinket gjennomføring av prosjekter mv.
Fellesposter mv	+ 176,0	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, økte ISF-inntekter, reduserte finanskostnader, gevinst fra salg av eiendom, økte pensjonskostnader og avsetning knyttet til sak fra Avregningsutvalget.
Samlet avvik	- 117,4	I samlet avvik inngår gevinst fra salg av eiendom med 50 mnok og avsetning knyttet til sak fra Avregningsutvalget med 37 mnok.

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

Budsjetterte tiltak per september etter innsatsområde.									avvik fra budsjett kr	gj.føring i %
Klinikk	1. Bem. norm	2. Kjøp av tid	3. Innkjøp	4. Samarb. m andre	5. Tverrgående	6. Annet	9. AHUS	Totalt		
PHA	1 600	0	0	0	0	0	0	1 600	-	100 %
MED	800	2 000	4 500	2 800	2 500	2 000	600	15 100	-2 500	83 %
KKN	8 700	6 100	100	0	0	4 100	0	19 000	-3 200	83 %
KVB	13 500	1 500	1 100	700	1 300	3 400	17 300	38 900	-11 700	70 %
KKT	10 700	4 300	11 900	0	6 200	1 200	0	34 200	-12 400	64 %
HLK	1 000	2 300	1 800	0	400	8 300	0	13 700	-3 900	72 %
AKU	900	6 300	0	0	6 300	0	600	14 100	-	100 %
KDI	8 500	9 200	2 000	600	13 100	800	0	34 200	-5 000	85 %
OSS	0	0	11 000	0	36 900	5 800	5 300	58 900	-7 700	87 %
<b>Totalt</b>	<b>45 700</b>	<b>31 700</b>	<b>32 400</b>	<b>4 100</b>	<b>66 700</b>	<b>25 600</b>	<b>23 800</b>	<b>229 700</b>	<b>-46 300</b>	<b>80 %</b>

# 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS Indikator	2012				2012 hittil i år				2012 mot 2011					
	Okt	Budsjett	Avvik	%-vis avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	%-vis avvik	Δ okt til okt	%-vis endring	Δ des til okt	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	17 131	16 404	727	4,4 %	17 048	16 578	470	2,8 %	-167	-1,0 %	-99	-0,6 %	-356	-2,0 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	15 939	15 238	701	4,6 %	15 886	15 412	474	3,1 %	-218	-1,3 %	-152	-0,9 %	-429	-2,6 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 191	1 165	26	2,2 %	1 162	1 165	-4	-0,3 %	51	4,4 %	53	4,7 %	73	6,7 %
Innleie fra vikarbyrå (sep)	150				159				-29	-16,2 %	-108	-42,0 %	-19	-10,5 %
Månedsverk månedslønnede	15 771				15 777				-185	-1,2 %	-134	-0,8 %	-250	-1,6 %
Månedsverk variabellønnede	1 360				1 271				18	1,4 %	35	2,7 %	-106	-7,7 %
Netto månedsverk nasj. ind. (aug)	12 682				13 455				282	2,3 %	-856	-6,3 %	-204	-1,5 %
Sykefraværprosent (aug)	6,4				7,1				0,1	1,7 %	-1,7	-20,7 %	-0,2	-2,8 %

Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.	2011	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Des	Okt	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ okt til okt	Δ des til okt	Δ hittil i år mot hittil i fjor
PHA	2 215	2 087	2 122	-35	2 133	2 208	-76	-152	-128	-159
MED	1 230	1 225	1 111	114	1 203	1 116	88	16	-5	-71
KKN	2 032	2 095	1 882	213	2 042	1 895	147	37	63	-4
KVB	1 602	1 584	1 581	4	1 593	1 592	1	-14	-18	-29
KKT	2 120	2 123	2 028	95	2 104	2 031	73	-6	3	-42
HLK	781	801	705	96	782	700	81	15	20	9
AKU	2 249	2 196	2 159	38	2 231	2 173	58	-62	-52	-13
KDI	1 877	1 891	1 848	43	1 874	1 866	8	-6	14	-0
OSS	1 757	1 717	1 573	144	1 705	1 599	105	-35	-40	-91
STA	227	219	230	-10	219	229	-10	-9	-8	-25
<b>Oslo universitetssykehus</b>	<b>16 091</b>	<b>15 939</b>	<b>15 238</b>	<b>701</b>	<b>15 886</b>	<b>15 412</b>	<b>474</b>	<b>-218</b>	<b>-152</b>	<b>-429</b>

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

## 4.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

Brutto månedsverk, ekskl. økst.fin.		2010	2011	2012										2012 mot 2011 og 2010			Andel av klinikk brutto			Avvik fra budsjett									
				Ref.nivå jan-jun	des	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug	sep	okt	Δ ref.nivå 2010 til okt	Δ des 2011 til okt	%-vis des 2011 - okt	Andel hele 2011	Andel 2012	Endring andel	jan	feb	mar	apr	mai	juni	juli	aug
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 723	2 691	2 687	2 676	2 684	2 680	2 675	2 675	2 683	2 688	2 684	-432	-39	-1,4%	17,0%	16,9%	-0,1%	41	18	23	35	35	20	-1	17	38	53
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 449	1 395	1 378	1 407	1 382	1 390	1 393	1 468	1 521	1 512	1 409	-179	-40	-2,7%	9,3%	9,0%	-0,3%	241	251	280	277	257	279	334	361	339	322
OUS	(3) Leger	2 272	2 169	2 193	2 191	2 205	2 214	2 210	2 215	2 239	2 235	2 272	2 249	-23	80	3,7%	13,3%	14,0%	0,7%	-41	-55	-30	-21	-24	-30	-24	-16	25	26
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 272	1 314	1 327	1 331	1 350	1 342	1 337	1 353	1 352	1 376	1 357	5	85	6,7%	7,9%	8,5%	0,6%										
OUS	(3b) LIS-leger	871	855	840	832	839	829	833	842	849	854	860	855	-16	0	0,0%	5,2%	5,3%	0,1%										
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	35	35	35	36	36	29	35	37	-11	-5	-11,3%	0,3%	0,2%	0,0%										
OUS	(4) Psykologer	342	237	228	228	224	225	220	227	224	218	212	218	-124	-19	-8,1%	1,5%	1,4%	-0,1%	-34	-34	-36	-33	-34	-28	-27	-29	-30	-23
OUS	(5) Sykepleier	5 772	5 514	5 379	5 373	5 399	5 374	5 376	5 344	5 424	5 363	5 329	5 433	-339	-81	-1,5%	34,0%	33,9%	-0,1%	145	100	162	146	146	85	96	66	49	217
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelppeleier	779	637	617	611	614	611	613	619	615	611	600	599	-180	-38	-6,0%	4,0%	3,8%	-0,2%	44	37	45	43	45	50	39	36	30	31
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 273	1 290	1 261	1 265	1 249	1 250	1 263	1 259	1 303	1 288	1 275	1 269	-4	-21	-1,6%	7,9%	8,0%	0,1%	47	32	41	48	63	71	112	77	75	84
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-0	-0	-20,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 347	1 374	1 345	1 344	1 341	1 339	1 385	1 413	1 386	1 378	-170	-14	-1,0%	8,8%	8,6%	-0,2%	-101	-98	-90	-84	-77	-84	-53	-55	-72	-49
OUS	(10) Ambulansepersonell	408	448	439	435	451	452	467	455	462	446	445	442	34	-6	-1,4%	2,7%	2,8%	0,1%	5	-4	15	19	38	19	21	11	-1	3
OUS	(11) Forskning	220	206	207	209	212	210	206	206	200	207	216	214	-6	8	3,8%	1,2%	1,3%	0,1%	-2	-9	-5	-9	-15	-18	-30	-19	-11	-8
OUS	(99) Ukjente	43	25	61	56	41	35	37	36	51	59	75	42	-1	17	67,9%	0,3%	0,3%	0,0%	61	56	41	35	37	36	51	59	75	42
<b>SUM</b>	<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 361</b>	<b>16 091</b>	<b>15 818</b>	<b>15 808</b>	<b>15 824</b>	<b>15 783</b>	<b>15 804</b>	<b>15 769</b>	<b>16 047</b>	<b>16 046</b>	<b>16 011</b>	<b>15 938</b>	<b>-1 423</b>	<b>-154</b>	<b>-1,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>408</b>	<b>294</b>	<b>448</b>	<b>457</b>	<b>471</b>	<b>401</b>	<b>520</b>	<b>510</b>	<b>518</b>	<b>699</b>

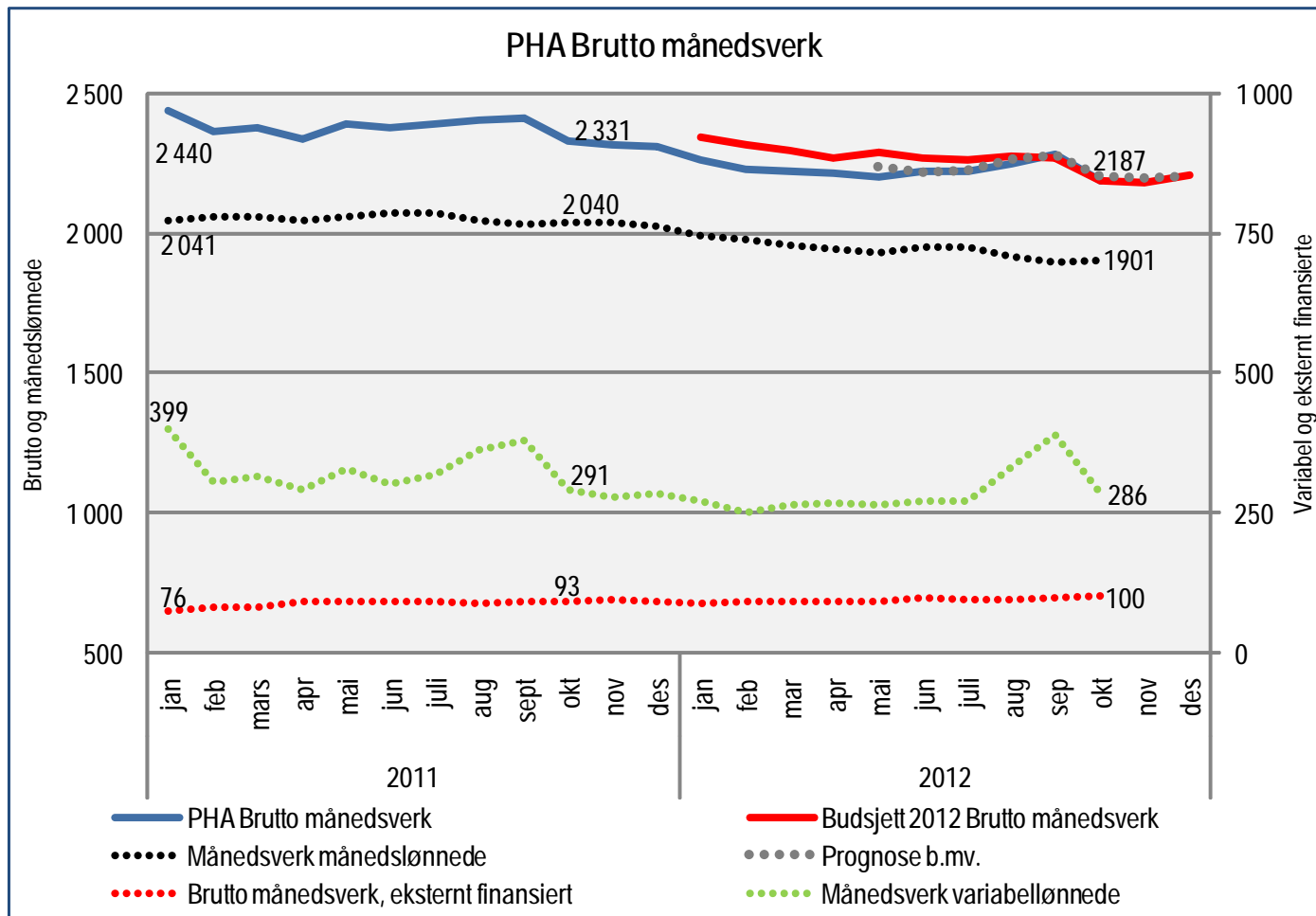
Kategoriseringen i stillingsgrupper er endret i 2012 ihht. nasjonal definisjon (NPSS).

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

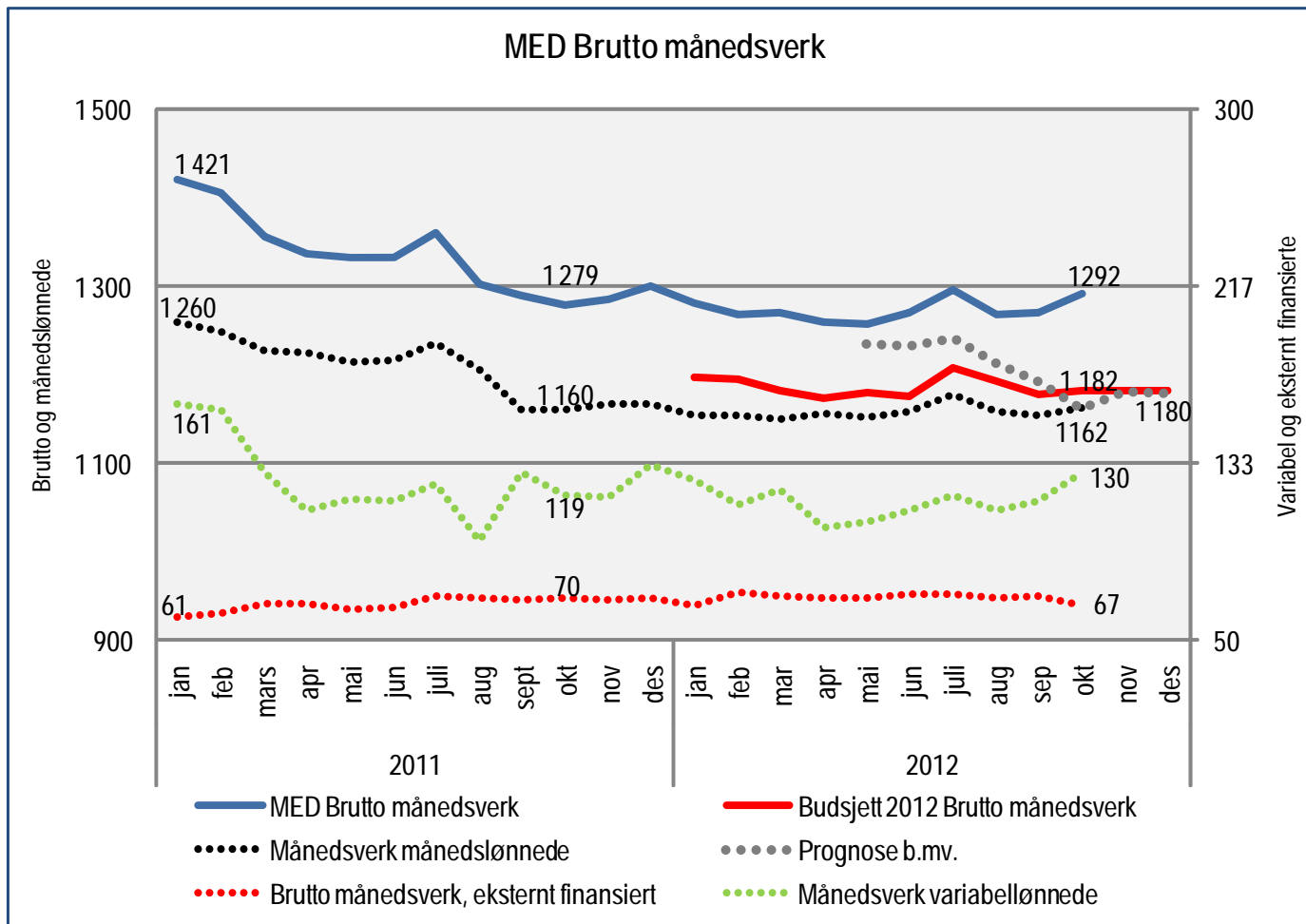
Dette betyr at det er **ikke noen økning** i overlege bemanningen, hverken målt i ressursbruk/timer eller kostnader. Se styresaken med beskrivelse av utvikling overlegeårsværk, med justeringer av ref.nivå 2010 og forklaringsvariable (fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer og økt bruk av overtid).



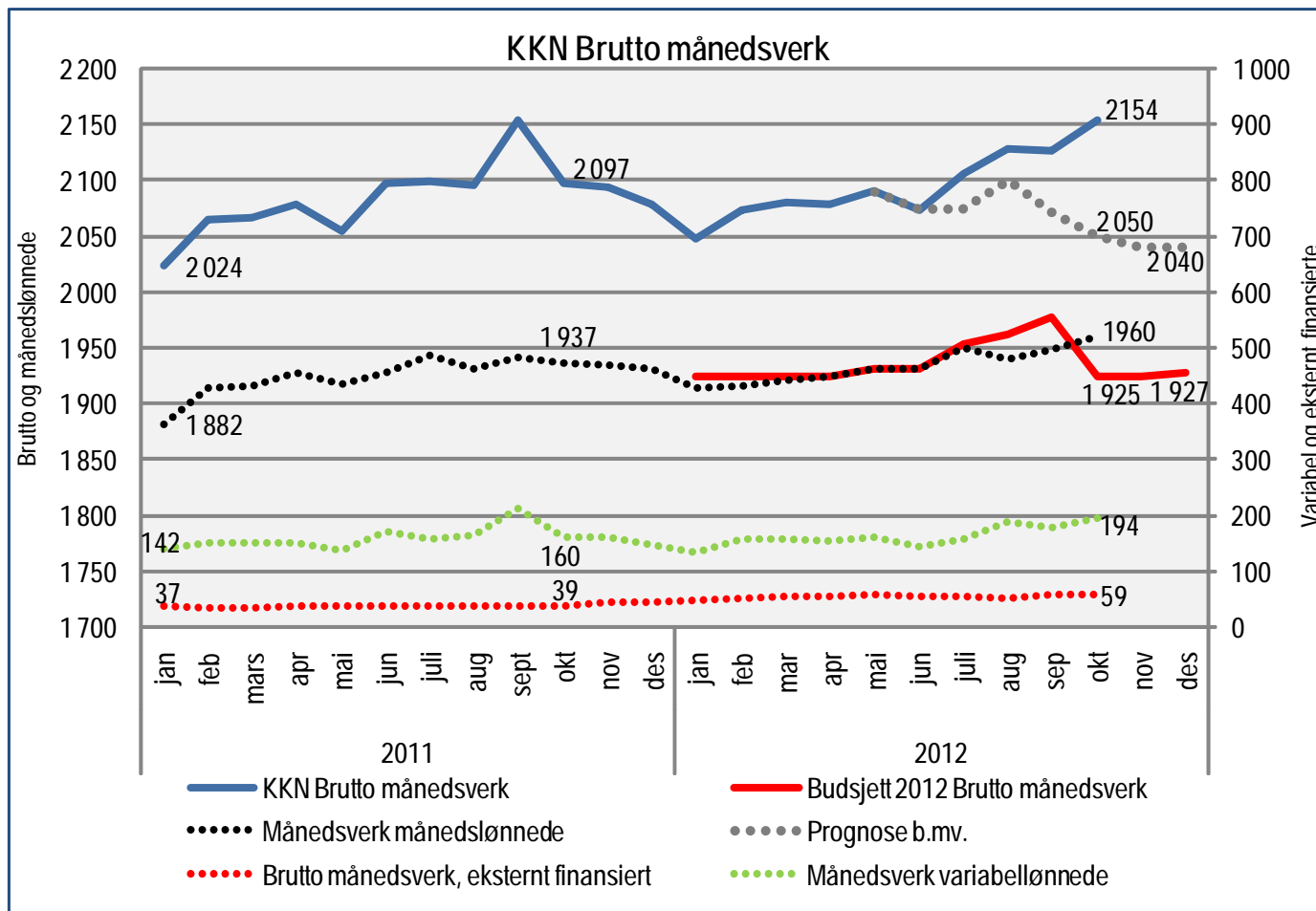
## 4.3 Bemanningsutvikling PHA



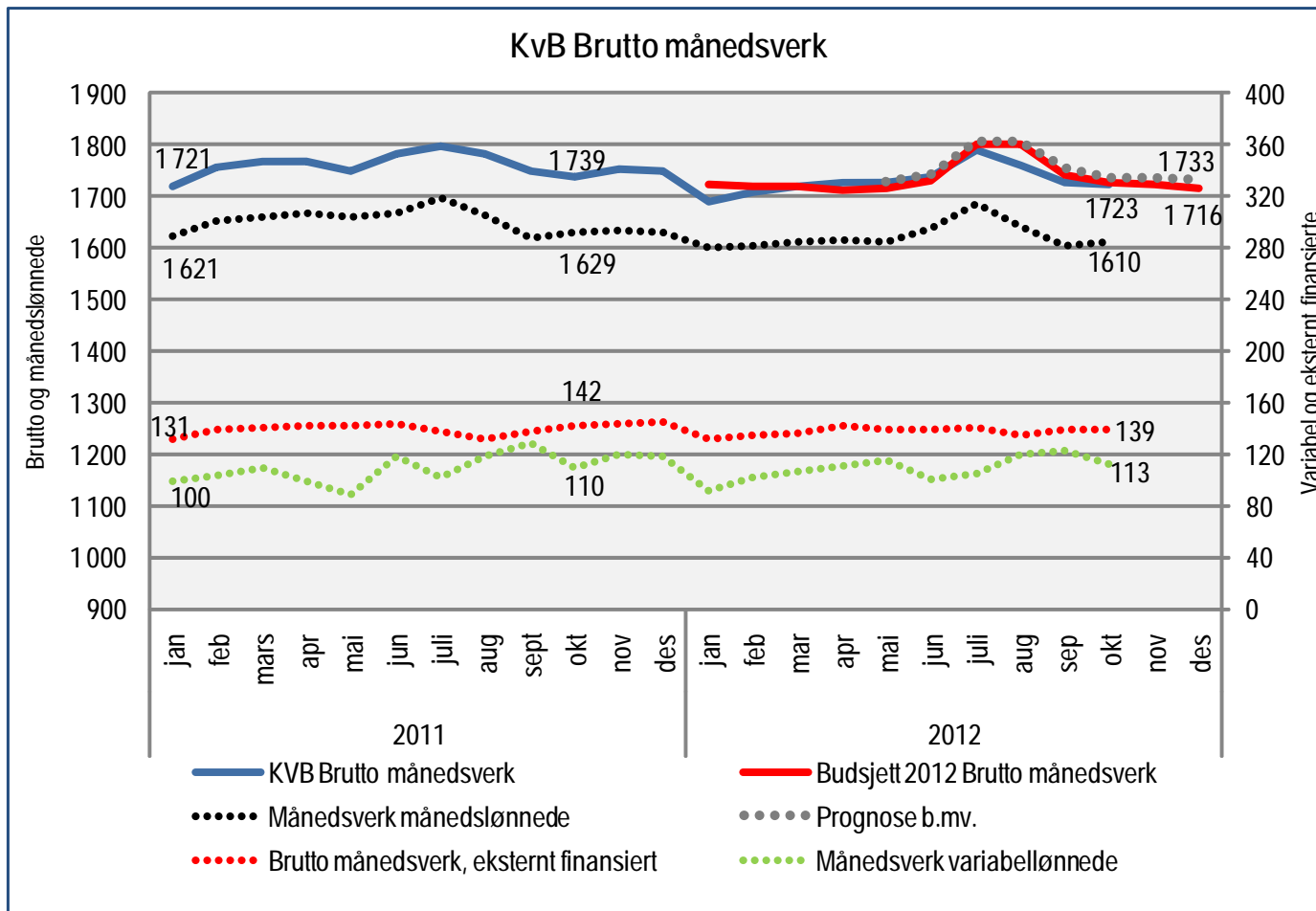
## 4.3 Bemanningsutvikling MED



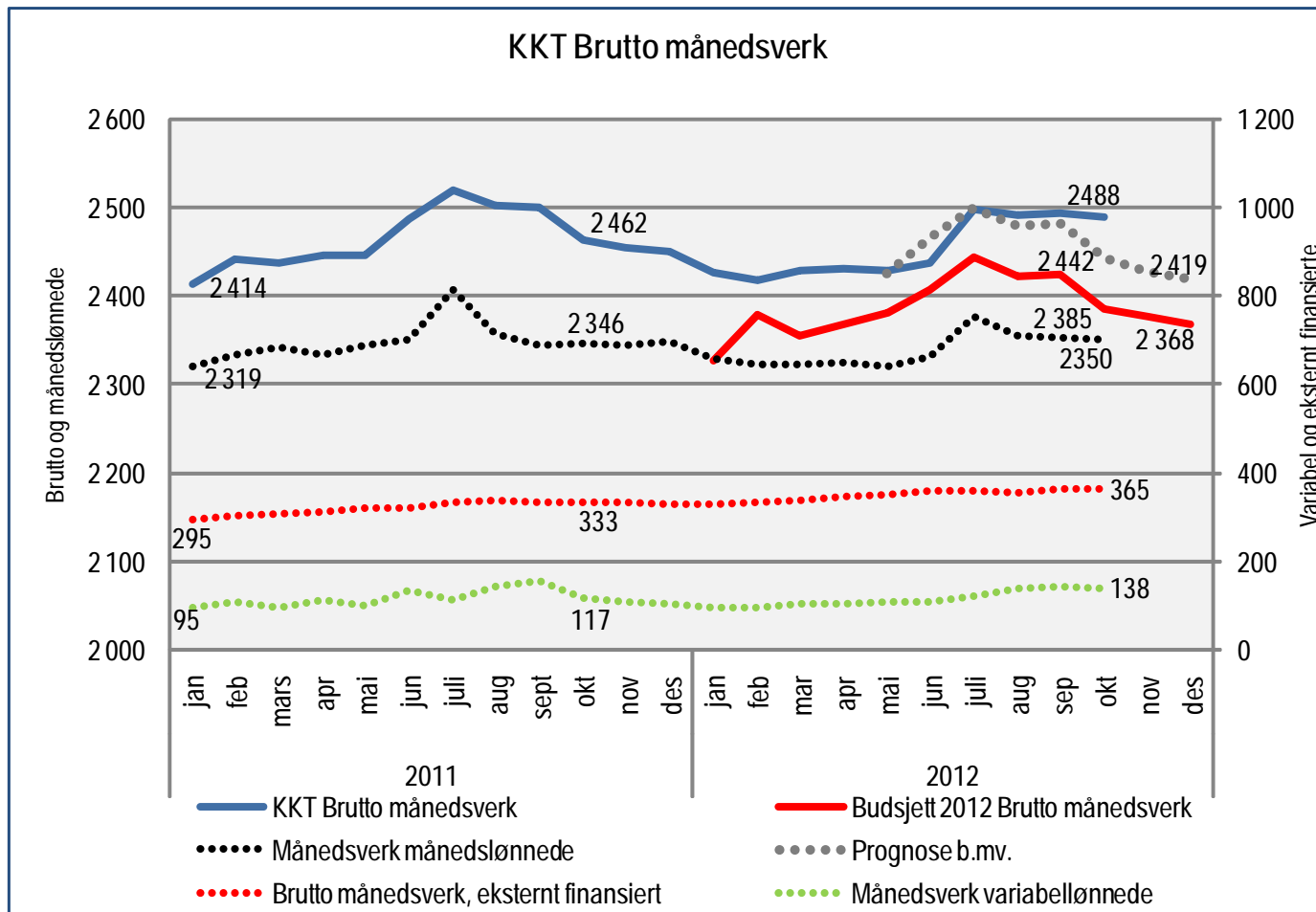
## 4.3 Bemanningsutvikling KKN



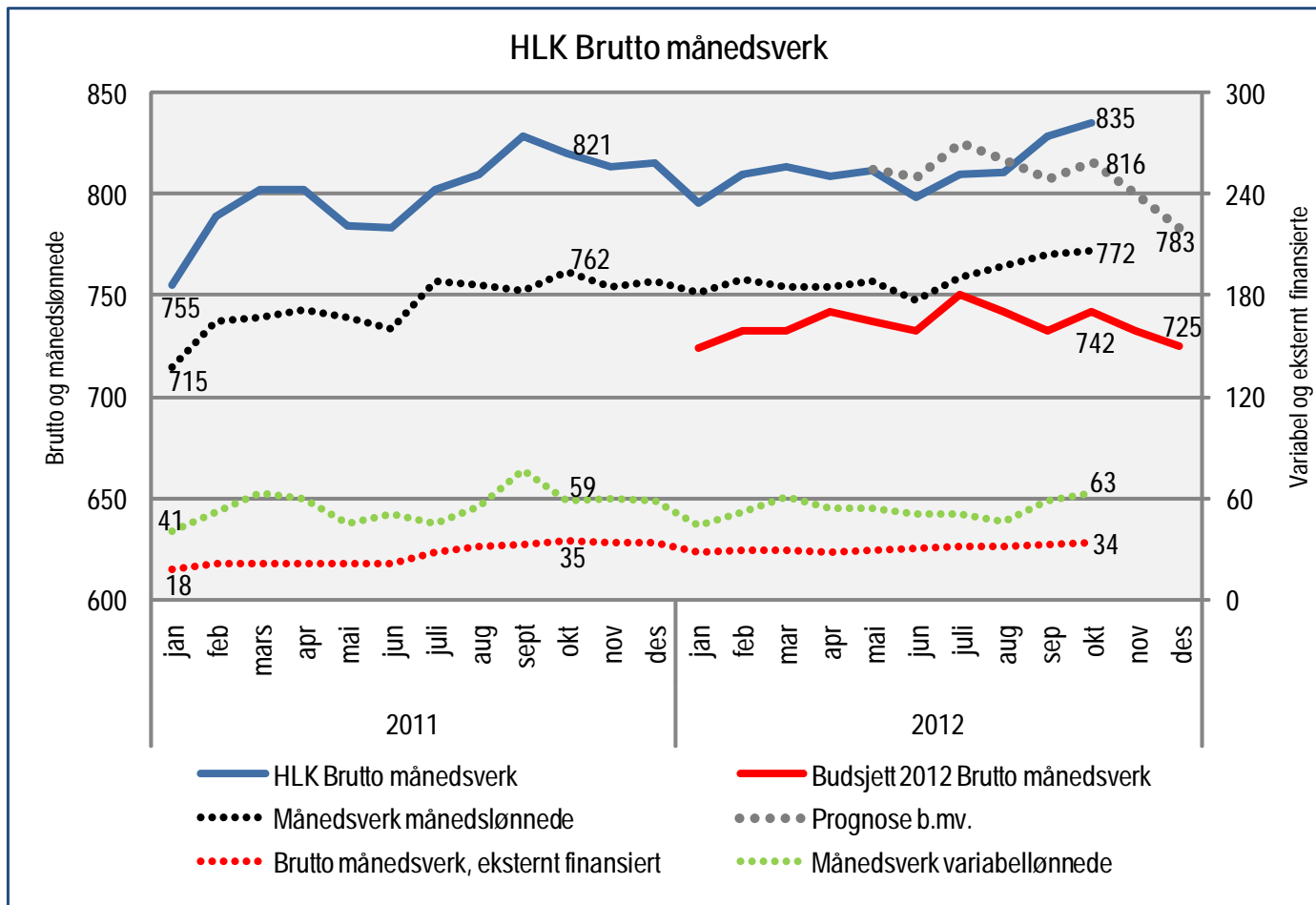
## 4.3 Bemanningsutvikling KVB



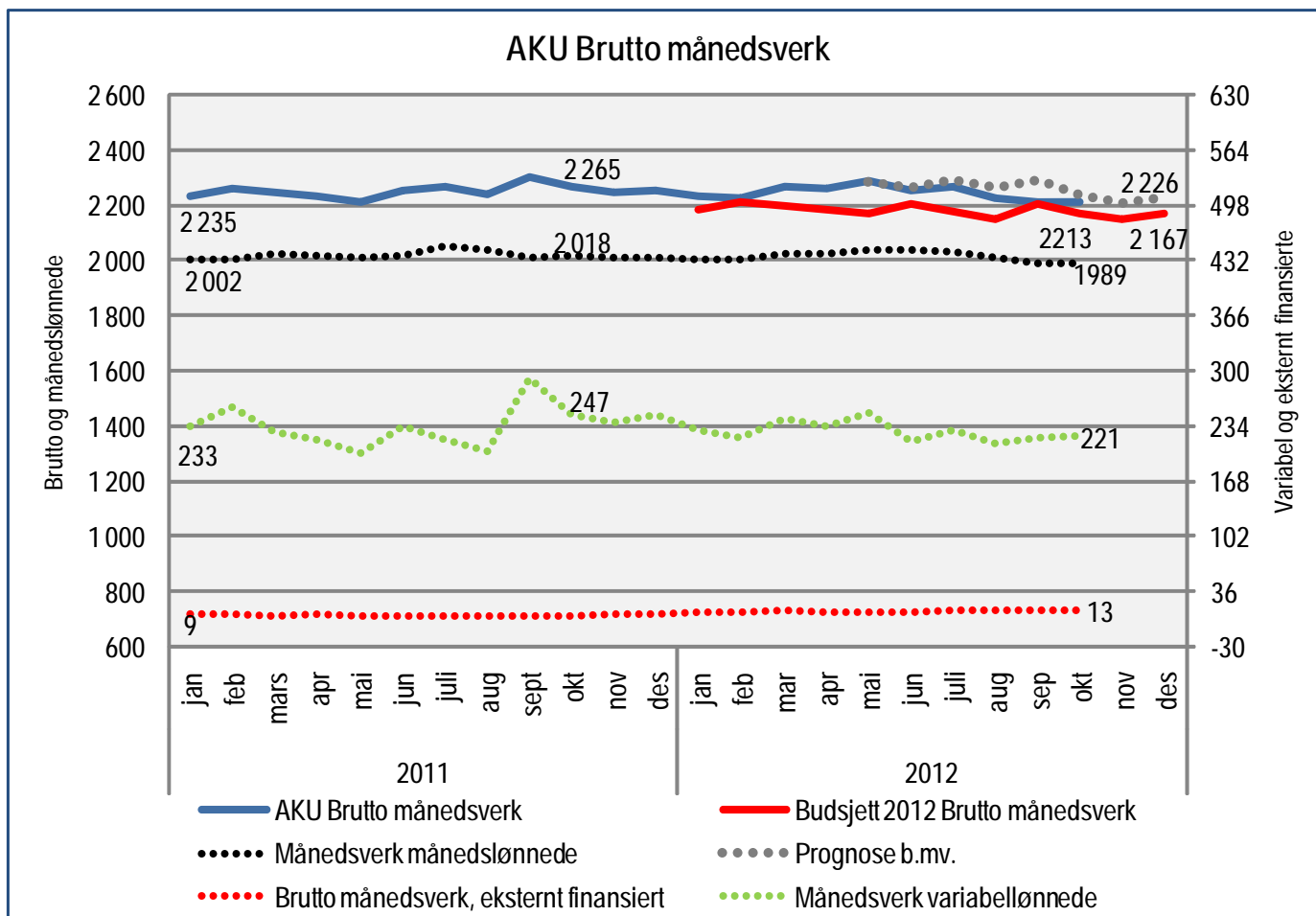
## 4.3 Bemanningsutvikling KKT



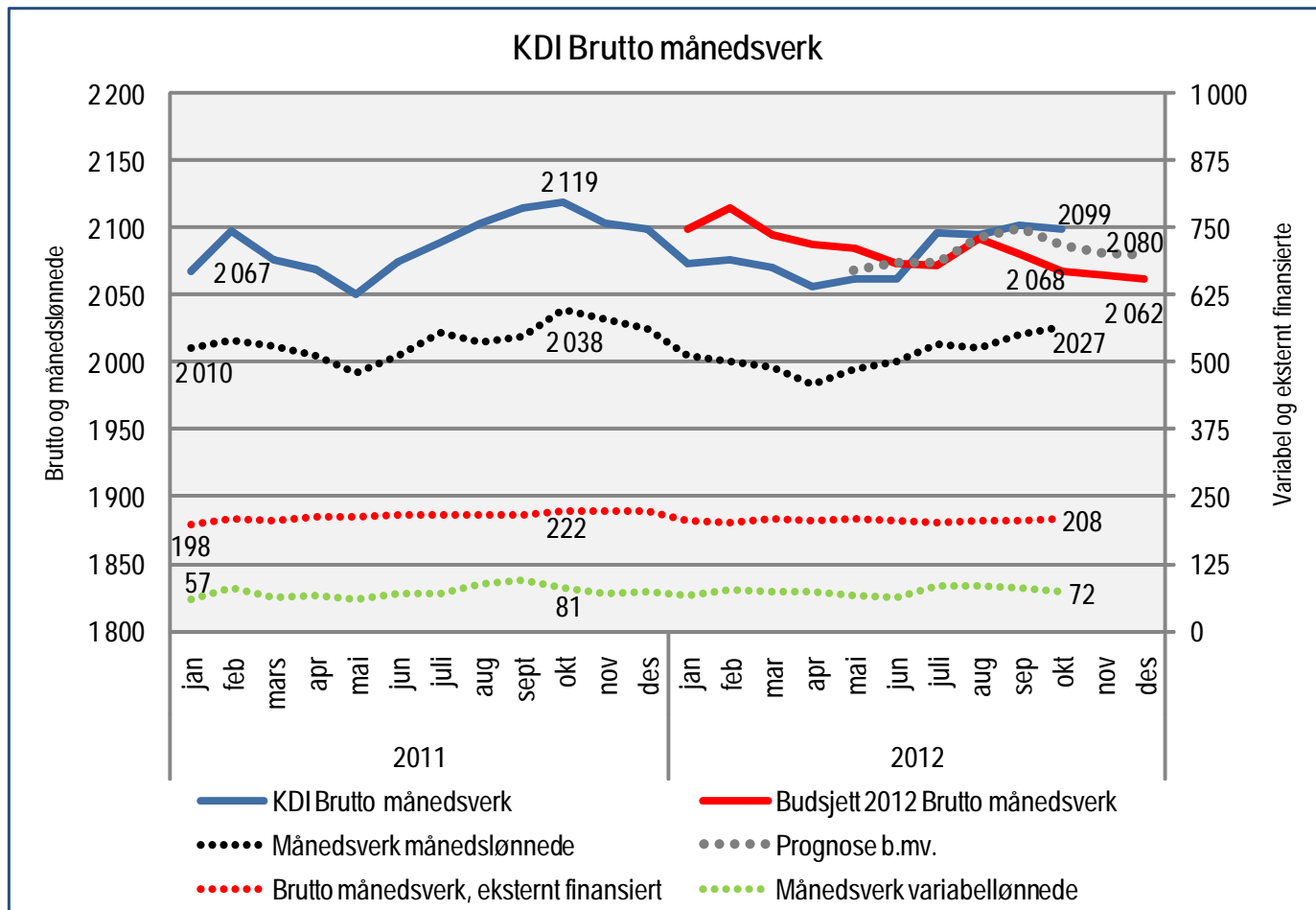
## 4.3 Bemanningsutvikling HLK



## 4.3 Bemanningsutvikling AKU

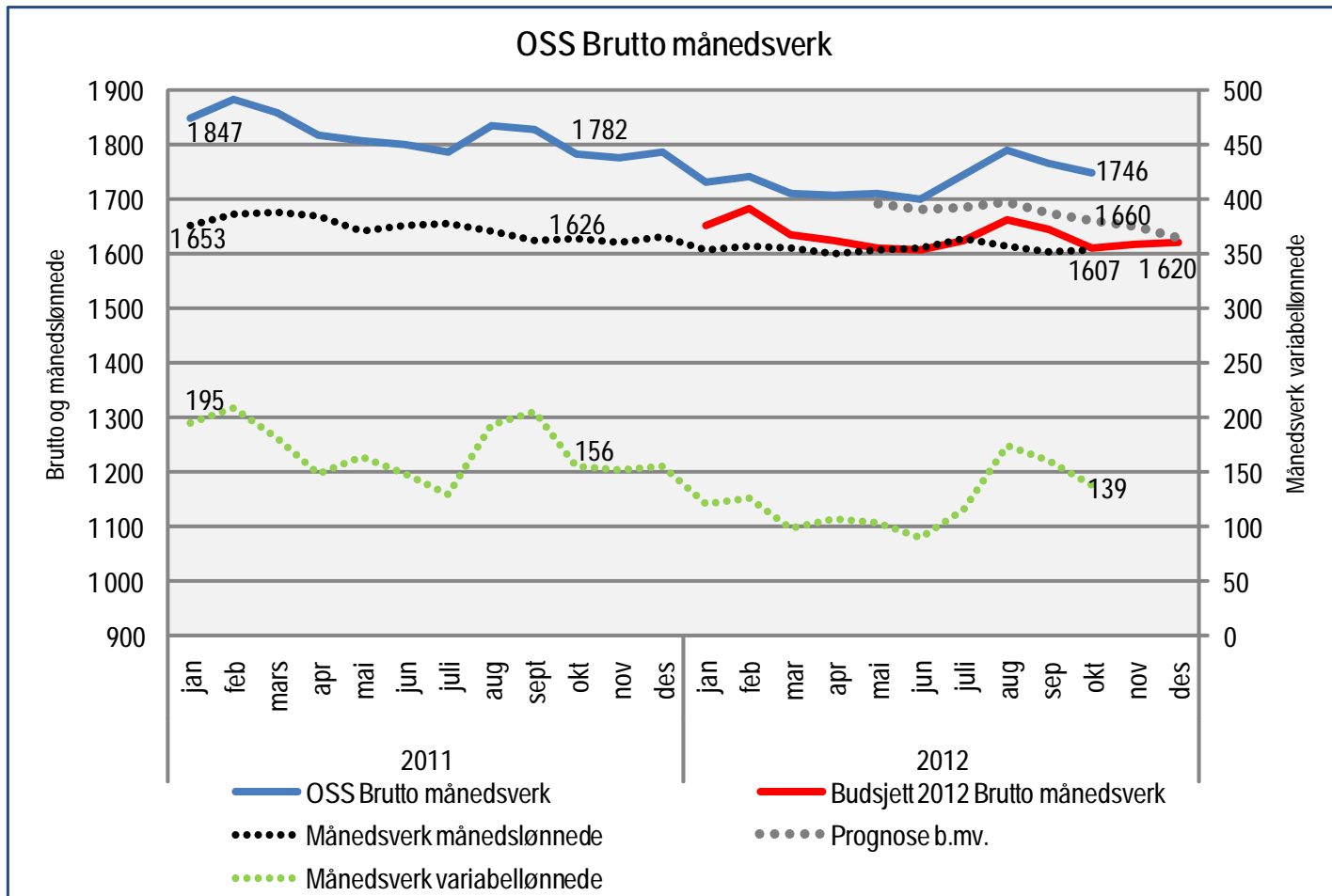


## 4.3 Bemanningsutvikling KDI

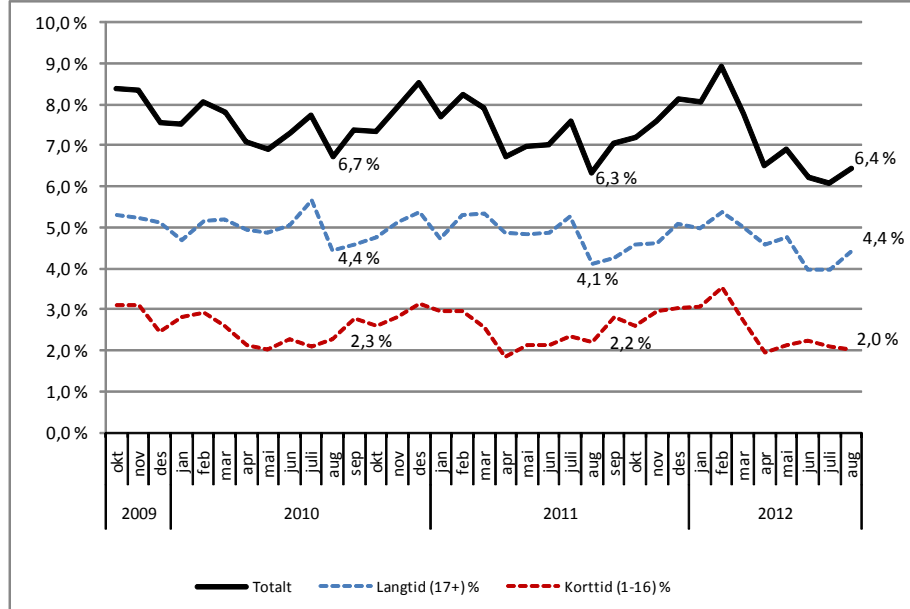
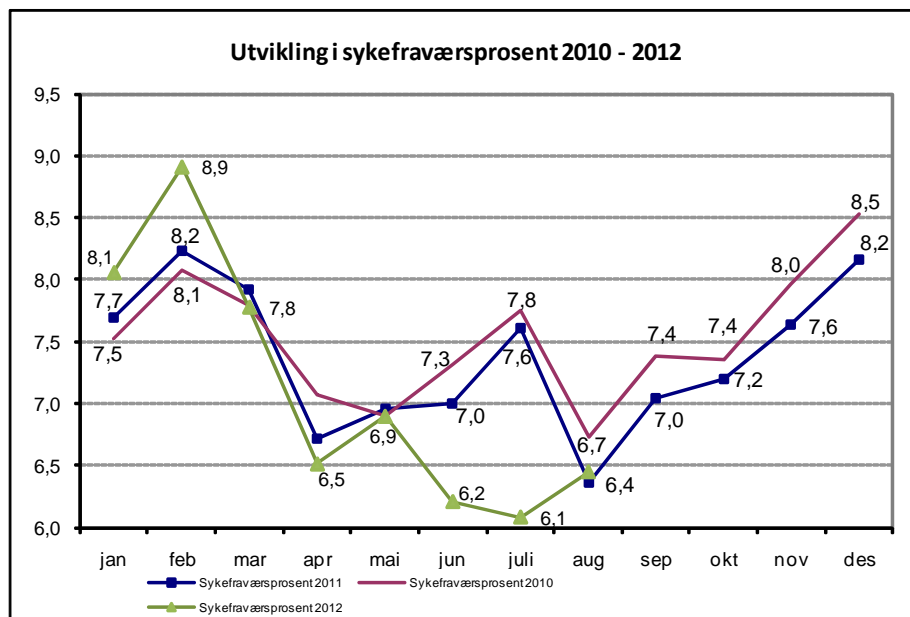




## 4.3 Bemanningsutvikling OSS



## 4.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



# 4.5 Sykefravær per klinikk, per august 2011-2012

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

Sykefraværs lengde per august 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,30 %	1,30 %	2,50 %	1,40 %	3,90 %	5,20 %	7,80 %
MED	1,10 %	1,10 %	2,20 %	1,30 %	3,00 %	4,30 %	6,50 %
KKN	1,20 %	1,10 %	2,30 %	1,50 %	3,10 %	4,60 %	6,80 %
KVB	0,90 %	1,20 %	2,10 %	1,60 %	3,90 %	5,50 %	7,60 %
KKT	1,10 %	1,20 %	2,20 %	1,30 %	2,60 %	3,90 %	6,20 %
HLK	0,90 %	1,10 %	2,00 %	1,40 %	3,10 %	4,50 %	6,50 %
AKU	1,20 %	1,40 %	2,60 %	1,40 %	3,10 %	4,40 %	7,10 %
KDI	1,30 %	1,20 %	2,40 %	1,10 %	2,70 %	3,80 %	6,30 %
KRG	1,30 %	0,60 %	1,90 %	0,50 %	2,00 %	2,50 %	4,40 %
OSS	1,60 %	2,30 %	3,90 %	1,90 %	4,10 %	6,00 %	9,90 %
STA	0,40 %	0,50 %	0,90 %	0,60 %	2,80 %	3,40 %	4,30 %
FPO	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
<b>OUS</b>	<b>1,20 %</b>	<b>1,30 %</b>	<b>2,50 %</b>	<b>1,40 %</b>	<b>3,30 %</b>	<b>4,70 %</b>	<b>7,20 %</b>

Med forbehold om etterregistrering av sykefraværstall i sommermånedene.

## 4.7 Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsværk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsværk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.
	<i>Forklaring/formål</i>	Brutto månedsværk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjoner, sykdom og andre fravær. Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft. <b>Ikke</b> personer som har permisjon uten lønn. Brutto månedsværk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Månedslønnede månedsværk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsværk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Variabel lønn månedsværk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsværk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Netto månedsværk nasj. ind.</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsværk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsværk minus alt fravær.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsværk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
<b>Innleie månedsværk</b>	<i>HSØ-indikator</i>	Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsværk
	<i>Forklaring/formål</i>	Gjelder innleie av helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer og leger) fra eksterne vikarbyrå Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten  Regnskapsbeløp fra: - ny konto 4680 innleid pleiepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (erstatte utgående konto 4582 pleiepersonell) -- ny konto art 4681 innleide leger fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 819 (erstatte utgående konto 4583 lege) --- ny konto 4682 innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (ny)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<i>OUS-indikator</i>	Brutto månedsværk som er finansiert av eksterne
	<i>Forklaring/formål</i>	Basert på filter i HR-kuben for kapitler som er merket eksternt finansiert.

Til: Olav Valen Slåttebrekk

Kopi: Leena Kiviluoto  
Beate Margrethe Huseby  
Unn E. Huse  
Iver Nordhuus

Dato: 28.09.2012  
Saksnr: 12/5893

## Notat

---

Fra: Avregningsutvalget  
Saksbehandler: Lotte Strandjord  
Ansvarlig: Bjørn Buan

### **Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/5893 Flere registrerte episoder samme dag**

Saken er meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA. Analyser av ISF-data for 2011 viser at 1,8 prosent av rapporterte episoder er registrert på samme dag for en og samme pasient. Det dreier seg om polikliniske konsultasjoner og i de fleste tilfellene er det to konsultasjoner som er registrert på samme dag. I noen tilfeller er det registrert flere enn to, og maksimalt syv, konsultasjoner på samme dag. Stråleterapi er ekskludert fra tallmaterialet. Denne registreringspraksisen varierer mellom helseforetak. Oslo universitetssykehus (ekskl. Aker universitetssykehus) hadde desidert flest tilfeller der en pasient har flere episoder samme dag. 5,7 prosent av rapporterte konsultasjoner i 2011 var registrert på samme dag som en annen. Hvis vi ser bort fra OUS var andelen episoder samme dag 1,2 prosent i landet som helhet.

Sekretariatet sendte 23.8.2012 brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til Oslo universitetssykehus med spørsmål om hvorfor OUS har så stor andel pasienter registrert med flere episoder samme dag. Sekretariatet ba også om en konkret tilbakemelding på et eksempel der en pasient hadde fått registrert syv episoder samme dag. Videre ble det bedt om en redegjørelse for OUS sine planer for å korrigere fremtidige registreringer, gitt at det dreide seg om feilregistreringer.

I svaret fra OUS 13.9.2012 skrev de at hovedårsaken til at OUS har en høyere andel pasienter registrert med flere konsultasjoner på samme dag enn andre helseforetak, er at OUS er et høyspesialisert sykehus som behandler pasienter fra hele landet med de mest kompliserte og sammensatte lidelser. OUS forsøker å legge til rette for utredning og behandling på en hensiktsmessig måte for pasienten, og for noen av dem innebærer det

flere konsultasjoner samme dag med behandling utført av ulike fagpersoner. Samtidig er det utfordringer knyttet til funksjonaliteten i foretakets pasientadministrative system, PasDoc. Systemet har ingen sperrer på tidsregistrering. Det er heller ingen mulighet for å planlegge en kontakt (hverken dagopphold eller poliklinisk konsultasjon) og samtidig reservere flere ressurser (ulike helsepersonell, utstyr og rom). Videre er det også svært utfordrende å avbestille eller slette planlagte konsultasjoner. Eksempelet med syv konsultasjoner samme dag for en pasient forklares av den tekniske utfordringen i PasDoc. En konsultasjon har blitt til syv fordi man må registrere en ny kontakt for hver ressurs (lege, sykepleier, rom, EKG-apparat) man reserverer i bookingsystemet.

Avregningsutvalget diskuterte saken i lys av analyser av ISF-data og svaret fra OUS. Utvalget mener det er vanlig praksis ved andre sykehus at man kan reservere flere ressurser til en og samme kontakt. Pasientdata fra OUS må tilfredsstillende kravene til rapportering. Videre mener utvalget at andelen kontakter på samme dag ved OUS burde være på nivå med de andre universitetssykehusene i landet. En avregning mot gjennomsnittet for øvrige universitetssykehus tar høyde for at OUS er et høyspesialisert sykehus og at poliklinisk utredning og behandling der er intensiv, slik som ved landets øvrige universitetssykehus. Saken vil følges opp i 2013.

#### Anbefaling:

*Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.*

### **Teknisk beregning av anbefalt avregning**

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 20.09.2012.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Beregner gjennomsnittlig andel episoder samme dag for øvrige universitetssykehus. Gjennomsnittet er vektet ut fra antall episoder totalt ved de ulike universitetssykehusene. Andel episoder samme dag ved øvrige universitetssykehus var 1,5.
2. Beregner antall episoder som anbefales avregnet ved OUS basert på andelen ovenfor.
3. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS basert på antall rapporterte kontakter.
4. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avkortet ved OUS basert på antall episoder i punkt 2 og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt i punkt 3.

I 2011 var enhetsrefusjonen kr 36 968 og refusjonssatsen 40 prosent.

Basert på metoden beskrevet ovenfor gir det en avkortning på 1346,2 DRG-poeng eller kr 19 907 179.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte:	25. oktober 2012
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	1. Klinikkenes rapportering på status for budsjett 2013 2. Protokoll fra drøfting med foretakstillitsvalgte 3. Tabeller (Utkast til endelige budsjett-tabeller)

---

### SAK 74/2012: BUDSJETT 2013

#### Forslag til vedtak:

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

Oslo den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

## 1. INNLEDNING

Denne styresaken gir grunnlag for en foreløpig vurdering av arbeidet med budsjett for 2013. Klinikken har levert beløpsfestede tiltaksplaner der planleggingen er kommet langt, og det redegjøres også for de områder klinikken arbeider videre med å konkretisere. Saken inneholder en statusvurdering fra de enkelte klinikken i Oslo universitetssykehus HF (vedlegg 1), en oppsummering fra klinikkenes innspill, det videre arbeidet med innsatsområdene, informasjon om statsbudsjettet, oppdatert vurdering av utfordring for 2013 budsjettet, omtale av involvering av tillitsvalgte og ansatte, protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte (vedlegg 2), plan for styrets videre arbeid med budsjett 2013 og utkast til de tabellene (vedlegg 3) som vil bli lagt fram til budsjettvedtak i styret 17. desember.

## 2. TIDLIGERE VEDTAK

Den 20. september ble styret forelagt Sak 62/2012 Budsjett 2013 til orientering. Styret fattet følgende enstemmig vedtak:

*”Styret tar redegjørelse om status for arbeidet med budsjett 2013 til foreløpig orientering.”*

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

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

## 3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Administrerende direktør gir i denne styresaken en orientering til styret om arbeidet med budsjett 2013 så langt.

Administrerende direktør er positiv til at Helse Sør-Øst RHF fortsetter å prioritere investeringer i Oslo universitetssykehus HF. Omstillingsinvesteringene (fase 1) planlegges videreført i 2013 innenfor tidligere avtalt ramme (om lag 1500 mill kroner for årene 2010-2014), det gjennomføres investeringer til samhandlingsarena på Aker, det er gjennomført en dialog om et økt investeringsnivå innenfor medisinsk teknisk utstyr, og Helse Sør-Øst RHF legger opp til å prioritere Oslo universitetssykehus HF innenfor regionale midler avsatt til IKT. Videre er det dialog om finansiering av de neste fasene av omstillings- og utbyggingsbehovene i Oslo universitetssykehus HF.

Hovedutfordringen for Oslo universitetssykehus HF for 2013 er imidlertid å levere foretakets tjenester slik at de forventede mål i det kommende oppdragsdokumentet for 2013 kan nås innenfor tildelt inntektsramme.



Administrerende direktør vil understreke at den økonomiske utfordringen for driften i 2013 er usedvanlig stor, i gjennomsnitt i størrelsen 6 pst innenfor somatikken og støttedfunksjonene. Gjennomføring av driftsbudsjettet for 2013 krever dermed omfattende tiltak i de enkelte enhetene, med hovedvekt på å redusere kostnader.

Det er administrerende direktør sitt inntrykk at det har vært arbeidet planmessig og godt med tiltak i klinikkene. Klinikken har svart ut de fem innsatsområdene som ble valgt ut i september:

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

En oppsummering av innmeldte tiltak fra klinikkene viser at det per oktober er planlagt tiltak med estimert effekt på om lag 300 mill kroner. Administrerende direktør presiserer at det ikke er tatt stilling til enkelttiltakene, og at gjennomføring av tiltakene vil være gjenstand for diskusjon mellom administrerende direktør og klinikkene i oppfølgingsmøter og ledermøter i oktober.

Det er administrerende direktør sin vurdering at omfanget av innmeldte tiltak er betydelig, men det er ikke tilstrekkelig til å håndtere driftsutfordringen for 2013. Det vil derfor være nødvendig å arbeide med ytterligere tiltak, både i de enkelte klinikkene og i sykehusledelsen. Administrerende direktør vil imidlertid understreke at med den informasjonen som nå foreligger er det betydelig risiko knyttet til det økonomiske driftsmålet for 2013.

#### **4. FAKTADEL**

##### **a. Økonomiske rammer for budsjett 2013**

###### Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF forventer å motta endelig rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF den 5. november. Etter styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF 20. september er det ikke tilkommet ny informasjon fra Helse Sør-Øst RHF om rammetildelingen. Statsbudsjettet er den foreløpige kilde til eventuelle endringer i finansiering.

###### Statsbudsjettet

Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2013 ble lagt frem 8. oktober. Nedenfor gjengis enkelte hovedpunkter som særlig berører Oslo universitetssykehus HF.

###### *Finansiering av aktivitetsvekst*

Forslag til statsbudsjett innebærer finansiering av en aktivitetsvekst innenfor somatikken som samlet er noe høyere enn det som så langt har vært planleggings-forutsetningene for 2013 i Helse Sør-Øst.

Ut over generell lønns- og prisvekst foreslås det nasjonalt bevilget 1.950 mill kroner mer til drift sammenlignet med saldert budsjett 2012. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering, og omfatter videreføring av høyere faktisk aktivitet enn det som er budsjettert for 2012, reduksjon av ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet, ekstra innsats i 2013 for pasienter som venter på brystrekonstruksjon og midler til gjennomføring av ny kreftstrategi.

#### *Fra døgn til poliklinisk behandling innen psykisk helsevern*

For å understøtte en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern foreslås det flyttet 21,6 mill kroner fra basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF til aktivitetsbaserte polikliniske inntekter.

#### *Behandlingsreiser til utlandet*

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for kjøp av behandlingsreiser til utlandet for om lag 110 mill kroner (inklusive administrasjon). Dette er et tilbud til kronikergrupper. I statsbudsjettet er det lagt til grunn at nye behandlingsmetoder og utviklingen av medisinsk teknologi de siste tiårene har gitt stor behandlingsgevinst for særlig revmatologiske pasientgrupper. Bevilgningen er på denne bakgrunn foreslått redusert med 25 mill kroner.

#### *Lån til investeringer i omstilling*

Lån i forbindelse med første fase av investeringstiltak ved omstillingen i Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt med en øvre ramme på 750 mill 2012-kroner i 2012. Det er hittil bevilget 300 mill kroner, og det foreslås nå bevilget 465 mill kroner i 2013 slik at den samlede lånerammen på 750 mill 2012-kroner vil være utbetalt i 2013. Ved behandling av Prop 111 S (2011-2012) ble det vedtatt at 75 mill kroner av den samlede lånerammen til omstillingstiltak ved Oslo universitetssykehus HF kunne benyttes til nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena. Dette påvirker ikke samlet låneramme for første fase av omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF, men regjeringen har varslet at den på et senere tidspunkt vil komme tilbake med forslag til økt lånebevilgning.

#### *Narkolepsi*

Det er foreslått bevilget 3 mill kroner til styrking av forskning og kunnskapsutvikling om barn og unge som har utviklet narkolepsi som en mulig følge av bruk av svineinfluensavaksinen. Tilskuddet skal gå til etablering av et nasjonalt prosjekt i Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF med etablering av kvalitetsregister for narkolepsi og forskning på diagnostikk, behandling og oppfølging av barn og unge.

#### *Pris- og lønjustering*

Det er i forslag til statsbudsjett forutsatt en generell pris- og lønjustering på 3,3 pst. Dette fordeler seg med en forutsatt lønnsvekst på 4,0 pst og en vekst i andre kostnader på 1,9 pst.

#### Aktivitetsmål satt av eier

Foreløpige aktivitetsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF innebærer en vekst i somatisk aktivitet for Oslo universitetssykehus HF på 0,9 pst. fra 2012 budsjettet

til 2013 budsjettet. Etersom Oslo universitetssykehus HF har et estimert positivt aktivitetsavvik på vel 2 pst ut over budsjettet for 2012 innebærer dette en reell reduksjon i aktivitet for 2013 i forhold til faktisk aktivitet i 2012. I forslag til statsbudsjett er det lagt til grunn en aktivitetsvekst for alle sykehus på 0,9 pst fra 2012 til 2013 som bygger på en prognose for aktiviteten i 2012. Hva dette betyr for aktivitetsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF i 2013 vil bli diskutert med Helse Sør-Øst RHF i møter angående budsjett 2013, og endelige aktivitetsrammer forventes å foreligge senest sammen med endelige inntektsrammer for 2013 den 5. november.

#### Nytt ISF-regelverk for 2013

Da arbeidet med denne styresaken ble sluttført mottok Oslo universitetssykehus HF det foreløpige ISF-regelverk for 2013, inkludert foreløpige kostnadsvekter. Helsedirektoratet har beregnet konsekvensen av foreløpige kostnadsvekter til å gi en positiv omfordelingseffekt på 2,6 pst for Oslo universitetssykehus HF. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF i 2013 vil få 2,6 pst flere DRG-poeng med tilhørende inntekt, gitt samme faktiske aktivitetsnivå som i 2012 (beregnet på bakgrunn av aktivitet per 1. tertial 2012). Omfordelingseffekten er ikke endelig og kan blant annet påvirkes av endringer i grupperlogikken. Endelig ISF-regelverk, grupper og kodeveiledning forventes først å foreligge i løpet av desember 2012.

#### **b. IKT kostnader**

Det presiseres at budsjett for 2013 fremdeles er basert på innspill fra Sykehuspartner. Det er betydelig usikkerhet knyttet til disse kostnadene ettersom det per i dag ikke er besluttet hvilke regionalt eide prosjekter som Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre, når disse eventuelt skal gjennomføres og hvilken prioritering som blir gitt til Oslo universitetssykehus HF. Når det gjelder gjennomføring av DIPS prosjektet er det ikke endelig avklart hvor store kostnader som skal driftføres i 2013.

For 2013 forventes de totale IKT-driftkostnadene å øke med om lag 100 mill kroner fra budsjett 2012. Økningen følger av forventet utvikling i IKT-tjenestekostnad fra Sykehuspartner med om lag 110 mill kroner. Det er samtidig forventet noe lavere kostnader innen omstilling (flyttinger, nybygg, samhandling etc.) og drift av egen IKT-organisasjon i Oslo universitetssykehus HF.

Forventet økning på om lag 110 mill kroner i IKT-tjenestekostnader fra Sykehuspartner skyldes følgende forhold i mill kroner:

Ekstraord. Avskrivn. dagens PAS/EPJ	48	Økte avskrivninger på arbeidsflater	12
Økte avskrivninger nye tjenester	5	Tjenestepris nye tjenester	5
Pålagte regionale tjenester	14	Økning av software vedlikehold	5
Driftskostnad nye tjenester ved OUS	17		

I arbeidet med å etablere IKT tjenesteavtale med tilhørende økonomiske konsekvenser fokuserer OUS på at sykehuset må ha en IKT tjenesteavtale som gir et akseptabelt risikobilde for pasientbehandlingen ved OUS. Som nevnt ovenfor gjenstår endelig vurdering av kostnadene knyttet til DIPS-prosjektet.

**c. Pensjon og innvirkning på likviditet**

I resultatregnskapet til Oslo universitetssykehus HF kostnadsføres beregnede pensjonskostnader. Den beregnede pensjonskostnaden er basert på ett sett med økonomiske forutsetninger og har ikke kontanteffekt. For å finansiere foretakets pensjonsforpliktelser betales det imidlertid pensjonspremie til pensjonskassene. Pensjonspremien er i utgangspunktet beregnet etter andre prinsipper enn pensjonskostnaden.

De økonomiske forutsetningene som legges til grunn ved beregning av pensjonskostnaden er basert på veiledningen fra Norsk RegnskapsStiftelse. Pensjonskassene har beregnet en foreløpig pensjonskostnad for 2013, som blir benyttet i resultatbudsjettet for 2013. Denne er imidlertid basert på samme økonomiske forutsetninger som for 2012. I september ble en oppdatert veiledning basert på markedssituasjonen per 31. august 2012 publisert. Veiledningen tar utgangspunkt i at det langsiktige realrentenivået for tiden er lavere enn forventet langsiktig reallønnsvekst. Dette vil kunne medføre en betydelig økning i pensjonskostnaden for foretaket.

Som tidligere legges det til grunn at de økte pensjonskostnadene vil bli kompensert for helseforetakene samlet. Erfaringene fra de senere årene er imidlertid at Oslo universitetssykehus HF ikke vil få full kompensasjon. De mulige økte pensjonskostnadene representerer dermed en økt økonomisk risiko.

Oslo universitetssykehus HF har deler av sine pensjonsforpliktelser i Statens pensjonskasse. Foretaket har nylig mottatt informasjon som viser en kraftig økning i pensjonspremien. Pensjonspremien til Statens pensjonskasse har økt fra om lag 300 mill kroner i 2011 til om lag 510 mill kroner i 2012 og vil øke ytterligere i 2013 til om lag 780 mill kroner. En del av forklaringen på økningen er i følge Statens pensjonskasse en høyere vekst i lønn og grunnbeløpet enn forutsatt, samt forventet lavere avkastning på pensjonsmidler. På dette tidspunkt foreligger det ikke oversikter over pensjonspremier fra de andre pensjonskassene i 2013. Det legges inntil videre til grunn at Oslo universitetssykehus HF vil bli finansiert til å kunne betale den økte premier i pensjonskassene.

**d. Resultatkrav og økonomisk driftsutfordring for 2013**

Styret vedtok 20. september et nullresultat for budsjett 2013. En foreløpig vurdering av utfordringsbildet for 2013 ble lagt frem i sak 62/2012. Det ble der presentert et utfordringsbilde på mellom 7-800 mill kroner:

- 200 mill kroner i anslått budsjettavvik i 2012 (utenom eiendomssalg og ekstraordinære nedskrivninger og korreksjoner)
- 400 mill kroner i endret styringsmål fra 2012 til 2013
- Om lag 100 mill kroner i økte IKT kostnader fra 2012 resultat til 2013 budsjett (foreløpig vurdering)
- 25 mill kroner i ytterligere underdekning pensjon fra 2012 resultat til 2013 budsjett
- Usikkerhet om andre forhold

Det foreligger nå noe ny informasjon som supplerer denne vurderingen:

- Nedbemanningen etter sommeren i år har vært svakere enn tidligere lagt til grunn.
- Enkelte kostnader, særlig energi- og rentekostnader, ser ut til å kunne holde seg lavt lengre enn tidligere antatt.
- Et foreløpig ISF-regelverk (Innsattsstyrt finansiering) foreligger for 2013, som kan innebære økte inntekter på mer enn 100 mill kroner for Oslo universitetssykehus. Det er fremdeles stor usikkerhet knyttet til vurdering av denne effekten.
- Oslo universitetssykehus HF er varslet om en ISF-avkorting på i størrelsen 20 mill kroner per år. Videre har foretaket varslet Helsedirektoratet om at rapportering av utførende helsepersonell (sykepleiere) ikke har vært i henhold til retningslinjene. Den årlige økonomiske effekten av dette er imidlertid ukjent.

#### Vurdering av utfordringsbildet på klinikknivå

Klinikkene har vurdert den utfordring som følger av resultatet for 2012 og foreløpig rammetildeling for 2013 budsjettet. Tabell 1 viser dette utfordringsbildet per klinikk.

Utfordring per klinikk	Årsbudsjett 2012 (ekskl. ekst. Fin)	Estimert utfordring (meldt fra klinikk)	Utfordring i pst.	Tiltak (meldt 9. oktober)	Rest-utfordring
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1 664 452	-14 800	-0,9 %	14 800	0
Medisinsk klinikk	901 340	-111 118	-12,3 %	11 177	-100 000
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1 626 730	-200 000	-12,3 %	23 600	-176 000
Kvinne- og barneklubben	1 224 740	-48 000	-3,9 %	26 059	-22 000
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	1 690 506	-200 000	-11,8 %	38 239	-162 000
Hjerte-, lunge- og karklinikken	794 877	-90 000	-11,3 %	39 629	-50 000
Akuttklubben	1 942 960	-195 000	-10,0 %	56 000	-139 000
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 699 183	-50 000	-2,9 %	45 666	-4 000
Oslo sykehusservice	1 840 646	-86 000	-4,7 %	62 678	-23 000

Tabell 1: Utfordringsbildet målt i tusen kroner og prosent per klinikk samt foreløpig estimat på tiltak og beregnet restutfordring. Tabellen inneholder ikke sentral stab og fellesposter som inneholder et ufordelt budsjett.

Oversikten ovenfor er basert på klinikkene vurdering av foreløpig tildelte rammer for 2013. Det er ikke innarbeidet budsjett for sentral stab og fellesposter som inneholder en ufordelt budsjettpost (reserve). Rammetildeling til klinikkene er foreløpig og vil bli gjenstand for revurdering frem mot endelig styrebehandling 17. desember 2012. Behovet for å opprettholde en sentral budsjettpost (reserve) vil inngå i denne vurderingen.

#### **e. Status for tiltak for å håndtere den økonomiske situasjonen**

Som omtalt i styresak 62/2012 Budsjett 2013 i styremøtet 20. september blir styret nå forelagt en foreløpig oppsummering av de tiltak som er konkretisert i klinikkene. Tabell 1 inneholder også en oppsummering av tiltak per klinikk sammenstilt med utfordringsbildet. Dette gir en foreløpig beregnet restutfordring per klinikk.

Klinikkene har redegjort for sine planer og nærmere beskrivelse per klinikk som fremgår av vedlegg 1. Det presiseres at dette er en foreløpig status, både som følge av at klinikkene vil tildeles endelige rammer så snart Oslo universitetssykehus HFs rammer foreligger fra HSØ, og at klinikkene vil jobbe videre med de rapporterte tiltakene og ytterligere tiltak inn mot endelig budsjettbehandling i styret den 17. desember. Tiltakene som her er presentert er drøftet med tillitsvalgte på klinikknivå og foretaksnivå.

#### f. Vurdering av status per oktober

Den totale effekt av de tiltak som er vurdert i klinikkene utgjør per oktober i overkant av 300 mill kroner. Det er for mange av tiltakene knyttet usikkerhet til flere forhold. Blant annet vil dette gjelde den beregnede effekt, tidspunkt for når tiltakene vil tre i kraft og om tiltakene kan gjennomføres med akseptable konsekvenser for andre avdelinger eller klinikker. Avklaring av disse forholdene kan redusere den budsjetterte summen av disse tiltakene. Klinikkene arbeider fremdeles med tiltak.

#### g. Nærmere om tiltak det arbeides med i klinikkene

Det ble i styremøtet den 20. september (ref styresak 62/2012 Budsjett 2013) foreslått av administrerende direktør å fokusere på 5 innsatsområder ved utarbeidelse av budsjettet for 2013. I det følgende redegjøres det for stabenes støtte innenfor innsatsområdene og eksempler fra klinikkene.

Det presiseres at inndelingen i kategoriene til en viss grad er basert på skjønn og at enkelte tiltak kan plasseres i flere kategorier. Tabell 2 viser summen av tiltak som er meldt fra klinikkene i henholdsvis kroner og årsverk. Tabell 3 viser omfang av tiltak innenfor det enkelte tiltaksområdet per klinikk. Etter tabellen blir det for hvert innsatsområde redegjort for både overordnede føringer, sentral stab sitt arbeid og noen av de viktigste tiltak meldt inn fra klinikk.

Sum tiltak OUS nivå innenfor gruppene av innsatsområder	Forventet økonomisk effekt i 2013 (1000 kr)	Forventet reduksjon i antall årsverk
1. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	90 849	109
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	22 508	13
3. Innkjøp	41 214	0
4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	16 946	12
5. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	40 468	32
6. Annet	111 059	40
<b>Totalt</b>	<b>323 044</b>	<b>205</b>

Tabell 2: Forventet effekt i tusen kroner og årsverk per innsatsområde

Forventet økonomisk effekt i 2013 (1000 kr) - per klinikk og innsatsområde							
	1. Bem. norm	2. Kjøp av tid	3. Innkjøp	4. Samarb. m andre	5. Tverr- gående	6. Annet	Total
PHA	10 800				4 000		14 800
MED	4 756		315	3 946	1 360	800	11 177
KKN	5 000	6 000	5 000		1 000	6 600	23 600
KVB	12 025	1 034	1 250		5 400	6 350	26 059
KKT	9 373	3 140	14 849	0	1 500	9 377	38 239
HLK	21 895	3 334	12 600	1 000	0	800	39 629
AKU	27 000	6 000	2 000	12 000	15 000	-6 000	56 000
KDI		3 000	5 200	0	12 208	25 258	45 666
OSS						62 678	62 678
STAB						5 195	5 195
<b>Totalt</b>	<b>90 849</b>	<b>22 508</b>	<b>41 214</b>	<b>16 946</b>	<b>40 468</b>	<b>111 059</b>	<b>323 044</b>

Tabell 3: forventet effekt i tusen kroner per tiltaksområde per klinikk.

## I. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

### Overordnede føringer og stabens arbeid

Oslo universitetssykehus HF utarbeidet ultimo 2011 en retningslinje for bruk av bemanningsnorm for sykepleiere ved sengepostene. Enkelte klinikker har implementert bemanningsstrukturer svarende til retningslinjen i alle enheter. Andre har jobbet mer sekvensielt og tilpasset bemanningen i forbindelse med flyttinger, funksjonsfordeling og som ledd i lokale tiltak for effektivisering. Sykehusledelsen vil foreta en vurdering av bemanningen i sengepostene opp mot vedtatte bemanningsnorm og eventuelt korrigere utilsiktede skjevheter. Det settes derfor i gang et arbeid med å kartlegge bruk av årsverk, bemannings- og turnusplaner ved sykehusets sengeposter.

Flere utredninger internt og eksternt i sykehus i Norge viser at den mest drifteffektive størrelsen på sengeposter er enheter med ca. 25 til 30 senger. Tilsvarende utredninger i Danmark viser at driftseffektive størrelser er større enn dette, 40-50 senger. En rask optelling viser at 75% av Oslo universitetssykehus HF's sengeposter driftes med færre enn 20 senger. Det er ulike årsaker som forklarer dagens situasjon, herunder dagens infrastruktur i byggene, dårlige sanitæranlegg i gammel bygningsmasse, pasientrom omgjort til andre nødvendige formål etc. Det er likevel vurdert at det med en klarere prioritering av etablering av mer robuste enheter vil være mulig å både omprioritere arealer og definere et klarere driftsamarbeid mellom enkeltenheter. Sykehusledelsen vil derfor initiere en kartlegging av sengepostenes plassering og mulighetsrommet for samarbeid om drift innen og mellom klinikker.

Innføring av nytt ressursstyringsverktøy (GAT) og tilhørende utviklingsarbeid på området ledelsesinformasjon (LIS) vil bidra til bedre oversikt og kontroll på personalressursstyringen både på pleie- og legesiden. Mange enheter er allerede gode på dette området, men interne og eksterne gjennomganger viser at det er store variasjoner og et generelt behov for økt ansvarliggjøring av lederne. Det er

allokerte dedikerte ressurser til dette utviklingsarbeidet. Ressursene skal bistå klinikkene og avdelingene med å analysere ressursbruk og gjennomføre nødvendige tilpasninger i tjenesteplaner, turnuser og vakter.

IT-ressurser og HR-ressurser vil jobbe tett opp mot regionalt initiativ på området (Brasse-prosjektet - Bedre Ressursstyring, Arbeidsplanlegging, Styring, Systemer og Endringsledelse), og ta i bruk metodikk og opplæringstilbud som her tilbys. Det forventes at nye ressurser er på plass innen januar 2013.

#### *Meldte tiltak fra klinikkene*

Dette innsatsområdet har det høyeste estimat på effekt med om lag 90 mill kroner og en forventet reduksjon på rundt 100 årsverk. Det rapporteres effekt på arbeidet med å innføre bemanningsnormer på sengepostene, effektivisering av pasientforløp, elementer knyttet til profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser samt omlegging av driften fra døgn til dag og poliklinikk. Det rapporteres om høy risiko for gjennomføring ved om lag 13 mill av de totalt 90 mill kroner i tiltak.

Av klinikkspesifikke områder trekkes følgende frem:

- Akuttklinikken forventer en effekt på om lag 27 mill kroner knyttet til redusert bruk av overtid, innleie og effektivisering, og innføring av bemanningsnormering.
- Hjerte- lunge- karklinikken forventer en effekt på 14 mill kroner som følge av redusert bemanning etter omlegging av driften på thoraxkirurgisk avdeling. Kar-avdelingen og Lungeavdelingen forventer også vesentlige effekter. Totalt 22 mill kroner innenfor dette området i klinikken.
- Klinikkkirurgi og nevrofag forventer en effekt på 5 mill kroner knyttet til redusert bemanning på sengepostene ved innføring av bemanningsnorm eksklusive intermedie senger og barnesenger.

## **II. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)**

#### *Overordnede føringer og stabens arbeid*

Antall vaktlag ved Oslo universitetssykehus er 63 tilstedevaktteam, 106 bakvaktsteam og 10 tertiærvaktteam, til sammen 179 vaktteam.

Det blir nå utarbeidet en veiledning for utarbeidelse av tjenesteplan for leger som omhandler tilpasning av bemanning til faktisk aktivitet, korrekt utarbeidelse av selve tjenesteplanen i henhold til overenskomsten og bruk av felles malverk.

Det er gjennom 2012 gjennomført en fullstendig innsending av alle tjenesteplaner ved foretaket til sentral HR-stab i et felles malverk. Det vil i løpet av oktober og ultimo november gjennomføres møter med alle klinikker (klinikkleder og avdelingsledere) for å kvalitetssikre innhold og fremstilling av den oversikt som utarbeides over legebemanning og vaktordninger i klinikken.



Det vil i denne gjennomgangen særskilt fokuseres på at de enkelte tjenesteplaner er tilpasset behovet for tilstedeværelse og er reelle i forhold til det faktiske antall vaktgående leger (nye planer ved blant annet permisjoner/langtidsfravær). Det vil også fokuseres på avvikling av fridager/avspasering og oppfølging av vernebestemmelser.

Det vil som del av dette arbeidet gjennomføres rådgiving til enkeltledere i perioden november 2012 til februar 2013 og obligatorisk opplæring til alle som er ledere for leger i perioden desember 2012 til mars 2013.

#### *Meldte tiltak fra klinikkene*

Tiltakene som er meldt fra klinikkene omfatter endringer i vaktplaner blant annet som følge av samordning av aktivitet, ledigholdelse av stillinger, gjennomføring av 52 ukers arbeidsplan og ferieavvikling. Det er forventet at tiltakene gir reduserte kostnader med om lag 20 mill kroner. Generelt rapporteres det om en høy risiko ved gjennomføring av disse tiltakene.

Av særskilte klinikkspesifikke områder trekkes følgende frem:

- Akuttklinikken jobber med planer knyttet til å effektivisere kjøp av tid fra leger knyttet til vaktordringer og sommerferieavvikling i størrelsesorden 6 mill kroner
- Klinikk for kirurgi og nevrofag jobber med en samling av seksjoner innen avdelinger på flere lokasjoner der den elektive aktiviteten konsentreres på RH og ø-hjelp på Ullevål sykehus. Dette vil trolig være mest aktuelt innen Nevrokirurgi, nevrologi og ortopedi. Selv om risikoen for gjennomføring rapporteres som høy jobber klinikken ut fra at dette kan gi om lag 6 mill kroner i reduserte kostnader

### **III. Innkjøp**

#### *Overordnede føringer, stabens arbeid og støtte fra innkjøpsavdelingen*

Det er gjort en foreløpig vurdering av områder det bør satses på for å redusere de totale innkjøpskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF. Områdene er fremdeles gjenstand for vurdering og prioritering i forhold til den totale administrative ressursbruk innenfor innkjøpsområdet og blir her omtalt. Det vil utarbeides en handlingsplan for 2013 for områdene for 2013.

*Økt avtaledekning* - dvs. hvor stor andel av produkter og tjenester som potensielt er dekket av gyldige avtaler – er beregnet til 70-75 %. Avtaledekningen vil aldri nå 100 % da en stor andel er kostnader som ikke er gjenstand for ordinær avtaleinngåelse (avgifter, professorater med mer).

Etablering av rammeavtaler (nasjonale, regionale og lokale) og kontrakter, implementering av disse gjennom informasjon og oppdatering av varekataloger er hovedoppgaven til Innkjøpsavdelingen. Økt innsats for å øke avtaledekningen, først og fremst flere lokale avtaler, krever økt bemanning i avdelingen. Det er i 2012 etablert et internt 2-årig prosjekt i OSS med ekstra ressurser for å øke innsatsen på området eiendom/teknisk, ut fra en vurdering av at det er stort

gevinstpotensial ved å rydde opp i eksisterende avtaler og inngå nye. Tilsvarende vurderes for innkjøp til Klinikkk for diagnostikk og intervensjon. Andre klinikker vil oppfordres til å gjennomføre tilsvarende vurdering av eget område og ta initiativ i saker der gevinstpotensialet kan antas å være betydelig.

*Korrekte og raskt oppdaterte varekataloger* - er nødvendig for at bestillerne kan gjøre avrop på de produktene som forutsetningsvis er billigst for Oslo universitetssykehus HF. Dette er høyt prioritert, men med tre innkjøpssystemer som har ulik alder og oppbygging, er kapasitet på systemkompetanse en utfordring for å holde varekatalogene oppdatert raskt nok. Det tar ofte for lang tid å erstatte gamle produkter med nye i systemene når nye rammeavtaler er inngått. Selv med økt fokus på forbedring forventes denne situasjonen å vedvare i 2013. Den pågående anskaffelsesprosessen for et felles regionalt ERP-system gjør det lite aktuelt å lære opp flere medarbeidere i dagens systemer. Innkjøpsavdelingen vil tilpasse innsats på område etter fremdrift og avklaringer i det regionale ERP-prosjektet.

*Enklere tilgang på informasjon* - om gyldige avtaler finnes på Innkjøpsavdelingens side i Virksomhetsportalen. Det vil arbeides med bedre tilgjengeliggjøring av denne informasjon via virksomhetsportalen og andre fora.

*Bedre kompetanse blant bestillerne - reduserte fritekstbestillinger og økt avtalelojalitet.* Når avtaler med leverandører forutsetter bruk av elektronisk avrop, fører fritekstbestilling i mange tilfelle til en høyere pris i tillegg til faktura- og fraktgebyr. For å redusere andelen fritekst bestillinger (bestillinger som ikke bruker varekatalog) vil det arbeides med å redusere antallet brukere av innkjøpssystemene og samtidig både tilby og kreve deltagelse på kurs for de som har et ansvar for innkjøp.

Det forekommer bestillinger på produkter som ikke inngår i rammeavtalene eller fra leverandører uten avtale. Produkter uten avtale vil i de fleste tilfellene gi høyere kostnader. Færre bestillere som opparbeider bedre rutine og kjennskap til systemene vil også forbedre dette forholdet.

*Kostnads- og forbrukerbevissthet* - God kompetanse innebærer også å vite hva det reelle behovet er. I en del rammeavtaler finnes det flere produkter med forskjellig pris til forskjellig bruk (jf. hansker, kontorrekvisita). Det krever en bevissthet ved bestilling og bruk av produktene for å unngå unødige kostnader. Denne bevissthet kan bedres ved opplæring, og vil kreve økt innsats for endring av holdninger hos den enkelte ansatte i Oslo universitetssykehus HF.

*Oppfølging, rapportering og kontinuerlig forbedring* - Et mål for 2013 er å innføre tertialvis rapportering på noen nøkkellindikatorer i oppfølgingen av den enkelte klinikkk.

*Rådgiving, samspill og kontaktpersoner* - Rådgiving er en viktig oppgave for Innkjøpsavdelingen for at Oslo universitetssykehus HF skal holde seg innenfor regelverket for offentlige anskaffelser. Hver rådgiver i Innkjøpsavdelingen skal nå ha et "kategoriansvar" for et produkt-/tjenesteområde, slik at henvendelser fra alle enheter kan gå direkte til vedkommende i slike saker. Videre er det et mål å

etablere én kontaktperson i Innkjøpsavdelingen for hver klinikk. Tilsvarende er det ønskelig med én kontaktperson i hver klinikk, fortrinnsvis i økonomienheten, som har særlig ansvar for oppfølging av driftskostnadene og som kan fungere som en drivkraft for reduserte varekostnader og andre driftkostnader i klinikkene.

#### *Meldte tiltak fra klinikkene*

Det er rapportert om forventet reduksjon i innkjøpskostnader på 23 mill kroner. Planene omfatter alt fra endringer i pris gjennom reforhandling av eksisterende avtaler, forventninger til reduserte medikamentkostnader gjennom LIS (Legemiddelinnkjøpssamarbeidet) og HINAS (Helseforetakenes Innkjøpsservice AS). Det er også beskrevet en effekt av endret praksis for kjøp av strålekapasitet ved Trondheim og Århus. Ingen av planene innen innkjøp er vurdert til å medføre høy risiko for enten gjennomføring eller konsekvens.

### **IV. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune**

#### *Overordnede føringer og stabens arbeid*

Oslo universitetssykehus HF ønsker å bidra til at helsevesenets samlede ressurser og kompetanse blir utnyttet best mulig. Det innebærer at Oslo universitetssykehus HF ser det som viktig å samarbeide med andre for å sikre gode pasientforløp og en effektiv samlet ressursbruk i regionen.

#### *Samarbeidet med Oslo kommune*

I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, har sykehuset et tett samarbeid med Oslo kommune sentralt og med bydelene i opptaksområdet. Samhandlingsreformen har fokusert på behovet for kompetanseutveksling og overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunen innenfor de områder der oppgaver kan overføres til kommunen. Dagens kompetanseoverføring foregår via kurs, konferanser, dokumentasjon og direkte møter mellom faggrupper. Erfaringer blir innhentet for å bedre samhandlingskompetansen og danner grunnlag for vurdering av kompetansehevede tiltak.

Sykehuset arrangerer fagdager for bydeler og sykehjem i Oslo. Det er viktig at metoder og rutiner i overgangene mellom sykehus og kommune konkretiseres. Det samme gjelder kommunikasjon med og involvering av fastlege, hjemmetjeneste og andre samarbeidspartnere. Sykehuset arbeider systematisk med samhandlingsaspektet i utarbeidelsen av pasientforløp.

Sykehuset har fokus på at nye kontroll- og behandlingsoppgaver skal overføres fra sykehus til primærhelsetjeneste. Her har praksiskonsulentene vesentlig kunnskap å bidra med. De arbeider aktivt for å se på hvilke oppgaver som kan overtas av primærleger/andre henvisere, i første omgang innen ortopedi. Suksesskriterier for dette arbeidet vil være størst mulig forenkling med utarbeidelse av felles kunnskapsbaserte rutiner, også internt på sykehuset. Det må være rom for å utvikle ny kunnskap der det trengs med involvering av kunnskapsmiljøene i primærhelsetjenesten (Kunnskapssenteret og Norsk forening for allmenmedisin). Et viktig premiss for samarbeidet mellom sykehus

og kommune er rettidig utsendelse av epikriser med råd og anbefaling til henvisere.

#### Samarbeid med andre helseforetak i regionen

Sykehuset har tatt initiativ overfor andre sykehus i regionen for å få til en bedre arbeidsdeling. Det er inngått en intensjonsavtale med Sykehuset Innlandet HF, og det er innledet en dialog med Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF. Målet er å utvikle felles prosedyrer, bidra til kompetanseutvikling og til samarbeide om utdanningsløp for eksempel for leger i spesialisering, og om forskning. Samlet vil dette kunne bidra til at mer av utredning og oppfølging kan gjøres ved områdesykehusene i regionen. Det gir Oslo universitetssykehus HF mulighet til å konsentrere seg om den delen av et pasientforløp som krever den spesialkompetanse som skal være på regionsykehuset og som vanligvis ikke er tilstede ved et områdesykehus.

Noen prosjekter er godt etablert. Det gjelder bruk av videokonferanser innenfor enkelte sykdomsgrupper der behandlere ved områdesykehuset diskuterer så vel prøver som bilder for å avklare et videre behandlingsforløp. Det er også utviklet felles prosedyrer på enkelte områder. For Oslo universitetssykehus HF er dette et viktig arbeid. For eksempel innen radiologi, der det er knapphet på så vel utstyr som personell, kan felles prosedyrer og trygghet for kompetansen redusere behovet for å gjenta bilder og bildetolkning.

Det er også god dialog med de to private ideelle lokalsykehusene i Oslo om nærmere samarbeid og noe endret arbeidsdeling både innen somatikk og psykisk helse.

Det tar tid å få til en endret arbeidsdeling og det har i inneværende år vært færre initiativ fra sykehusets egne klinikker og andre områdesykehus enn det som har vært forventet. For å intensivere arbeidet innenfor dette området i 2013 vil dette inngå som en tydeligere del av klinikkens oppdrag for 2013.

#### *Meldte tiltak fra klinikkene*

Klinikkene skisserer her tiltaksplaner i størrelsesorden 17 mill kroner, og dette er knyttet til tre klinikker, AKU, HLK og MED. Samtlige tiltak vurderes å innebære en viss risiko for gjennomføring blant annet fordi de vil måtte basere seg på avtaler med andre parter slik at pasientene blir ivaretatt.

## **V. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring**

#### *Overordnede føringer og stabens arbeid*

Det er under utvikling flere klinikkovergripende prosjekter med potensiale for driftseffektivisering. Per oktober er to konkrete prosjekter under vurdering/etablering. Disse omhandler virksomhet innen Klinikk for diagnostikk og intervensjon i samarbeid med Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjonsmedisin og Klinikk for kirurgi og nevrofag. Det vil utprøves endret ressursallokering for å øke diagnostikk-tilbudet til hhv. kreftpasienter og nevrologiske pasienter med formål om å redusere behovet for antall døgnenger (og for kreftpasienter redusere antall kurer i påvente av diagnostikk).

Det pågår også et kartleggingsprosjekt som ser på muligheten for etablering av en "felles kirurgisk dagenhet for voksne" ved Rikshospitalet. Etableringen er tiltenkt pasienter som ikke krever innleggelse/døgnsenger, men krever overvåkning etter korte narkoser og/eller pleietilsyn ved venting mellom serielle behandlinger/vurderinger.

Det settes også i gang et arbeid for å kartlegge og vurdere sykehusets organisering av intermediærsenger og innføring av blodprøvetaking på poster ved sykehuset.

Det arbeides også med bedret funksjonsfordeling og samkjøring av vaktberedskap innen enkelte områder som grunnlag for mer driftseffektive løsninger.

#### *Meldte tiltak fra klinikkene*

Samlet jobber klinikkene med tiltak for om lag 40 mill kroner. Dette er tiltak som vil kunne føre til en varig endring av driften. Det er imidlertid krevende tiltak i den forstand at det forutsettes gjennomføring av investeringer og avklaringer mellom flere klinikker. Eksempler på noen av tiltakene som er meldt innenfor denne tiltakskategorien er:

- Avvikling av deler av Klinikk for diagnostikk og intervensjon's aktivitet på Aker
- Samlokalisering av sengeposter
- Sengeposten gyn kreft flyttes til Radiumhospitalet
- Utredning av flytting av sengepost 3 barnemedisin på Ullevål til Rikshospitalet
- Koordinering av mottakstjeneste Radiumhospitalet.

### **VI. Annet**

Ettersom Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehusservice ikke har direkte pasientrelatert aktivitet er samtlige av tiltakene til Oslo sykehusservice og de fleste av tiltakene til Klinikk for diagnostikk og intervensjon kategorisert som annet.

Av vesentlige endringer i driften av Oslo sykehusservice kan nevnes overgangen fra brettservering til buffet servering og innsparinger på serviceavtaler innen medisinsk teknisk utstyr. Oslo sykehusservice presiserer at flere av innsparingstiltakene vil kunne medføre merkostnader for klinikkene. Det gjennomføres møter mellom Oslo sykehusservice og de andre klinikkene for både å klargjøre konsekvensene av redusert servicenivå og eventuelt justere tiltakene som er foreslått av Oslo sykehusservice.

For Klinikk for diagnostikk og intervensjon er ca 40 pst av tiltakene knyttet til bemanningstilpasninger på Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Disse tiltakene inneholder mereffekter av tiltak gjennomført i 2012 samt ytterligere effekter av nedbemanning som følge av budsjettforutsetninger for 2013. Nedbemanning vil bli gjennomført ved ledighold av stillinger og omfatter

stillinger for kontor, radiografer og radiologer. Ut over dette foreslås det blant annet å samle analyser til færre lokalisasjoner innen laboratorievirksomheten.

Andre klinikker har også meldt inn tiltak under kategorien annet. Her er noen eksempler:

- bedret takstbruk i Medisinsk klinikk
- opprettelsen av en egen AMD- klinikk (aldersrelatert macula degenerasjon) og konvertere dyr overtid til faste ansettelse.
- Bedre planlegging og gjennomføring operasjonsprogram med færre strykninger i Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjonsmedisin

Klinikkene vil nå i samarbeid med sykehusledelsen arbeide videre med de presenterte tiltakene. Det vil i oppfølgingsmøtene med klinikkene presiseres de områder der det er forventet at klinikkene arbeider med flere tiltak enn det som foreløpig er presentert og risiko ved gjennomføring av tiltak vil også særskilt bli adressert.

## **h. Investeringsbudsjett for 2013**

### Investeringer til omstilling

Oslo universitetssykehus HF er tildelt en investeringsramme på 1 500 mill kroner (2012-kroner) til finansiering av prosjekter som skal bidra til samlokalisering av en rekke fagområder ved foretaket i perioden 2010-2013. Dette finansieres med rentebærende lån på 750 mill kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt salg av egne eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF. I styremøte 20.september ble det redegjort for status på omstillingsinvesteringene, jamfør styresak 60/2012. Styret behandlet samtidig beslutningssak om økonomisk langtidsplan i styremøte 20. september 2012, jamfør styresak 61/2012. I økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn omstillingsinvesteringer i 2013 på 687 mill kroner, fordelt slik tabell 4 viser.

<b>Omstilling (mill. kroner)</b>	<b>2013</b>
Fase 1 Samlokalisering	480
Samhandlingsarena Aker	46
Fase 2	162
<b>Sum omstillingsinvesteringer 2013</b>	<b>687</b>

*Tabell 4: Omstillingsinvesteringer i 2013 i mill kroner.*

Det foretas nå en ny vurdering av behovet for 2013 og for årene framover i samarbeid med Helse Sør-Øst RH.

### Ordinære investeringer

Det legges foreløpig til grunn en fordeling av investeringene mellom de ulike investeringsområder i henhold til tabell 5:

Videreføring av drift (mill. kroner)	2013
IKT	25
Medisinsk/teknisk utstyr	174
Bygg	75
Annet	71
Businesscase	13
Utsatt levering til 2014	-43
Sum investeringer ordinær drift finansiert i 2013	315

Tabell 5: Tentativ klassifisering av investeringsrammen for 2013 på kategori.

På bakgrunn av risikoen for et negativt resultatavvik for driften i 2012 vedtok styret å redusere investeringsbudsjettet i 2012 til videreføring av drift med 65 mill kroner, jamfør styresak 43/2012. Investeringene som ikke blir gjennomført som planlagt i det opprinnelige investeringsbudsjettet for 2012 må finansieres på nytt innenfor 2013-rammen.

#### Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr 2013-2015

Investeringene i MTU har vært lave de senere årene. Årsakene til dette er dels at foretaket har en relativ lav likviditet til investeringer hvert år og dels at investeringsrammene har blitt redusert de to siste årene på grunn av risiko for negativt resultatavvik. Senest 20. juni vedtok styret å redusere investeringsrammen for 2012 som følge av et negativt resultatavvik for dette året. Hoveddelen av reduksjonen i investeringsrammen på 65 mill kroner ble tatt innenfor budsjettet for MTU-investeringer. Anskaffelse av en MTU-enhet kan ta inntil et år etter at endelig beslutning om bestilling er foretatt. Koblingen mellom investeringsbudsjett og resultatrisiko representerer dermed i seg selv en betydelig usikkerhet i planleggingen av investeringene. Konsekvensen har vært at selv de anskaffelsene det har vært plass til innenfor et nedjustert investeringsbudsjett har kommet til sen leveranse, dvs gjerne lenge etter budsjettårets utløp.

Oslo universitetssykehus HF har registrert MTU-utstyr for 3 481 mill kroner i anskaffelseskost i anleggsregisteret. Gjennomsnittsalderen for utstyret var 10,6 år per september 2012 opp fra 10,0 to år tidligere.

I økonomisk langtidsplan 2013-2016 ble det konstatert at den nåværende situasjon knyttet til anskaffelser av MTU ikke var bærekraftig over tid. I økonomisk langtidsplan (vedtatt av styret 20. september 2012) ble det lagt til investeringer i MTU for perioden 2013-2016 i henhold til tabell 6:

Omstilling (mill. kroner)	2013	2014	2015	2016
Finansiert av investeringsramme til viderføring av drift	160	160	160	160
Finansiert ved overskudd på drift	0	4	150	90
Sum	160	164	310	250

Tabell 6: Økonomisk langtidsplan 2013-2016 - Investeringer i Medisinsk teknisk utstyr eksklusive omstillingsinvesteringer

MTU finansiert ved omstillingsmidler er ikke inkludert i tabellen ovenfor.

Gjennomføringen av investeringene slik de var foreslått i økonomisk langtidsplan 2013-2016 forutsatte et nullresultat i 2013 og positive økonomiske

resultater fra og med 2014 (først 1 pst og deretter 2 pst av samlet omsetning). Følges planene fra økonomisk langtidsplan 2013-2016 vil Oslo universitetssykehus HF først i 2015 kunne komme opp på et investeringsnivå for MTU som stanser økningen i gjennomsnittsalder for MTU-parken. Det ble imidlertid varslet i økonomisk langtidsplan at det kunne være nødvendig å anskaffe utstyr i et høyere tempo enn dette for å holde oppe kvaliteten og omfanget av pasientbehandlingen (jf omtale under punkt 4a i vedlegg 1 til styresak 61/2012).

Oslo universitetssykehus HF har hatt en intern gjennomgang av mulighetene for å øke investeringstakten i MTU. Det har også vært en dialog om dette med Helse Sør-Øst RHF. På denne bakgrunn planlegges det nå en flerårig strategi som har som mål et investeringsomfang til MTU på i størrelsesorden 350 mill kroner hvert av de tre neste årene (2013-2015). Anskaffelsesstrategien vil omfatte alle MTU-investeringer i foretaket, også de som inngår i foretakets omstillingsprosjekter.

Finansieringskildene i en slik flerårig investeringsstrategi for MTU vil være:

- Likviditetstilførsel i de årlige budsjettene
- Operasjonell leie
- Eiendomssalg
- Omstillingsmidler (investeringsmidler)

Lykkes Oslo universitetssykehus HF å gjennomføre den driftsstrategien som ligger i økonomisk langtidsplan vil det først og fremst være de to første årene – 2013 og 2014 – hvor det er behov for ekstraordinær finansiering.

Ved å se flere år i sammenheng vil det være mulig å ha en tydeligere strategisk innretning av anskaffelsene. De må ta hensyn til at foretaket er redusert i omfang som følge av overføring av pasientoppgaver til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, og at foretakets virksomhet gradvis blir konsentrert på færre lokalisasjoner. Følgende prinsipper vil ligge til grunn for anskaffelsesstrategien:

- Anskaffelsene skal understøtte foretakets strategi og bidra til høy kvalitet i foretakets tjenester.
- Driftskritisk utstyr som har brutt sammen eller som er nær til å bli ubrukelig vil bli erstattet.
- Utnyttelsesgraden av utstyret skal økes, blant annet ved bedre bruk av utstyr på tvers av klinikk- og avdelingsgrenser.
- Det gjennomføres lønnsomhetsanalyser som supplement til de faglige analysene for å sikre korrekt anskaffelse og effektiv bruk av det nye utstyret.
- Målet er en reduksjon i antall utstyrsenheter og høyere kvalitet på hver enkelt enhet.

#### IKT-investeringer

Investeringsbudsjett for IKT gjennomføres i hovedsak i regi av Sykehuspartner som håndterer likviditeten som er en del av de regionale investeringsmidlene og balanseføringen (anleggsmidler aktiveres og balanseføres). Oslo universitetssykehus HF får til slutt kostnadene (drift av tjenesten og



avskrivninger på investeringsbeløpet) når tjenesten blir tatt i bruk. For 2013 budsjettet har Oslo universitetssykehus HF foreløpig anslått et behov på om lag 430 mill kroner i regionale investeringsmidler for å understøtte tjenester levert til Oslo universitetssykehus. Dette er en økning på om lag 130 mill kroner fra 2012 nivået som i hovedsak relateres til DIPS implementering.

Det vil gjennomføres enkeltprosjekter innen IKT der Oslo universitetssykehus står for investeringene. I 2013 foreslås det foreløpig å sette av 25 mill kroner til dette formålet innenfor foretakets egne investeringsmidler, jf tabell 5.

#### **i. Foreløpig risikovurdering for gjennomføring av budsjett 2013**

Klinikkene ved Oslo universitetssykehus HF foretar tertialvise vurderinger av risiko. Risikoen ved driften per 2. tertial presenteres styret i egen styresak 72/2012 ledelsens gjennomgang etter 2. tertial.

Samtlige klinikker har i leveransen 9. oktober foretatt en foreløpig vurdering av risikostatus i 2013. Klinikkene har tatt utgangspunkt i risikovurderingen fra 2. tertial 2012. De har vurdert hvordan budsjetttrammer, aktivitetsmål og planlagte budsjetttiltak vil påvirke risikobildet for 2013. Nedenfor gis en kortfattet status på foretaksnivå:

##### *Økonomi*

Totalt sett er det i denne leveransen størst økning i den økonomiske risiko ettersom det ikke er lagt frem tiltak som i tilstrekkelig grad sikrer et resultat i henhold til styringsforutsetningene for 2013 budsjettet.

##### *Pasientbehandling*

Enkelte tiltak som klinikkene planlegger å gjennomføre kan få moderat innvirkning på pasientbehandlingen og øke sårbarheten, spesielt i perioder med høy pasienttilstrømning. Særskilt kapasitet innen operasjon, intensivbehandling og radiologi kan medføre økt antall strykninger, forsinkelser og lengre liggetider.

##### *Arbeidsmiljø*

Det er foreslått tiltak om flytting av pasientgrupper, endringer i innhold i arbeidet for den enkelte og økt krav til tilstedeværelse på ugunstig arbeidstid (kveld/natt/helg). Dette vil kunne bidra til redusert trivsel. Flere av tiltakene kan også for de ansatte oppleves som ren innstramning og økning av arbeidspresset. Etter flere år med krav til tiltak, krevende drifts- og økonomisk situasjon innebærer innstramninger i budsjett 2013 en økt risiko for høyere turnover og mer krevende rekrutteringsprosesser.

##### *Forskning, utdanning og innovasjon*

Selv om ikke forskningsbudsjettene er direkte redusert vil et økende press på den kliniske aktiviteten kunne gi en lavere prioritet i både arealdisponering og tilgjengelighet til personal som støtter opp om forskningsarbeidet.

**j. Timeplan for det videre arbeidet med budsjett 2013**

Det er planlagt at budsjett legges frem som vedtakssak i styremøtet den 17. desember. Et periodisert budsjett med korreksjoner mellom kostnadsområder og en revurdering av budsjettposter er planlagt lagt frem for styret til vedtak i februar.

Til styremøte	Innhold	Leveranser fra klinikk
17. desember	<ul style="list-style-type: none"><li>• Detaljbudsjett innenfor aktivitet, bemanning, økonomi, tiltak og investeringer</li><li>• Risiko- og konsekvensvurderinger</li><li>• Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte og referat fra behandling i AMU</li></ul>	23. november
Januar / februar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periodisert budsjett</li></ul>	

**k. Medvirkning og drøfting av budsjettet**

Det er gjennomført drøfting av budsjett 2013 i alle klinikker og på foretaksnivå i forkant av denne budsjettleveranse (ref vedlegg 2 Protokoll fra drøfting med foretakstillitsvalgte). Det er planlagt ny drøfting inn mot endelig budsjettleveranse den 17. desember. Denne drøftingen vil også bli gjennomført på klinikk og foretaksnivå.

Det er distribuert et rapporteringsskjema som skal fylles ut på avdelingsnivå der det stilles spørsmål om faktisk involvering og medvirkning i årets budsjettprosess. Skjem signeres av leder og utvalgt tillitsvalgt før det returneres og inngår som del av neste budsjettleveranse fra klinikk til sentral stab.

Klinikk	<b>Klinikk psykisk helse og avhengighet - PHA</b>
---------	---

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>1</sup>	2.087
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	-30
Avvik fra budsjett per juli	12.138
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-14.800

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Klinikk psykisk helse og avhengighet er den største klinikken ved OUS med 2 087 årsverk per oktober. Klinikken tilbyr behandling innenfor områdene voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi har regionale funksjoner innenfor sikkerhetspsykiatri og spiseforstyrrelser og nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse. Vi har kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Regionalt senter for vold og traumatisk stress (RVTS) og har nylig fått et nasjonalt kompetansesenter innenfor personlighetspsykiatri. Vi har landets største forskningsmiljø innenfor spesialisthelsetjenesten på dette feltet.

### 3. Endringer i det kliniske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det kliniske tilbudet

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

#### b. Endringer i aktivitetsnivå

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

### 4. Overordnede mål

#### a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Klinikken har som mål at ventetiden reduseres og at det ikke forekommer fristbrudd. Klinikken vil, i løpet av 2012 og tidlig 2013, fullføre følgende tiltak for å effektivisere pasientforløp: Opprette sentervise ventelisteansvarlige og innføre felles inntaksprosedyrer og henvisningsmottak, og innføre nye prosedyrer vedrørende ventelisteadministrering. Klinikken følger prioriteringsveileder for psykisk helsevern

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

barn og unge og nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse barn og unge.

**b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

Ikke aktuelt for klinikken.

**c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

**Dette er et mål i arbeidet med nye inntaksprosedyrer og mer effektive pasientforløp**

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

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

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

## **5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**

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

Klinikkens krav for 2013 er budsjettbalanse. Målsettingen for 2012 er også budsjettbalanse. Utfordringene fra 2012 til 2013 knytter seg opp til håndteringen av netto nedtrekk i ramme, p.t. på 14.8 mill. kr. Beregnet tilpasning av bemanningen estimeres til ca 30 årsverk.

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

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

## 6. Klinikkens foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Driftsorganisering strukturell endring		1,0
2. Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger	3,3	25,0
3. Effektivisering av pasientforløp	7,5	2,0
4. Samhandling		
5. Samlokalisering	4,0	2,0
6. Felles normering		
7. Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser		
8. Innkjøp		

### b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene

#### 1. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

##### Normering

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

- Hovedferieavvikling for 2012 er evaluert i samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud. Planlagt oppstartsmøte i januar 2013 for planlegging av hovedferieavvikling 2013: inkludert vurdering av behov for bemanning og opplæring av ferievikarer.
- Avdelingene har vedtatt og vil vurdere nye bemanningsplaner i 2012. Endret saksbehandling knyttet til vurdering av ledige stillinger bør på sikt medføre mindre bruk av variabel lønn.
- Avdelinger/seksjoner med høyt sykefravær har bedt om bistand fra arbeidsmiljøavdelingen med sikte på samarbeid for å redusere fravær og gjennom det redusere bruken av variabel lønn.
- Avdelingene i utarbeider nye bemanningsplaner. For SRA - I all hovedsak er dagansatte i fagstillinger (unntatt ved Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker) satt inn i helgearbeid (hver 4. eller 6. helg)

##### Effektivisering av pasientforløp

- Førstegangpsykosar, rus, affektlidelser, ustabile personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, sikkerhetspsykiatri, utviklingshemning/autisme, ADHD.
- I arbeid og under vurdering ved prosedyre for "Behandlingslinjer"  
Samhandling med andre avdelinger i klinikken, samt mot Psykiatrisk legevakt.
- Det er opprettet ventelisteansvarlige på ulike områder, det arbeides med felles inntaksprosedyrer og henvisningsmottak og innføring av nye prosedyrer vedrørende ventelisteadministrering

##### Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser

- Bemanningsplaner og styring av personellressurser skal ta utgangspunkt i enhetens behov til hver tid.
- GAT brukes aktivt i styring av ressursene og oppfølging av enhetene  
Personaldata benyttes til å analysere driften og sammenligne ressursbruken i enhetene
- Bemanningen tilpasses aktivitet i lavaktivitetsperioder. Det er fortløpende vurdering av oppgavedelingen mellom faggruppene.
- Enheter med høyt sykefravær følges opp individuelt. Sykefraværstatistikken gjennomgås

### Døgn- til dag- til pol og redusert antall senger

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

Vaktordninger og tjenesteplaner vil kunne samordnes og frigi personellressurser.

Samlokalisering og arealeffektivisering vil redusere behovet for støttetjenester:

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

## **2. Kjøp av tid fra legegruppen**

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

All utdanning / kurs varsles mer enn 14 dager i forveien, og variable arbeidsinnsats planlegges i forhold til dette.

Hovedinnsats i forhold til SRA som skal redusere fra 5 til 2 vaktlag. Pågående forhandlinger.

## **3. Innkjøp**

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

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

## **4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune**

### Samhandling og oppgavedeling

Spiseforstyrrelse, personlighetspsykiatri, affektive lidelse, førstegangssykoser, barnevern/BUP og områdefunksjoner, akutt og avgiftning (rus), alderspsykiatri Lovisenberg, Diakonhjemmet, barnevernet, Oslo kommune, private avtaleleverandører innen rus og avhengighet.

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

## **5. Klinikkevegripende tiltak for driftsendringer**

### Samlokalisering

- Alderspsykiatrisk avdeling (ALD): Alderspsykiatrisk poliklinikk (APS) fra Grønland til Ullevål
- Josefinegate DPS (JSF): Poliklinikk fra Josefinesgt. 30 til Aker
  - Ruspoliklinikk fra Ullevål til Aker
  - Ambulant virksomhet fra Geitmyrsveien 67 til Aker
  - Adm. Fra Geitmyrsveien 67 til Aker
  - Døgn fra Pilestredet 77 til Geitmyrsveien 67

- Avdeling avh.beh. voksen er planlagt samlokalisert i felles bygg (21) på sykehusområde Ullevål. Forprosjekt rapport foreligger 3. sept 2012. Pr i dag drifter avdelingen med en seksjon på Gaustad og en på Ullevål. Avdelingen har 58 årsverk.
- Senter for psykisk helse barn og ungdom (SPHBU) har i løpet av 2012 gjennomført utredning av en samlokalisering av BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS på Mortensrud. Arbeidet fortsetter inn i 2013.
- SPHBU har behov for ytterligere utredninger vedrørende en eventuell samlokalisering av Barne- og Spesialavdelingen på samme område som Ungdomsavdelingen. Utredningen ferdigstilles i løpet av høsten 2012. En eventuell samlokalisering av Barne- og Spesialavdelingen vil bli gjennomført i løpet av 2013, med fremleie av lokaler i Nydalen.
- Forprosjekt oppstart – Alder
- Forprosjekt oppstart – Josefinesgt. Til Aker

#### Driftsorganisering, strukturelle endringer

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

Avdelinger vil ha varierende antall senger på sine poster. Det vil fortsatt være poster med under 25 senger, grunnet forskrifter for pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern (TPH). Noen sengeposter slås sammen, stenger eller holder lavere aktivitet i lav aktivitetsperioder. Det vil bli fokusert på en større bevissthet mht bemanningen i de ulike avdelinger gjennom året

#### **c. Vurdering av situasjonen**

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

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

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

Driftsendringene for 2013 er ulike utover i klinikken. I hovedtrekk er endringene følgende;

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

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

Klinikken har etablert 10 prosjekter innenfor ulike områder. Det er etablert en prosjekt- organisasjon for hvert prosjekt, denne støttes av ulike stabsressurser.

Det er også en målsetting at ressurser, både innenfor stab og drift, koordineres med et strengere krav om tettere samhandling, både vertikalt og horisontalt.

### KLINIKK PHA TOP 10 OPPDRAG

Nr	OPPDAG	Ansvarlig	Stab-støtte	Spesifisering
1	Tematiserte fagmøter på klinikknivå	Jan Ivar Røssberg	Ewa Ness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles fagmøter/dager på tvers av sentrene 4 x pr. år</li> <li>Øke andelen forskere med klinisk tilknytning med 20 %</li> </ul>
2	Ungdoms-medisinsk forum	Trude Fixdal	Morten Wolmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan behandles ungdom 15-25 år i klinikk A?</li> <li>Hvilke avdelinger er involvert?</li> <li>Hva vil være den mest hensiktsmessige behandlingen for denne aldersgruppen?</li> <li>Hvilke områder skal det satses på?</li> </ul>
3	Storforbrukere av klinikkens tilbud	Øystein Kjos	FoU v/Svein Friis Ulrica Bore	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvor mange, hvem og hvilke kjennetegn?</li> <li>Hvordan kan vi få til behandling på beste effektive omsorgsnivå?</li> <li>Hva slags samarbeid mellom bydelene og spesialisthelsetjenesten vil være nyttig?</li> <li>Konkret gjennomgang av den enkelte pasient med sikte på å etablere et godt og tilstrekkelig tilbud</li> <li>Koordineringsenhetens rolle</li> </ul>
4	Spesialisering på DPS-nivå	Øystein Kjos	Hilde Røhmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Velge ut ett område for hvert av DPSene</li> <li>Beskrive hva spesialisering betyr i praksis</li> <li>Gjennomføring</li> <li>Akuttfunksjon på DÅS – hvordan dekker vi det?</li> </ul>
5	Behandlings-linjer	Anne-Karin Rudi / Ellen Hagemo	Torun Vedal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ferdigstilte behandlingslinjene for:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>psykoser/ førstegangpsykoser</li> <li>affektive lidelser</li> <li>alkoholisme</li> </ul> </li> <li>Implementere de ferdig utarbeidede behandlingslinjene</li> <li>Etablere behandlingslinjer innenfor følgende områder for (ila 2012 / beg. 2013):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Spiseforstyrrelser</li> <li>Ustabil personlighetsforstyrrelse</li> </ul> </li> </ul>
6	Spise-forstyrrelser – Differensiering av tilbudet	Anne-Karin Rudi / Ellen Hagemo	Gry Aleksandersen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan kan veien inn og ut av et DPS for denne pasientgruppen best ivaretas?</li> <li>Hvordan bør funksjonsfordelingen være mellom de ulike nivåene – Regionalt nivå, områdenivå og DPS – nivå?</li> <li>Hva bør vektlegges faglig for å fordele pasientene etter BEON (beste effektive omsorgsnivå)? Hva slags inntakskriterier bør vektlegges på de ulike nivåene?</li> <li>Hvordan kan samhandlingsreformens intensjoner med BEON settes ut i livet før og etter en poliklinisk behandling evt. innleggelse på sykehusnivå? Hvordan kan alliansen til pasienten og pårørende opprettholdes gjennom hele forløpet?</li> <li>Hvordan kan DPS og poliklinikkene samarbeide best om å gi denne pasientgruppen en god behandling?</li> </ul>
7	Etablere casemøter	Anne Beate Sætrang	Hilde Harwiss/ Guri Spilhaug	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hver annen måned med akuttpsykiatrisk avdeling, rusakuttmottak og legevakt</li> </ul>
8	Evaluering behandlings-effekt	Jan Ivar Røssberg	Morten Wolmer/ Ewa Ness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematisk evaluering av behandlingseffekt både for voksne og barn i hele klinikken</li> <li>Hva måles og hvordan</li> <li>Inngå i Portalprosjektet som egen aktivitet</li> </ul>
9	Regionalt vs lokalt (Sikkerhets-psykiatri)	Anne-Karin Rudi/	Gry Aleksand	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forslag til felles retningslinje for inntak og differensiering mellom lokalt og regionalt nivå</li> </ul>



		Ellen Hagemo	ersen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retn.linje revideres og HSØ inviteres til videre medvirkning</li> </ul>
10	OUS og KPHAs overordnede virksomhetsstrategi	Ewa Ness	Morten Wolmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressursgruppe ift OUS og KPHAs overordnede strategi</li> <li>Oppspillpunkt for de andre oppdragene og uttak av synergieffekter</li> <li>Peker ut de viktigste satsningsområdene fra år til år</li> </ul>

#### d. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

##### Senter for Lokalfunksjoner

Senteret har en redusert utgiftsramme på 11,7 mill kr i forhold til budsjettet for 2012. Senteret vil gjennomføre ulike kostnadsreducerende tiltak som også medfører en reduksjon i antall årsverk.

Risikovurderinger er foretatt med tanke på gjennomføringsrisiko. Tiltak:

##### Akuttpsykiatrisk

Større grad av samhandling og fleksibel bemanning mellom sengeposter som vil gi mindre uttak av variable årsverk. Risiko vurderes som høy.

##### Josefinesgate DPS

Tilsvarende som Akuttpsykiatrisk. I tillegg et pågående prosjekt for flytting til samhandling Aker med en sannsynlig effektiviseringsgevinst med reduksjon i årsverk for alle personalgrupper. Risiko vurderes til medium.

##### Alder psykiatrisk

Reduksjon av antall døgnplasser. Risiko vurderes til medium

##### Spesialisert døgnbehandling

Videreføring av tiltak, reduksjon av 6 behandlingsplasser, som er igangsatt i 2012. Risiko vurderes til medium.

##### Psykiatrisk legevakt

Redusert åpningstid med effekt reduserte bemanning dom skyldes mindre etterspørsel fra befolkningen. Øvrig døgnberedskap ivaretas av den kommunale legevakten. Ingen risiko.

##### Drifteenhet ved senteret.

Koordinering og samordning av mottakstjenesten i klinikkens døgnavdelinger. Inge risiko.

##### Senter for Land og region

Uforordningsbildet for senteret er et nedtrekk på 6,6 mill. Før tiltak settes inn må det avklares hvorvidt de regionale avdelingene som står på unntakslisten skal holdes utenfor nedtrekket. Det må også avklares hvorvidt områdefunksjoner som spisepoliklinikken på Gaustad og angstpoliklinikken skal flyttes ut til DPS. Likeledes endring av plassering til avdeling for førstegangspysykose. Det må vurderes om det for framtiden rendyrkes et eget senter(avdeling) for nasjonale og regionale funksjoner inkludert kompetansesentra som naturlig passer inn.

Senteret har i 2012 hatt en bedre kontroll på økonomi enn tidligere. Vi har ved enkelte avdelinger hatt en høyere produksjon på poliklinikkene enn plantallet og brukt mindre personale i faste stillinger enn budsjettet. Senteret har også fått tildelt nye oppgaver fra Helse Sør – Øst som ikke har vært mulig å realisere i inneværende år pga. mangel på lokaler til den tiltenkte drift. Fra 2013 vil dette løses.

### **Senter Psykisk helse barn og unge**

På grunn av omstillings arbeid i 2012 er ikke avdelingsledernes endelige rammer avklart. Senteret leverer budsjettforslag innenfor rammen. Tillitsvalgte deltar i prosessen, orientert i møte 27.9 om senterets rammer. Ny orientering til tillitsvalgte 18.10.12.

Senterets nedtrekk i ramme for 2013 tilsvarer om lag kostnadene som var avsatt til omstillingskostnader i 2012, slik at det reelle nedtrekket er på cirka 1,1 million. Senteret tilpasser aktiviteten innefor dette nedtrekket i forbindelse med utarbeidelse av budsjett for neste år.

Senterets utfordring inn mot 2013 er også uavklarte saker knyttet til medarbeidere som ikke er innplassert eller har fått vesentlig endret stilling som følge av omstilling. Det er av stor betydning at sakene blir avklart i inneværende år, evt at de saker som ikke er avklart flyttes fra avdeling til klinikk, evt senternivå.

De økonomiske rammer sammen med økte krav til aktivitet for 2013 gir et krevende utfordringsbilde for SRA.

Senterets hovedutfordring inn mot 2013 er uavklarte saker knyttet til medarbeidere som ikke er innplassert eller har fått vesentlig endret stilling som følge av omstilling. Det er av stor betydning at sakene blir avklart i inneværende år, evt at de saker som ikke er avklart flyttes fra avdeling til klinikk, evt senternivå.

### **Avdeling for Forskning og utvikling**

Endringen for avdelingen er en redusert utgiftsramme på 1,4 mill kr i forhold til budsjett 2012. Avdelingen foretar nødvendige tilpasninger for å oppnå budsjettrammen for 2013

### **Klinikkstab**

Reduksjon i utgiftsramme for staben er 2,2 mill kr i forhold til budsjett 2012. Det blir gjennomført nødvendige kostnadsreduksjoner på ulike områder for å innfri budsjettrammen for 2013.

Klinikk	Medisinsk klinikk (MED)
---------	-------------------------

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012[1]	1 225	
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	-164	
Avvik fra budsjett per juli	-7 247 000	
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-76 086 000	OBS: Utfordringsbildet er større i henhold til forhold beskrevet under

### 2. Kort omtale av klinikken hovedfunksjoner

Oslo universitetssykehus har Norges mest komplette indremedisinske virksomhet, og er det eneste sykehuset i Oslo som har alle indremedisinske grenspesialiteter. Medisinsk klinikk sin hovedfunksjon er å ivareta den økende andel akutte, dårlige pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Over 90 % av innleggelsene i Medisinsk klinikk er øyeblikkelig hjelp og utgjør ca 60 % av sykehusets akutte innleggelser. Hovedsakelig er disse pasientene for dårlige til å bli ivaretatt på en forsvarlig måte på andre helsearenaer.

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

Medisinsk klinikk ivaretar også en rådgivnings og "bakvaktfunksjon" for andre helseforetak. Dette er aktiviteter som er økende i volum og er av stor betydning for at andre foretak kan ivareta sine pasienter på en faglig, forsvarlig måte. I Medisinsk klinikk foregår det utstrakt forskningsaktivitet, klinikken deltar aktivt i mer enn 100 PhD-prosjekter og i en rekke nasjonale og internasjonale prosjekter.

Medisinsk klinikk er en hjørnestein i sykehusets utdanning av helsepersonell. Klinikken ansatte er involvert i ulike nasjonale og internasjonale utvalg og er blant landets ledende fagpersoner innen mange områder slik at de engasjeres i stor grad av sentrale helsemyndigheter i fagråd og utvikling av nasjonale faglige retningslinjer.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

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

Videre vil klinikken legge ytterligere til rette for økt dagbehandling. Klinikken dagpost er organisert som et tilbud for pasienter i alle klinikkenes avdelinger. Enheten er et alternativ til døgnopphold, samt tilbud for pasienter fra akuttmottaket slik at innleggelse unngås.

Klinikken er i prosess med andre sykehus i Oslo sykehusområde for å se på mulig funksjonsfordeling. Dette vil kunne optimalisere behandlingskvalitet ytterligere.

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

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

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

#### **b. Endringer i aktivitetsnivå**

Medisinsk klinikk planlegger samme aktivitet i 2013 til tross for befolkningsøkning. Det vil skje en generell økning av oppgaver blant annet som følge av befolkningsvekst, migrasjon, aldring, storbyproblemer og øket andel flerkulturelle. Som følge av dette vil klinikken få en økning av i henvisninger og innleggelser. Det forventes også flere innleggelser pga mer sykdom med økende alder i befolkningen, særlig innen diabetes, hjerte-karsykdommer og kreft.

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

### **4. Overordnede mål**

#### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

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

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

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

#### **b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

Klinikken har som mål at sykehusinfeksjoner ikke overstiger 3 prosent.

**c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

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

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

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

**5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**

**Tilbakeblikk**

Medisinsk klinikk har ved alle budsjettprosesser siden sammenslåingen i 2009 – 2010 pekt på utfordringene OUS har hatt ved etablering av budsjettammer for klinikkene. Vi mener at flere av disse forholdene har medført betydelige utfordringer og skjevheter til ugunst for Medisinsk klinikk, og at det også medfører stor risiko for gjennomføring av budsjett 2013.

Innledningsvis ønsker vi å vise til disse historisk betingede utfordringer:

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

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

## Utfordringsbilde

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

	DRG	krav til kostnadsreduksjon	endringer relatert til ny ramme	endring fra årsverk	endring fra juli nivå
a Prognose 2012 (beregnet)		-18 000	-2,0 %	-27	-2,1 %
b Midlertidig ramme trukket inn		-48 780	-5,5 %	-73	-5,6 %
c Flatt kutt (budsjettskriv 2)		-27 288	-3,1 %	-41	-3,1 %
d Økning intensiv 2 senger		-10 000	-1,1 %	-13	-1,0 %
e Uk-meldte		-2 500	-0,3 %	-4	-0,3 %
f Ledigholdt stillinger		-3 700	-0,4 %	-6	-0,4 %
g Helligdagstillegg		-850	-0,1 %	-1	-0,1 %
<b>Totalt krav</b>	<b>0</b>	<b>-111 118</b>	<b>-13 %</b>	<b>-164</b>	<b>-13 %</b>

### a. Prognose 2012 (beregnet): -18,0 mill

Prognose levert ved rapportering til 2. tertial 2012. Det er på nåværende tidspunkt relativt stor usikkerhet knyttet til dette tallet, siden vi har hatt kostnadsreduksjoner i 2012 og høy/økt aktivitet. Det er krevende å identifisere både de indirekte og direkte konsekvensene av endret driftform. Klinikken er i gang med kontroll av budsjetter før tiltak for å forankre et utgangspunkt for budsjettprosessen 2013. Dette vil i større grad sikre et bilde av utfordring og nyansene i denne.

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

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

### c. Flatt kutt: -27,3 mill

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

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

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

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

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

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

**d. Økning intensiv 2 senger: -10,0 mill**

Medisinsk klinikk har med den høye aktiviteten (7 - 7,5 % foran plantall) et stort press på intensivkapasitet. Intensivenheten overskrider nå en terskelverdi i beleggsprosent (85 %) for god drift. For å svare ut dette har vi i arealet klinikken disponerer sett muligheten for å øke med to intensivsenger. En for MI (Medisinsk intensiv) og en hos KIO (Kardiologisk intensiv og overvåkning).

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

1. Ved sammenslåingen i 2009 – 2010 var det ved Aker en felles intensivenhet på 6 intensivsenger (3 kirurgiske og 3 medisinske). Alle sengene og kostnadsrammen ligger i sin helhet i Akuttklinikken. Etter overføringen til Ahus / VV ble sengene budsjettmessig halvert til ca. 1,5 medisinske og 1,5 kirurgiske. Medisinske intensivpasienter er nå i sin helhet flyttet til Ullevål, noe som skaper press på medisinske intensivsenger. Kostnadsramme for 1,5 medisinsk intensivseng mener vi ligger i Akuttklinikken og bør overføres til Medisinsk klinikk.
2. Ved overføringen ble det regnet ut en overføringsgrad på 36 % av hele Medisinsk klinikk sin kostnadsramme. Siden en ikke tok høyde for at intensivenheten ved Ullevål i stor grad burde skjermes, ble Medisinsk intensiv betydelig redusert og tidligere økning på 2 senger 2007 – 2008 er i realiteten fjernet.

**e. UK-meldte: -2,5 mill**

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

**f. Manglende kompetanse: -3,7 mill**

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

**g. Helligdagstillegg: -0,9 mill**

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

**Aktivitet**

Medisinsk klinikk tolker den nye bestillingen som en kostnadsreduksjon med samme aktivitet som i 2012. Altså er kravet om aktivitetsreduksjon frafalt. Før tiltak har Medisinsk klinikk et budsjett aktivitetsnivå i 2013 på 1933 DRG over aktivitetskrav. Det vil si at vi vil få en merinntekt på aktivitet på ca. 38,3 mill. Dette ligger i prognosen. Utfordringen med å budsjettere på et høyere nivå enn plantall er at en ikke får rammefinansieringen tilknyttet denne meraktiviteten. Siden Medisinsk klinikk har et større innslag av "fritt sykehusvalg" enn tidligere beregnet, ønsker vi en ny gjennomgang av den interne DRG prisingen av mer aktivitet. Medisinsk klinikk avventer derfor sentral prosess rundt aktivitet før vi uttaler oss ytterligere om risikobildet.

### **Konklusjon**

Fra dagens nivå ned til ny kostnadsramme må klinikken redusere med 111 mill. i kostnader (13 %) med tilhørende 164 brutto årsverk (13 %). Dette vil for 2013 med de kutt og endringer som er forespeilet, medføre at klinikken følger den sentrale metodikk og fordeler rammer flatt til avdelinger og koststeder.

**Risiko** ved dette er:

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

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



## 6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

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

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

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

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

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

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

	mill	årsverk	antall tiltak med effekt	
Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter *	4 756	7	3	Dette er p.t. kun estimater. Medisinsk klinikk vil jobbe med å kvalitetsikre tallene inn mot detaljlevering av budsjettet.
Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)				
Innkjøp	315		1	
Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	3 946	7	4	
Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	1 360	2	2	
Annet	800	0	3	
	11 177	16	13	

\* Allerede innført bemanningsnorm. Dette gjelder samlokalisering og flytting.

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

### Overføring av aktivitet til Lovisenberg

Medisinsk klinikk har fått i oppdrag å utrede en mulig overføring av Bjerke bydel til Lovisenberg. I første rekke dreier det seg om å identifisere potensiell reduksjon i behov for senger og tilhørende

legeressurser. Sagene bydel ble overført i 2007 – 2008 slik at vi har et empirisk grunnlag hvor vi kan beregne effekten av tiltaket, forutsatt at Bjerke er lik Sagene, justert for forskjell i befolkningstall.

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

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

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

Som vi ser av tabellen er det potensialet for innsparing svarende til ca. 12 senger, men sengene fordeler seg spredt innenfor fagområdene. Med tanke på eksisterende bygningsmasse er det krevende å tilpasse til optimale sengeposter. I tillegg ser vi at belleggsprosenten er høy, ofte over 100. Et eventuelt nedtrekk av pasienter uten reduksjon i senger gjør det mulig for klinikken å komme ned på belleggsprosent som OUS forøvrig.

Overføringen vil også berøre poliklinisk virksomhet. Kostnadsreduksjon kan vise seg å være krevende siden poliklinikkene allerede i dag har et høyt press med ventelister. I tillegg vil fritt sykehusvalg redusere mulighet for reell overføring.

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

### **Videre fremdrift**

Medisinsk klinikk har gjennomført første del av prosess for tiltaksutarbeidelse. Frem mot tredje leveranse arbeider vi med konkretisering, planlegging for gjennomføring og kvalitetssikring av beregninger. I dette arbeidet benytter vi en egen utviklet mal som inneholder all vesentlig informasjon samt risikovurdering.

**b. Mer detaljert beskrivelse av klinikken arbeid innenfor innsatsområdene.**

**Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter**

**i Felles normering**

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

Medisinsk klinikk har innført bemanningsnorm på sengepostene.

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

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

Klinikken ønsker:

- felles normering for intensivsenger i samarbeid med Akuttklinikken
  - mulig omfordeling av sengekapasitet på tvers av klinikker med bakgrunn i objektive beleggstall, som vil skape bedre flyt i akuttmottaket
- flytte infeksjonsmedisinsk sengepost til KIS bygget for å samlokalisere sengepost og isolatpost. Dette vil kunne gi samdriftsmuligheter, samt bidra til at OUS (i bygg 3) innfrir pålegg fra Brann- og redningsetaten og Arbeidstilsynet.
- Samdrift av nyre sengepost og dialyse-enheten

**ii Effektivisering av pasientforløp**

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

Medisinsk klinikk ved klinikkleder er prosjekteier sammen med Oslo kommune i et kvalitetsutviklingsprosjekt som skal bidra til en rask og adekvat tilgang til diagnostikk og behandling

for eldre med akutt og subakutt funksjonssvikt. Målsettingen er å kunne begrense funksjonstap og forebygge sykehusinnleggelse.

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

Klinikken ønsker:

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

### **iii Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser**

Medisinsk klinikk har med stor suksess etablert en bemanningsenhet for håndtering av delte stillinger. Dette er et prosjekt med støtte fra VOX.

Klinikken er i ferd med å gjennomføre produksjonsplanlegging på poliklinikk, pilot Gastromedisinsk avdeling. Dette vil bli gjennomført i alle avdelinger.

Klinikken ønsker:

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

### **iv Døgn - til dag - til pol og redusert antall senger**

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

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

## 2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

### i Felles normering

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

## 3. Innkjøp

Kostnadsbildet til Medisinsk klinikk består av ca. 82 % lønnskostnader. Dette gir oss lite handlingsrom når det gjelder tiltak på innkjøpsiden.

Hjerteavdelingen er den eneste avdelingen med noe tyngre vekt på varekostnader og der er det nettopp inngått en ny avtale via HINAS som har hatt positiv effekt i 2012.

Ved Nyremedisinsk avdeling vil det være en effekt av ny HINAS avtale i 2013, men det er usikkert om dette vil slå positivt ut for avdelingen.

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

## 4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

### i. Samhandling og oppgavedeling

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

Klinikken ønsker:

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

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

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

Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin gir tilbud om livsstilsbasert og medikamentell forebygging av hjerte-/karsykdommer særlig til yngre høyrisikopasienter og pasienter med arvelige forstyrrelser i fettstoffsiftet (bla. familiær hyperkolesterolemi) Avdelingen vil aktivt

medvirke til å etablere slike tilbud under ”Samhandlingsarena Aker” dersom Oslo kommune makter å etablere gode forebyggingstilbud i fremtiden. Yrkes- og miljømedisin samarbeider med mange fagmiljøer i sykehuset og Statens arbeidsmiljøinstitutt i Oslo i et prosjekt for å etablere et regionalt kompetansesenter for astma, allergi og overfølsomhetsreaksjoner med øremerket finansiering fra Helse Sør-Øst.

## 5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring

### *i. Samlokalisering*

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

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

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

### *ii Driftsorganisering, strukturelle endringer på tvers av klinikkene*

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

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

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

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

Strømlinjeformet postgang. Det viktigste tiltaket her ville være at all utgående post fra EPJ som går elektronisk ikke også sendes per post. Økt kapasitet på MR og CT-undersøkelser i KDI vil kunne bidra til bedre pasientgjennomstrømning.

### c. Vurdering av situasjonen

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

- d. Innføring av bemanningsnorm på sengepost allerede gjennom prosjekt Redesign
- e. Kartlegging av overleger med mantra om intet idnr. intet budsjett
- f. Gjennomgått kjøp av legetid som har resultert i omfordeling og reduksjon
- g. Redusert sengeantall
- h. Andre kostnadsreduserende tiltak

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

## 7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

Budsjetttrammene for Medisinsk klinikk 2013 medfører en betydelig utfordring og stor risiko ved gjennomføring. Klinikken har et marginalt handlingsrom for ytterligere innsparinger da mange effektiviseringstiltak allerede er gjennomført (bemanningsnorm, delte stillinger og kjøp av legetid), og har en betydelig utfordring med høy aktivitet og høyt belegg i pasientsengene. Det er ikke mulig å redusere ytterligere bemanning uten å redusere klinisk virksomhet. Pasientvolumet i klinikken er så stort at det å overføre en bydel til annet lokalsykehus ikke vil være tilstrekkelig for å løse utfordringen. For å få en reell reduksjon bør en heller se på funksjonsfordeling. Klinikken har område-, region- og landsfunksjoner i tillegg til beredskapsfunksjon. Avdelingene i klinikken har gjort et omfattende arbeid med å komme med forslag til konkrete tiltak og områder der driften kan effektiviseres for å tilpasses nye rammer. Enkelte tiltak vil kreve investeringer og bygningsmessige tilpasninger, men kan bidra til mer effektiv drift.

### *Pasientbehandling*

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

### *Arbeidsmiljø*

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

prioritere

drift.

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

### ***Økonomi***

I og med at klinikken ikke skal planlegge for lavere aktivitet, vil risikoen i vesentlig grad ligge på det økonomiske. Retningslinjen som tilsier at all økonomisk utfordring skal ligge på laveste organisasjonsnivå, mener Medisinsk klinikk er med på å øke økonomisk risiko på grunn av fare for redusert lojalitet og kostnadskontroll. I lys av de grep klinikken allerede har gjennomført, er det marginalt handlingsrom for videre reduksjon i kostnader. Med de tiltak klinikken har gjennomført, ser vi ingen mulighet for å kunne imøtekomme budsjettkrav.

### ***Forskning utdanning og innovasjon***

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

### ***Oppsummering***

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



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

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>2</sup>	2095
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	<b>225</b>
Avvik fra budsjett per juli	<b>-84 mill.</b>
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-67 mill.

(Kommentar: det vil komme noen tillegg i nøkkeltall for klinikk)

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

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

Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

Klinikkens hovedstrategi ift å imøtekomme budsjettkravet er å prøve å samle mest mulig av den elektive virksomheten ved Rikshospitalet og mest mulig ø-hjelpsaktivitet ved Ullevål. Dette innebærer å samle seksjoner som i dag er lokalisert på flere steder til ett sted. Dette for å redusere behovet for dublerede vaktlag. Dette vil medføre at pasienttilbud kan bli flyttet fra RH til Ullevål eller omvendt. Dette vil også kunne medføre felles sengeposter fordelt på flere spesialiteter. Hovedutfordringen for å få til dette er imidlertid arealbegrensninger og sårbarhet knyttet til flyttinger av sentrale støttefunksjoner innenfor spesielt nevrologi.

#### b. Endringer i aktivitetsnivå

Det er forventet fortsatt økning av AMD-pasienter på Øyeavdelingen. Foruten dette vet man at kreftområdet stadig er økende. I tillegg har det de siste årene vært en økning innen generell nevrokirurgi som er forventet å fortsette. Totalt sett regner klinikken derfor med en økning i

<sup>2</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

aktiviteten fra 2012 til 2013. Det er visse aktivitetsområder hvor det kan være aktuelt for klinikken å gi fra seg noe aktivitet. Vestre viken skal etter avtale ta over øyeaktivitet i løpet av 2013, men det er foreløpig ikke klart når Vestre viken vil være i stand til å ta over disse pasientene. I tillegg kan det komme til å bli aktuelt å overdra noe ortopedisk virksomhet til Diakonhjemmet. Det vil da først og fremst være snakk om eldre med brudd, men det kan også være aktuelt at man på noen områder innen blant annet fot/ankelområdet, hvor det pågår et samarbeid mellom Ullevål og Diakonhjemmet allerede, overfører deler av ventelister for å øke samlet kapasitet innen de mest krevende fagområdene

#### **4. Overordnede mål**

##### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Klinikk for kirurgi og nevrofag har den klart største andelen både av sykehusets ventelister og fristbrudd. Dette jobbes det kontinuerlig med både i forhold til å rydde listene slik at de faktisk representerer riktig antall ventende og fristbrudd. Man kan ikke forvente at pasienter kontakter oss for eventulet å trekke seg fra ventelister de har stått på flere år dersom det ikke lenger er aktuelt å vente på behandling. Det må følgelig brukes mye ressurser for å være trygg på at listene reflekterer sanne tall. I tillegg jobbes det med å øke kapasiteten på de mest kritiske områdene som nevrologi, en del områder i ortopedi samt brystprosjektet. Det er særdeles krevende å være i en så alvorlig økonomisk situasjon som klinikken befinner seg i samt det omfanget av ventelister og fristbrudd klinikken har. Det anses naturligvis umulig å løse ventelisteproblematikken med de økonomiske rammene klinikken er forespeilet. Innenfor de aktuelle fagområdene synes det, basert på kunnskapen vi har, at det heller ikke er kapasitet andre steder i regionen blant annet fordi det mangler kompetanse og fordi det samlet er underkapasitet. Det vil derfor være områder som vil få økt ventetid i 2013.

##### **b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

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

##### **c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

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

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

Dette er et viktig satsingsområde for klinikken. Blant annet fordi det foreligger til dels store utfordringer når det gjelder arbeidsmiljøet i flere avdelinger, spesielt i de avdelingene som har aktivitet

på flere av våre lokalisasjoner. Noen av disse utfordringene er knyttet til den pågående omorganiseringen med tverrgående ledelse som ble innført ved sammenslåingen i 2010.

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

## 5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

KKN har levert en prognose på 123 millioner kroner i merforbruk. Resultatet per august er 95 millioner kroner. Rent matematisk fremskrevet gir det et merforbruk på 142 millioner kroner. Klinikken vurderer av merforbruket ved utgangen av august er at resultatet antageligvis vil ligge på et sted rundt 135 millioner kroner. I tillegg har klinikken fått et skjerpet budsjettkrav på 66 millioner kroner. Det tilsier at utfordringen inn i 2013 er på om lag 200 millioner kroner. Det er ingen spesielle forhold i klinikkens styringsfart som endrer på dette bildet i verken den ene eller andre retningen.

## 6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

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

Dette er foreløpig svært usikre estimat. Klinikken har satt som frist at detaljert skisse for tiltak skal foreligge 01.november. Når det gjelder faktisk gjennomføring, så vil tiltakene som innebærer flyttinger antageligvis ikke kunne gjennomføres litt ut i 2013. Dette vil være avhengig av eventuelle andre flyttinger og den overordnede arealplanen til sykehuset.

### b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene

Klinikk for kirurgi og nevrofag hadde i 2012 en større tiltakspakke som ble forkastet som følge av at den ble vurdert til å ikke være gjennomførbar. I kjølvannet av dette ble det på vårparten nedsatt to grupper i klinikken som ser på forbedringsmuligheter ved forskjellige aspekter ved klinikkens drift. Stikkord for de to gruppenes arbeid er potensial for å kunne konvertere flere pasienter fra inneliggende til dagbehandling, se på muligheten for å redusere vaktlag, bedre ferieplanlegging, vurdere å skape større og mer robuste intermediærenheter, etablere mer robuste sengeenheter, bedre utnyttelse av operasjonsstuer m.m. Gruppene skal levere en tiltaksplan til 1.oktober. En detaljert

gjennomføringsplan for tiltakene skal være klar til november og gjennomføring er skissert fra årsskiftet.

Klinikkens hovedstrategi både i forhold til det medisinskfaglige samt driftsmessige er å samle størst mulig del av den elektive kirurgien ved Rikshospitalet samt mest mulig av ø-hjelpsaktiviteten til Ullevål. For å få til dette er man nødt til å flytte en del aktivitet fra Ullevål til RH og vice versa. Ved å gjennomføre dette vil man kunne redusere noe på vaktlagene på legesiden og det vil kunne være nødvendig å etablere felles sengeposter som går på tvers av spesialiteter. I klinikkens strategi inngår også at vi vil prioritere å opprettholde sårbare enheter som i oppdragsdokumentet gjennom år er ønsket prioritert (habilitering) og prioritere nasjonale og regionale funksjoner.

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

### 1 Størrelse, bemanningsnormer og drift av sengeposter

Klinikk for kirurgi og nevrofag har totalt sett omtrent 25 sengeposter i klinikken. Mange av disse sengepostene er under det anbefalte antallet senger på 25-30 senger. For mange av postene vil det være slik også i 2013. Sengepostene er definert ut i fra behov og i noen av fagområdene (Øye, ØNH og plastikk) er det rett og slett ikke behov for så mange sengeplasser. Ortopedisk avdeling har på Ullevål 3 sengeposter med til sammen 50 senger. Det kan være aktuelt og gjøre dette om til 2 poster på ca 25 senger, men dette handler også om de fysiske lokalitetene som setter begrensninger i dette tilfellet fordi en fortetting representerer en infeksjonsfare. Det vil være aktuelt å se på en felles ø-hjelpspost på Ullevål som går på tvers av spesialiteter. Dette vil kreve opplæring av personell, men vil bli en rasjonell drevet post dersom man får dette til å fungere.

På Kirurgisk avdeling for barn (KAB) er det i dag poster på hhv. 12,21,15 og 10 senger. Det er nå vedtatt at aldersgrensen for barn skal være på 18 år. Det innebærer en liten økning av pasientgrunnet for avdelingen. I tillegg er det lagt opp til en økning av kapasiteten rundt ØNH-barn. Nye antatte sengetall for 2013 vil være 13,21, 19 og 12 senger. Dette bør da kunne gi noe mer rasjonell drift ift sengepoststørrelse.

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

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

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

Klinikken har i løpet av de siste årene konvertert mange pasientgrupper fra inneliggende til dagkirurgi og poliklinikk. Blant annet er sengeposten på Øyeavdelingen halvert, ØNH har definert mange egne løp innenfor sin dagenhet og tilsvarende har vært gjort på dagenhet for barn. Derfor ser man ikke veldig store potensial ift til å få nye pasientgrupper konvertert med unntak av for nevrologisk avdeling

der vi også vil se på muligheten for å konvertere pasientløp fra inneliggende til dag med eventuelt bruk av hotell. Videre vil det være en del å hente ved å skape flere Same Day Admission (SDA)-forløp. Dette kan for eksempel gjøres ved å etablere en dagenhet for voksne. Den store gevinsten ved dette vil først og fremst være å redusere mange preoperative liggedøgn. Utfordringen ved å gå over til større grad av SDA er at det stiller enda høyere krav til en god pasientkoordinering. Gode pasientkoordinatorer er en forutsetning for å lykkes med en slik omlegging. I tillegg vil det være en forutsetning at man vil kunne få et godt samarbeid med andre klinikker (særlig anestesi og radiologi) slik at pasientforløpene blir så effektive som mulig. Som tidligere nevnt så har KKN allerede mange ganske små poster. Derfor vil ikke det å redusere liggedøgn og deretter senger nødvendigvis gi store gevinster, da postene allerede er sårbare ift størrelse. Men uansett så vil det å skape gode SDA-løp være god pasientbehandling og er et prioritert satsingsområde i klinikken i kommende år. En stor utfordring for å etablere en voksen dagenhet er arealbegrensningene. Det finnes ikke lokaler i våre områder der det er mulig å etablere dette. I vår kirurgiske enhet der vi i dag har denne type pasienter (ØNH) finnes det dessverre ikke rom som gir oss denne muligheten.

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

I 2011 hadde man i KKN en større gjennomgang av alle sengeposter i klinikken som en del av prosjektet felles GAT. Gjennomgangen viste at det til dels er store forskjeller postenes ressursplanlegging. På noen enheter var det stor forskjell mellom bemanningsplan, turnus og faktisk antall ansatte på jobb. Dette indikerer at det er ting å hente på ressursplanleggingssiden. Nytt felles GAT vil kunne hjelpe til å profesjonalisere denne delen av driften og vil kunne medføre reduserte kostnader ift innleie, ekstrahjelp og overtid.

## 2 Kjøp av tid fra legegruppen

KKN har i løpet av vår/sommeren hatt en gjennomgang av tjenesteplanene og vaktlagene i klinikken. Innenfor noen av områdene er det dublerede vaktlag. Dette ønsker vi å redusere til et minimum. Dette forutsetter en samlokalisering av seksjoner innad i avdelinger og klinikken. Dette vil særlig være aktuelt for Nevrokirurgisk avdeling, Ortopedisk avdeling og Nevrologisk avdeling. Reduksjon av vaktlag kan gi to mulige gevinster. Det ene er reduserte kostnader og det andre er at man får ut mer dagarbeidstid som igjen gir høyere produksjon/produktivitet. I tillegg er det ytterligere å hente på en bedre ferieavvikling på legesiden. Det er en erfaring fra årets sommerferieavvikling at man må komme enda tidligere i gang med dette planleggingsarbeidet. Det var kun Ortopedisk avdeling som innværende ferie klarte å redusere sine vakanskostnader. Klinikken har som klart mål å redusere disse kostnadene betraktelig i 2013. Alle avdelingene er også innstilt på å gjøre disse grepene, men igjen er det arealbegrensningene som utgjør det største hinderet. En samlokalisering av for eksempel Nevrologisk avdelings sengeneheter forutsetter store nok arealer. Verken på Ullevål eller på Riket er dette mulig.

## 3 Innkjøp

KKN har nettopp fått ut et stort tilbud ift nevrokirurgi. Deretter står øye og rygg på listen over områder som skal ut på tilbud. Dette er tidkrevende prosesser og effekten av de to siste vil antageligvis ikke komme før andre halvår av 2013. I tillegg pågår det et arbeid med å rydde opp i klinikkens fullmaktsstruktur. Målet med denne ryddingen er delvis å få færre innkjøpere, og ikke minst en profesjonalisering av de som bestiller. Lære alle å bruke innkjøpssystemet og ikke gjøre telefonbestillinger hvor vi kan gå glipp av rabatter som et eksempel. Å estimere gevinstene på dette

området er vanskelig. Men vi har lagt oss på et estimat på 5% prisreduksjon innen områdene som skal ut på anbud og ytterligere gevinst som følge av profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen.

#### 4 Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

Dette punktet er spesielt aktuelt innenfor ortopedien. Det er allerede innledet et samarbeid med Diakonhjemmet og AHUS innenfor fot/ankel området. Samarbeidet har som hensikt å øke kompetansen til kirurgene ved Diakonhjemmet/AHUS og eventuelt andre sykehus slik at de kan avlaste OUS, og hjelpe til med å redusere de lange ventelistene på fot/ankelseksjonen på sikt. I tillegg har Diakonhjemmet ønsket å overta Ullevåls aktivitet for eldre med brudd samt at Lovisenberg ønsker flere protesepasienter. Klinikken har begynt å regne på kostnadene for eldre med brudd og håper å ha et oversiktsbilde klart til midten av oktober. For andre avdelinger, som for eksempel innenfor Øye og Nevrokirurgi, så vil kanskje samhandling mot de private være mest aktuelt. Men det er et problem at hele regionens kapasitet, særlig innenfor øyefaget, er såpass sprengt at det vil være noe begrenset hva de kan avlaste oss med.

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

#### 5 Klinikkovergripende tiltak for pasientforbedring

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

#### 6 Annet

KKN har flere ganger løftet ønske om å etablere en AMD-klinikk. Dette fordrer at Øyeavdelingen må få tilgang til lokaler som i dag disponeres av giftsentralen. I tillegg så vil avdelingen trenge 4 nye leger, 8 sykepleiere og 2 sekretærer. I 2012 så vil avdelingen bruke ca 16-17 millioner kroner på prosjektarbeide knyttet til denne pasientgruppen. Så selv om man vil bruke 5 millioner på ombygging og investeringer så vil dette mer eller mindre tjene seg inn allerede i løpet av første året. I tillegg så vil man i 2013 begynne en gradvis nedtrapping av LUCAS-studien. Dette vil innebære reduserte medikamentkostnader på avdelingen.

### c. Vurdering av situasjonen

Selv med full effekt av nevnte tiltak så vil klinikken være langt unna målet om budsjettbalanse. I skrivende stund har ikke klinikken noen ytterligere tiltak å komme med utover dette og da er man nødt til å gjøre kraftige reduksjoner i den pasientrettede virksomheten. Det vil være svært alvorlig i den situasjonen klinikken er i ift ventelister og fristbrudd og vil åpebart medføre både økte ventelister og

representere en fare for forsvarlighet på de områdene vi i dag allerede sliter med strykninger fordi øyeblikkelig hjelpaktivitet går utover elektiv drift (nevrokirurgi og ortopedi) og der vi sliter med å behandle pasienter som går til oppfølgende behandling hos oss (AMD). Det er også en oppfatning i klinikken at å legge kravene til budsjettkutt ned på laveste nivå vil føre til resignasjon blant lederne og man vil risikere å forverre situasjonen ytterligere. Klinikken ønsker i første omgang å legge kravene ned på avdelingsnivå og deretter flytte kravene ned når man har tiltak som er forankret i alle ledd i organisasjonen.

## **7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak**

Mange av de skisserte tiltakene omfatter reduksjon av bemanning eller flytting av bemanning mellom lokalisasjoner. Dette er tiltak man historisk sett vet er krevende. Spesielt når vi ikke har arealer som understøtter slike flyttinger, men snarere har arealbegrensninger som medfører at fysiske fasiliteter forverrer arbeidssituasjonen til de som skal flytte. Dette kan slå negativt ut for arbeidsmiljøet og undergrave medarbeidernes tillit til den videre omstillingsprosessen. Å skape poster på tvers av spesialiteter må gjøres i forbindelse med en stor grad av opplæring av involvert personell. Det vil derfor kunne gå noe tid før man begynner å se effekten av disse tiltakene.

Disse tiltakene vil derfor være beheftet med en til dels stor grad av risiko. Tiltak knyttet til innkjøp og etablering av AMD-klinikk er forbundet med liten risiko og anbefales sterkt.

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

### 1. Nøkkeltall for klubben:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>3</sup>	1584
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013 <sup>4</sup>	-75
Avvik fra budsjett per august (mill kr)	-10
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-38

### 2. Kort omtale av klubbenes hovedfunksjoner

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

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

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

Vi har ingen planer for å innføre helt nye behandlingstilbud eller å avvikle hele tilbud. OUS har dog fått i oppgave å etablere et regionalt kompetansemiljø for astma og allergi i løpet av 2013, og vi er en sentral deltager i det. HSØ har fått ansvar for å etablere en samlet nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne sykdommer, og vi får trolig en sentral rolle i etableringen av det. Full virksomhet vil trolig ikke starte før i 2014. I tillegg har vi søkt om å få formelt ansvaret for nasjonal PGD behandlingstjeneste og nasjonale alvorlig psykosomatisk sykdom kompetansetjeneste. Disse to sakene har kommet langt i behandlingen i Hdir. Psykosomatisk sykdom hos barn antas ikke å bli vedtatt for 2013.

<sup>3</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

<sup>4</sup> 75 bruttoårsverk kommer vi frem til basert på en budsjettutfordring på ca kr 48 mill før nye tiltak i 2013. Denne budsjettutfordringen kommer vi frem til basert på en teknisk prognose av underskuddet pr august (gir ca kr 20 mill i underskudd i 2012), trekke fra rammekuttet på kr 38 mill og til slutt legge til gjenværende helårseffekt av tiltak gjennomført i 2012 (ca kr 10 mill). Disse 75 årsverkene må ses i forhold til gjennomsnittlig årsverk i 2012.



Klinikken anser medisinsk god, rask og effektiv dagbehandling som svært viktig og riktig, også for ”Øhj. pasienter og kompliserte pasienter” som ofte til nå har blitt lagt inn for å få gjennomført rask og god utredning, selv om de ikke har behov for overvåkning eller behandling døgnet rundt. Vi vil sørge for at dagenhetene får tilstrekkelig med ressurser til slik utvidet aktivitet. Det er viktig at slike dagpasienter får like rask tilgang til avansert radiologi som døgninnlagte pasienter.

#### **b. Endringer i aktivitetsnivå**

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

### **4. Overordnede mål**

#### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Vi har etablert et klinikkinternt prosjekt innenfor ventelistehåndtering og fristbrudd som aktivt jobber med å gjennomgå og følge opp henvisnings- og ventelister, samt gjennomføre gode rutiner for korrekt registrering og bruk av PAS. Alle poliklinikker er i ferd med å sette opp timebøker lengre enn 9 måneder frem i tid for leger og eventuelt tverrfaglige innenfor alle fagområder.

#### **b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

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

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

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

#### **c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Vi har ikke lyktes med å implementere dette i stor grad i klinikken, men har det som klar målsetting, både fordi det er bra for pasienten og fordi det samlet betyr mindre ressursbruk for vårt

kontorpersonale. Gjennomføring avhenger av at timebøker er satt opp minst 9 mnd frem i tid, noe som nå tydelig kreves på alle poliklinikker.

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

Klinikken har som mål å ha minimum like god deltakelse på Medarbeiderundersøkelsen i år som i fjor, dvs. mer enn 74 % deltakelse. I forkant av undersøkelsen er det informert i lederlinjen samt TV og VO om forestående undersøkelse. I den tiden undersøkelsen er åpen vil HR i klinikken sende jevnlig statusmeldinger for svarprosent, slik at ledere og TV/VO kan bidra til å motivere ansatte til å svare. Når resultatrapporter foreligger vil ledere som har behov få oppfølging av prosessveiledere i klinikken. Vernetjeneste og tillitsvalgte involveres i forberedelse og oppfølging etter undersøkelsen. KVB har vært pilotklinikk på nytt elektronisk handlingsplansverktøy. Elektronisk handlingsplan legger et godt grunnlag for oppfølging av tiltak gjennom året og mulighet for avdeling- og klinikkledelse til å ha innsyn i hvordan det jobbes med så vel det psykososiale arbeidsmiljø og fysisk arbeidsmiljø (HMS runde). Klinikken trenger å jobbe videre for å sikre at flere viser respekt overfor hverandre på tvers av bl.a. yrkesgruppe og lokalisasjon. Klinikken vil gjennom egen målprosess definere målsettinger innen arbeidsmiljø, og status for mål for 2012 vil evalueres.

**5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**

KVB har gjort betydelige bemanningstilpasninger i forbindelse med overføring av aktivitet til Ahus, Vestre Viken og ved interne flyttinger samt gjort løpende budsjetttilpasninger. Vi har derfor tilnærmet uendret produktivitet fra 2009 til 2012, og vårt anslåtte underskudd i 2012 på snaue 20 mill er således mindre enn for de fleste øvrige kliniske klinikker. Vi bemerker at vi til tross for flere interne flyttinger, ikke har flyttet helt ut av noen lokalisasjon (vår klinikk har ikke hatt virksomhet på Aker). Vi har derfor fortsatt sengeposter og vaktlag for både kvinne og barn alle steder selv etter vår betydelige overføring til Ahus og Vestre Viken. Et hovedmål fremover er derfor samling av sengeposter for barn etter nyfødt til Rikshospitalet.

Med et ytterligere budsjettkutt på 38 millioner, vil gjennomføringen av budsjett 2013 likevel bli svært vanskelig også for vår klinikk.

**6. Klinikkens foreløpige tiltaksoversikt og vurdering**

**a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert**

Innsatsområde	Mill (estimert effekt i 2013)	Årsverk
1. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	12	6
2 Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	5,8	3,2
3. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	0,7	i.a.
8. Innkjøp	1,3	0
9. Annet*	6,4	1

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

Vi har en budsjettutfordring på ca kr 48 mill i 2013 før nye tiltak. Foreløpige beregningene tilsier at de nye tiltakene vil ha en effekt i 2013 på ca kr 26 mill. Dvs. at vår gjenstående budsjettutfordring er på ca kr 22 mill. Vi har identifisert ytterligere tiltaksområder, men muligheten for å gjennomføre disse tiltakene samt vurdere effekten av disse er vanskelig å si på det nåværende tidspunktet.

## **b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene**

### **1. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring**

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

- i. Samling gynekologisk kreft på DNR des 2012/jan 2013.
- ii. Utrede om sengepost 3.etg barn Ullevål (10 senger) kan flyttes til RH FØR full samling av sengeposter og mottak barn etter nyfødt på Rikshospitalet. Det er en rekke forutsetninger knyttet til dette, og saken må utredes grundig. Viktigste forutsetning er at videre samling av barn etter nyfødt er vedtatt og planlagt tidsmessig av OUS ledelse. Det må videre godtgjøres at man vil ha tilstrekkelig sengekapasitet på RH (i hovedsak ved omgjøring fra døgn til dag inne astma/allergi, revma og generelt), hvordan mottak av Oslo barn som skal til RH sengepost skal fungere, hvordan infeksjon skal ha tilstrekkelig buffersengekapasitet infeksjonssesongen, etc. En slik flytting krever også tilgang til betydelig flere kontorplasser og behandlingsrom på Rikshospitalet (fracflyttet arkiv under Barnemedisinsk poliklinikk?). Noe økte transportbehov kan oppstå dersom pasienter, som skal til RH når sengeposten flyttes dit, fortsetter å komme til mottaket på Ullevål framfor å dra rett til RH. Volum og konsekvenser av dette må utredes. Omgjøring av drift fra døgn til dag er et helt sentralt element – se under (b), dessuten overføring av en del poliklinikk fra RH til U når vi har fått felles Doculive fra 15. okt. 2012. En større omgjøring fra døgn til dag (astma allergi?) bør gjennomføres som et "lean prosjekt", se under.
- iii. Samling på RH av IVF (inkl. fast track på U) og fostermedisin (jan 2013)
- iv. Samarbeid kvinne U (mellom føde og gyn og internt i begge avd) etter at gyn kreft flytter til DNR.

### **2. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter**

Dette inngår som viktig element for gjennomføring av forslag b.1.ii, men også for b.1.i og b.1.iv. Klinikken anser medisinsk god, rask og effektiv dagbehandling som svært viktig og riktig, også for "Øhj. pasienter og kompliserte pasienter" som ofte til nå har blitt lagt inn for å få gjennomført rask og god utredning, selv om de ikke har behov for overvåkning eller behandling døgnet rundt. Vi vil sørge for at dagenhetene får tilstrekkelig med ressurser til slik utvidet aktivitet. Det er viktig at slike dagpasienter får like rask tilgang til avansert radiologi som døgninnlagte pasienter (det er enighet om det prinsippet i OUS, en det må gjennomføres i praksis). Det vil være nødvendig med barnemedisinsk dagenhet både på RH og U, men trolig med en differensiert drift avhengig av behov (elektiv på Ullevål).

Vedrørende effektivisering av pasientforløp igangsettes nå høsten 2012 konkrete leanprosjekt/pasientforløp for gynekreft. Tilsvarende bør startes opp systematisk i alle øvrige avdelinger ved alle

større driftsendringer (se b.1.). Sentralt i dette arbeidet er om skriftlige prosedyrer bør endres, slik at de støtter opp om og ”tillater” endret drift. Bred involvering av de ansatte i praktisk logistikkarbeid er avgjørende – hva vil fungere godt i praksis?

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

KVB har gjennomført flere tiltak rundt sommerferieavvikling de siste årene. For å få til en enda bedre planlegging av sommeren 2013 er vi avhengig av at sentrale sommeravtaler avklares vesentlig tidlig (jan 2013). Styring av ferien skal til enhver tid være i tråd med lov og forskrift om ferie. I 2012 har vi fått flere til å gå i turnus inkl. helgevakter. Vi jobber fortsatt for å få flere ansatte inn i 3 delt helgeturnus, og sengepost 1, barn RH vil fra januar 2013 gå fra 4.hver helg til 3.hver helg.

Pga stort etterslep av permisjoner fra tidligere år (spesielt 2011) har klinikken i 2012 vesentlig flere overlegeterpermisjoner enn normalt. I 2013 vil antall permisjoner normaliseres.

Profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser:

- Delte stillinger nyfødt U og OSS personalformidling for mer fleksibel personalutnyttelse. Vi ønsker å utvide dette fra dagens 2,5 + 2,5 stillinger til 4 +4 stillinger på nyfødt, dvs. til sammen 8 stillinger (og en økning i antall hoder på 4). Vi ønsker å gjøre tilsvarende på Fødeavd. Et svært viktig element er at RH inkluderes i ordningen fra vinteren 2013 når GAT breddes ut i hele vår klinikk. Sykepleie- vikarbyråutgiftene ligger i 2012 an til å utgjøre en samlet utgift på 28 millioner hvorav nyfødt alene står for 8,6 millioner.
- Inkludere noe feriefravær ut over sommeren i turnus på nyfødt (og evt. andre steder) og ha fast bemanning for dette. Dette forutsetter at ferien planlegges noe mer (minst 1 av ferieukene utenom sommeren planlegges tidsmessig i god tid i forkant), og at turnus for de fast ansatte ferievikarene har en turnus som er tilpasset dette feriefraværet.
- Begge disse punktene (personalformidling og ferievikarer) vil bidra til at mindre behov for tilfeldige vikarer. Det er stor enighet om at flest mulige egne ansatte på jobb er en stor faglig fordel i tillegg til at utgiftene reduseres.
- KVB har samlet sett store utgifter til vikarbyrå og variabel lønn i mange avd. (ca 105 mill/år i 2012). Vi må få til øket samarbeid mellom seksjoner og avdelinger samme sted og mellom RH og U, samt tettere oppfølging av denne ressursbruken fra ledere. Noen seksjoner i KVB får dette til godt og vi må lære av disse.
- Planlegge likest mulig fødetall gjennom året for å jevne ut belastningen (i 2012 har det vært en for stor fødetopp i sommer).
- For Fødeavd. legge F5 dag i størst mulig grad inn i turnus samt ta vekk ekstra godtgjørelse for å ha studenter tilstede (gis i dag kun i deler av klinikken).

#### 8. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

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

#### 9. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

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

Gyn kreft vurderer overføring av 3 palliasjonssenger til Aker.

## 10. Innkjøp

Vi har forventninger til at medikamentinnkjøp (LIS) vil gi besparelser også i 2013, prosess pågår. Vi vil vurdere bruk av standardiserte TPN poser. I tillegg vil klinikken nedsette i 2013 en klinikkintern prosjektgruppe som vil gjennomgå innkjøpsrutinene i alle avdelingene i klinikken med bredt fokus inkl. profesjonalisering av innkjøp til færre innkjøpere med øket bruk av avrop på avtale fremfor telefon- og fritekstbestilling, samtidig som brukernes behov ivaretas og kvaliteten på innkjøpet opprettholdes eller forbedres. Det er foreløpig ikke angitt noe forventet innspart beløp på dette.

### c. Vurdering av situasjonen

Se avsnitt 5.

Rammetildelingen er til nå fordelt ned på avdelingsnivå. Basert på tiltakene som avdelingene rapporterer inn vil rammetildelingen bli fordelt på laveste ledernivå. Tillitsvalgte og verneombud på klinikk- og avdelingsnivå har hittil blitt godt informert om budsjettarbeidet inkl. på et budsjettseminar 29. aug. Mange av avdelingene har kommet langt i å involvere de ansatte og tillitsvalgte og verneombud på laveste ledernivå, men dette er ennå ikke fullt gjennomført på alle enheter.

## 7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

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

### • **Pasientsikkerheten under behandling:**

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

### • **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Det er utfordrende for de ansatte i klinikken vår at OUS ikke har vedtatt en langsiktig plan (spesielt areal) for virksomheten vår. Det gir utrygghet og er grobunn for spekulasjoner. Foreslåtte tiltak bør ikke medføre økt fare for konkret skade hos de ansatte. Vi har allikevel et for høyt antall AML brudd i dag, og reduksjon i antall ansatte framover gjør det nødvendige arbeidet med å redusere antall AML brudd mer krevende.

Tilrettelegging av arbeid er en forpliktelse vi har som IA-bedrift. Dette er noe det jobbes mye med. Muligheten for å kunne tilrettelegge på seksjonsnivå vil kunne bli vanskeligere med færre ansatte

.Dette gjelder spesielt seksjoner med døgndrift og behovet for reduksjon i nattarbeid/ubekvem arbeidstid.. Påtvungne endringer som endring i innhold i arbeidet for den enkelte ved at pasientgrupper flyttes og oppgaver endres og at tidligere dagarbeidende må gå i helge-turnus og få ubekvem arbeidstid vil for en del kunne redusere trivselen.

Siden det er så mange samtidige endringer og presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig øket, er det dessverre en betydelig risiko for at arbeidsmiljøet kan forverres innen en del områder og yrkesgrupper. Helge- og sommersammenslåinger oppleves som belastende av flere. I en presset situasjon utfordres vår respekt for hverandre på tvers av yrkesgruppe og lokalisasjon.

- **Forskning, utdanning og innovasjon**

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

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

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>5</sup>	2123
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	300
Avvik fra budsjett per august	-98 mNOK
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	-53 mNOK

### 2. Kort omtale av klinikken hovedfunksjoner

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har ansvar for:

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

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

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

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

Klinikken har ansvar for følgende kompetansetjenester:

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

Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

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

<sup>5</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

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

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

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

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

#### **b. Endringer i aktivitetsnivå**

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

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

### **4. Overordnede mål**

#### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

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

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

#### **b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

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

#### **c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

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



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

Oppfølging i KKT er gjennomført i henhold til prosedyre for Medarbeiderundersøkelsen i OUS. Det er gjennomført tilbakemeldingsmøter og satt opp handlingsplaner med forbedringstiltak for alle avdelinger. Forbedringstiltak følges opp løpende i den enkelte enhet. KKT gjennomførte undersøkelsen i fjor etter en fusjonsprosess mellom Kreft- og kirurgiklinikken og Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi sommeren 2011. Sett i lys av gjennomføring av en krevende fusjonsprosess i løpet av fjoråret, så var gjennomføring og oppfølging av undersøkelsen en god prosess for klinikken. Følges nå opp løpende i forbindelse med gjennomføring av årets Medarbeiderundersøkelse. For klinikken er det nå sentralt å sikre en god svarprosent, som et sentralt grunnlag for å skape engasjement og involvering både hos ledere og medarbeidere.

**5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) har et svært krevende utfordringsbilde for 2012 og forventer et underskudd for året på om lag 150 mNOK. For budsjett 2013 reduseres utgiftsrammen ytterligere med om lag 53 mNOK. Samlet gir dette en utfordring i 2013 på om lag 200 mNOK. Gitt at aktiviteten i klinikken skal endres vesentlig innebærer det et krav til produktivitetsforbedring på over 11 %.

**6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering**

**a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert**

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

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

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

**b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene**

**1. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter**

Som ledd i klinikkens bemanningsnormeringsprosjekt for sengepostene skal antall senger i klinikken reduseres med 8 og antall årsverk med 14,5. Bemanningsreduksjonen gjennomføres i størst mulig grad i

form av naturlig avgang høsten 2012. Endringene vil imidlertid ikke bli fullført før i første kvartal 2013 og er med i budsjettinnspillet for 2013.

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

## **2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)**

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

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

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

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

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

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

## **3. Innkjøp**

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

Klinikken har også andre store varekostnader og det arbeides for å redusere varekostnader både gjennom redusert forbruk og reduserte priser. Avdeling for urologi har hatt særlig høye utgifter til sfincter proteser for 2012, knyttet til avvikling av venteliste for å forhindre fristbrudd. Dette er nå

håndtert og pasienter fra andre helseregioner er også overført til hjem region. Det forventes derfor et vesentlig lavere volum av pasienter i 2013.

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

#### **4. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune**

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

Klinikken vil imidlertid påpeke at disse endringene, som er fornuftige ut fra et samfunnsøkonomisk ståsted i mange tilfeller gir dårligere driftsøkonomi for Oslo universitetssykehus. Overføringene vil gi et større tap av aktivitetsinntekter enn de kostnadene som faktisk overføres til samarbeidende sykehus. Dette skyldes at de mest kostnadskrevenne deler av pasientbehandlingen blir igjen i OUS, samtidig som DRG-systemet i liten grad skiller mellom ressurskrevenne og mindre ressurskrevenne behandling innenfor en diagnosegruppe. Et tydelig eksempel er behandlingen av akutt myelogen leukemi der vedlikeholdsbehandlingen for pasienter utenom Oslo nå er overført til områdesykehus. OUS sine inntekter vil være 1/4 til 1/6 av ISF-inntekter fra samarbeidende sykehus (*ett langt vs 4-6 korte opphold og samme DRG*), mens oppholdenes totale lengde vil være sammenlignbart.

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

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

#### **5. Klinikkovertagende tiltak for driftsendring**

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

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

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

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

#### **6. Annet**

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

- kirurgisk behandling av blødere: Avdeling for blodsykdommer har ansvar for den medikamentelle delen av behandlingen. Dette er en landsfunksjon hvor behovet er sterkt økende pga normalisering av livslengden for pasientgruppen. Dette medfører et økende behov for kirurgisk behandling knyttet til somatiske tilstander som øker med alder (blant annet kreftoperasjoner)
- uretraplastikk ved uretrastrictur: Dette er en spesialisert behandling med slimhinneplastikk fra munnhulen og utføres bare ved OUS. Behandlingen er i samme DRG som enkel utblokking med kateter som utføres på alle sykehus.
- Kostnader til implantater ved operasjon for urininkontinens hos menn.
- KPP beregning av nasjonale tjenester (i.e. HIPEC)

Klinikken vil også gå inn for å gjennomføre fordeling av budsjett for operasjonskostnader ved Radiumhospitalet som har flere kirurgiske spesialiteter. Dette er en prosess som har vært utsatt siden 2010. En slik deling vil redusere klinikken utfordring, men isolert sett være nøytral for sykehuset. Endringen vil også gi omfordelingseffekter internt i klinikken. Det er imidlertid viktig at vi får etablert bedre samsvar mellom medisinsk faglig myndighet og kostnader.

### **c. Vurdering av situasjonen**

Klinikken vil fortsette arbeidet med hvordan driften av klinikken kan tilpasses budsjettforutsetningene for 2013. Det vil imidlertid bli svært krevende å gjennomføre drift av klinikken innenfor budsjettforutsetningene om reduksjon av utgifter på over 10 % samtidig som aktiviteten ikke endres. Klinikken ser at manglende samlokalisering svekker driftsøkonomien og ser potensiale for driftseffektivisering ved full seksjonering innen Avdeling for kreftbehandling (avhengig av byggeprosjekter på Radiumhospitalet) og flytting av Avdeling for urologi til Ullevål (avhengig av ferdigstilling av Akuttbygget).

Klinikken rammetildeling er forankret i hele klinikken lederlinje og med de tillitsvalgte og ansatte gjennom møter på klinikk, avdelings-, seksjons- og enhetsnivå.

## **7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak**

Risikovurdering av budsjettforslaget er gjennomført i samsvar med Retningslinje for risikovurdering i OUS. Budsjettprosessen 2013 er risikovurdert i forbindelse med 2. tertial rapportering. Se revidert risikokart for 2. tertial 2012 for områdene; pasientbehandling, økonomi, forskning/utvikling/utdanning og arbeidsmiljø. Ytterligere risikovurdering følges opp inn mot 3. tertial rapportering. Klinikkledelelsen vil i tillegg til gjennomføre en risikovurdering av innmeldte tiltak frem mot tredje budsjettleveranse i slutten av november.

Klinikk	Hjerte - Lunge og Karklinikken - HLK
---------	--------------------------------------

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>6</sup>	801 årsverk*
Beregnet behov for tilpasning av brutto bemanning i 2013	-100 årsverk**
Innsparingskrav 2013	85-95 mill***

\*Antallet er inkludert overføring av årsverk fra klinikk B vedr. PCI på 27,5 brutto årsverk, eks eksterntfinansierte 35 årsverk.

\*\* Teknisk beregnede brutto årsverk

\*\*\* I innsparingskrav 2013 er det lagt inn en økt utfordring knyttet til økning i lands- og regionsoppgaver ( EVLP, TAVI og Invasiv hjerteutredning

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Hjerte-, lunge- og karklinikken er Norges og Nordens største senter for behandling av hjerte- og karsykdommer og har en egen avdeling for behandling av lungesykdommer. Klinikken har hovedvekt på høyspesialisert medisin og utreder og behandler alle former for hjerte-, kar- og de fleste former for lungesykdommer.

Klinikken er nasjonalt ledende innen nye behandlingsmetoder og driver forskning på høyt internasjonalt nivå. Forskning spenner fra basal biomedisinsk forskning til anvendt klinisk forskning. Klinikken består av følgende fem kliniske avdelinger: Kardiologisk avdeling, Thoraxkirurgisk avdeling, Lungeavdelingen, Karavdelingen og avdeling for Koordinering og poliklinikk (poliklinikk og dagenhet). I tillegg kommer de to forskningsinstituttene Institutt for eksperimentell medisinsk forskning og Institutt for kirurgisk forskning. Instituttene drives i nært samarbeid med Universitetet i Oslo. I tillegg drifter Karavdelingen et nyopprettet behandlingssenter innen dyp, rekonstruktiv venekirurgi.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

På bakgrunn av forskning og medisinsk utvikling vil klinikken få noen endringer av tilbudet innenfor områdene region- og landsfunksjoner:

- Styrke tilbudet innen lungetransplantasjon: Øke antall lungetransplantasjoner med 5-10 pasienter ved å ta i bruk metoden Ex Vivo Lunge Perfusjon (EVLP) som gjør det mulig å benytte lunger som i utgangspunktet er uegnet. Utstyr er kjøpt inn.
- Bedre tilbudet til pasienter med sykdom i hjerteklaffene og som ikke tåler vanlig hjertekirurgi: Øke og konsolidere tilbudet om mini - invasiv aorta klaffekirurgi (TAVI).
- Forberende arbeid med tanke på fremtidig "tissue engineering" der man bruker syntetiske organkomponenter til å erstatte defekte strukturer.

I tillegg til disse nye og utvidede tilbud arbeides det med å styrke kvaliteten på eksisterende behandlinger gjennom tiltak som skal redusere komplikasjoner ved operative inngrep.

<sup>6</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

**b. Endringer i aktivitetsnivå**

- a. Lungetrasplantasjoner: Etablering av EVLP (se ovenfor) vil kunne gi 5-10 ekstra lungetransplantasjoner.
- b. Klaffekirurgi: Behovet for mini - invasiv aortaklaffekirurgi (TAVI) er økende og ventelisten er for lang. Behandlingen økes med 25 pasienter pr. år.
- c. Invasiv hjerteutredning: Hjerteutredning med koronar angiografi på RH planlegges økt med ca 400 pasienter. Gjelder rettighetspasienter med for lang ventetid.

**4. Overordnede mål**

**a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Ventetiden for koronarpasienter, klaffepasienter og ablasjonspasienter har økt inneværende år. Klinikken arbeider med et forslag om å øke antall dagpasienter til invasiv hjerteutredning. Her inngår både bedre utnyttelse av dagenheten (KOOP) og frigjøring av 4 senger ved Kardiologisk sengepost ved arealomdisponeringer der man flytter kontorer til andre arealer.

Klinikken anbefaler at Helse Sør Øst fortsetter å kjøpe ablasjonsbehandling ved Feiringklinikken av hensyn til lange ventelister.

Klinikken etterspør fra Helse Sør-øst at Feiringklinikken pålegges å ha noe drift i ferieperioder slik at ikke OUS overbelastes på tider der bemanningen er redusert. I ferieperioder tar OUS over Feiringklinikken oppgave med hastepasienter for hjertebehandling og denne overbelastning på OUS svekker pasienttilbudet i regionen og øker kostnadene for OUS.

**b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

- Kort pre-operativ liggetid. Planlagt kirurgi gjennomføres som tilsagt.
- Følge etablerte prosedyrer for aseptisk kirurgi og infeksjonskontroll.
- Følge utvikling av dyp infeksjon via avdelingens kvalitetsdatabase Datacor, samt NOIS registrering for koronar bypasskirurgi mht. å avdekke systemsvikt.

**c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Klinikken jobber med forskjellige behandlingssløyfer for at pasienten skal få timeavtale med mottatt henvisning. Thoraxkirurgisk avdeling etablerer et felles innleggelseskontor høsten 2012 som vil gi bedre planleggingskapasitet. Ved Karavdelingen får alle pasienter til arteriekirurgi time umiddelbart. Det lages også et system i løpet av høsten 2012 for å ivareta dette for pasienter til venekirurgi. Lungeavdelings pasienter får tilsendt time når det reelle pasientforløpet er avklart.

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

Klinikken har som et mål å forbedre involvering av ansatte i større grad enn i dag vedrørende forbedringstiltak av drift og HMS-tiltak. Ledere på N4 og 5 vil også i større grad trekkes med i budsjettprosessen og ansvarliggjøres i økomioppfølging i klinikken.

## 5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Hjerte,- lunge- og karklinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2013 på estimert -85-95 mill kr. Klinikken har omtrent det samme utfordringsbildet i 2013 som i 2012 budsjettet. I klinikkens hovedtiltak inngår omstrukturering av Thoraxkirurgisk avdeling, samt flytting av Karavdelingen ut av Aker. Begge disse tiltak er vesentlig forsinket i 2012, og vil først gi effekter på 2013 regnskapet. I tillegg har klinikken i 2012 hatt et udefinert innsparingskrav på – 38 mill liggende sentralt på klinikken. Det er i budsjettskriv av 29. juni 2012 fra økonomidirektøren ved Oslo Universitetssykehus presisert at det ikke aksepteres udefinert innsparingskrav i budsjett 2013. Klinikken har derfor i mangel av noe bedre fordelt -38 mill pro rata pr. avdeling. Også denne modellen gir urimelig effekter. Avdelingene må i budsjettprosessen jobbe med ytterligere tiltak for å komme i balanse i tillegg til de allerede vedtatte tiltak for budsjettprosessen 2012.

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

Avdelingen skisserte i budsjett 2012 en innsparing på -35 mill knyttet til omorganisering av Thoraxkirurgisk avdeling. Tiltaket ble drøftet med tillitsvalgte i 2012 prosessen. Denne summen er en optimal effekt etter de forutsetninger som da lå til grunn.

Dette potensialet svekkes av to forhold. Det ene er at man hadde beregnet samordnet flytting av karkirurgien med omstrukturering av Thoraxkirurgisk avdeling, hvilket ikke ble mulig. Dessuten måtte man legge til side planen om å stenge Thoraxkirurgisk avdelings intensivhet ved Ullevål i helgene fordi kapasitetsmangelen ved Akuttklinikken gjør det vanskelig å ta over intensivpasienter fra HLK i helgene. Bemanning av intensivheten i HLK må derfor opprettholdes 24/7. Dette gir reduserte innsparingsmuligheter. Effekten av omstruktureringen ved Thoraxkirurgisk avdeling estimeres til å gi en innsparing på -17,6 mill. Dette er avdelingens forslag.

Klinikken foreslo i budsjettet for 2012 å flytte Karavdelingen ut av Aker. Det er beregnet at det vil kunne gi en besparelse i klinikken på 6 mill. Dette er et estimat, og resultatet vil avhenge av hvordan Karavdelingen vil bli organisert og integrert ved flytting. I tillegg vil sykehuset få en besparelse ved at ulempekostnadene ved drift av Aker reduseres. Flyttingen er forsinket i prosess, men det er igangsatt en konsekvensutredning av at avdelingen flyttes inn på Rikshospitalet. Det er anslått at flyttingen vil kunne skje innen første halvår 2013. Avdelingslederen har hatt en gjennomgang av driften med sine ledere og tillitsvalgte i forbindelse med budsjett 2013.

## 6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanningsnorm og drift av sengeposter. ( Herunder Døgn-til dag –til pol)	22,5	27,3
2. Kjøp av tid fra legegruppen	3,6	2,8
3. Samhandling med andre sykehus og Oslo kommune	0	
4. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	3,3	
5. Innkjøp	12,7	
6. Annet	0,8	1
<b>SUM</b>	<b>43*</b>	<b>31*</b>

\* Alle tiltakene er beregnet ut fra en helårseffekt.

Tiltakene fordelt på avdeling innenfor hvert innsatsområde:

### RAMMEKUTT PR AVDELING FOR HJERTE -, LUNGE OG KARKLINIKKEN

(Tall i hele tusen)

AVDELING	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	Nivå 3	-85 000	ÅRSVERK
	HLK THORAXKIRURGI SKAVD	HLK KARDIOLOGI SKAVDELING	HLK LUNGE AVD	HLK KAR AVD	HLK INSTITUTT FOR KIRURGISK	HLK INSTITUTT FOR EKSP MED FORSKNING		
UTGIFTER								
Avdelingsleder	Odd Geiran	Lars Aaberge	Jonny Kongerud	Jon Otto Sundhagen	Ansgar Aasen	Ole Seierstedt		
<b>INNSATSOMRÅDER</b>								
Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	17,1	1,3	2,1	2,0			22,5	27,3
Kjøp av tid legegruppen	2,9	0,0		0,7			3,6	2,8
Samarbeid andre sykehus							0,0	
Klinikkovertgripende tiltak for driftsendringer		3,3					3,3	
Innkjøp	6,1	5,1	0,2	1,3			12,7	
Annet					0,4	0,4	0,8	1,0
<b>SUM MELDTE TILTAK</b>	<b>26,1</b>	<b>9,7</b>	<b>2,3</b>	<b>4,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>42,9</b>	<b>31,0</b>

Innsparingen på 22,5 mill innenfor innsatsområde 1 ”størrelse, bemanningsnorm og drift av sengeposter knytter seg i hovedsak til omstilling av Thoraxkirurgisk avdeling. Effekten av tiltaket er forankret i organisasjonen og estimeres til å gi en innsparing på -17,1 mill.

Det er vanskelig å regne på effekter av å flytte karkirurgi ut av Aker i og med at man enda ikke har funnet fram til løsning på hvor man skal flytte. Klinikken har store kostnader til innkjøp av implantater og medisinske forbruksvarer. Innsparingen på varer er i hovedsak helårseffekter av fremforhandlede Hinasavtaler fra 2012 på klaffer, stenter og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris.



## **b. Mer detaljert beskrivelse av klinikken arbeid innenfor innsatsområdene**

- Klinikken jobber med en gjennomgang av alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk. Helsefaglig rådgiver og økonomileder jobber sammen med seksjonsleder på sengepostene om dette.
- I tillegg jobber klinikken med å redusere vaktkostnader for leger ved TKA2.
- Det arbeides med å få alle legeavtaler under 60 timer
- Klinikken bruker store ressurser på varekostnader. Klinikken har fokus på effekt av nye Hinasavtaler på ulike produkter, som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris.
- Sikring av riktige innkjøpsrutiner er også viktig for å utnytte fullt ut fremforhandlede priser.
- Det gjennomføres seksjonsvise møter med fokus på innkjøp, både bruk av innkjøpsavtalene og optimale varevalg

## **c. Vurdering av situasjonen**

Klinikkledelsen og tillitsvalgte oppfatter budsjettammen for 2013 som krevende i forhold til trygg pasientbehandling og godt arbeidsmiljø.

Klinikken startet i forbindelse med budsjettleveransen med et budsjettseminar 22/8. Budsjettseminaret var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, samt alle tillitsvalgte og verneombud i klinikken. I seminaret ble avdelingenes rammekutt presentert. Sykehusets innsatsområder ble lagt frem, og flere nøkkelpersoner i klinikken holdt innlegg knyttet til de nevnte innsatsområdene. Tiltak innen innsatsområdene ble presentert som virkemidler for avdelingene, og for den enkelte leder til å få til en mer effektiv drift innenfor reduserte rammer. I budsjettprosessen i 2013 vil hovedfokus være å få den enkelte leder til å gå igjennom og endre eksisterende drift slik skissert i pkt 3a-h i budsjettskrivet fra økonomidirektør.

Alle avdelingsledere har deretter levert inn en beskrivelse av avdelingens drift og økonomiske utfordring lik den som går til styresaken og leveres fra klinikk den 9. oktober. Klinikken hadde i sitt andre budsjettseminar 27/9 for ledere på alle nivå samt tillitsvalgte og verneombud. Avdelingslederne presenterte her sine leveranser vedrørende budsjett og tiltak for 2013, samt forslag til endret medisinsk tilbud og aktivitetsendringer for 2013. Alle tiltak som avdelingene har kommet med innspill på ble presentert av avdelingsleder i møtet, samt diskutert i seminaret.

Klinikken planlegger et siste seminar før endelig leveranse av budsjett 2013. I dette seminaret vil avdelingsleder bli bedt om å forsøke å operasjonalisere alle meldte tiltak. Hensikten er at det skal beskrives i detalj og legges en plan for hvordan det vil være mulig å få gjennomført tiltaket, samt måle effekten av det enkelte tiltak i ettertid. I tillegg vil tiltakene risikovurderes.

## **7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak**

Klinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2013 på -85mill til -95 mill. Dette utfordringsbildet inkluderer en estimert økning av region- og landsfunksjoner. De gjennomførbare tiltak under avsnitt 6a møter ikke hele budsjettkravet, men er gjennomførbare uten at tiltakene vil resultere i svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt. Endringer som skissert – dvs. reorganisering og nedbemanning vil fortsatt prege arbeidsmiljøet. De skisserte tiltakene svekker ikke pasientsikkerhetsarbeidet eller arbeidet med kvalitetsreformen i OUS og vil ikke svekke forskningsaspektet.

Klinikk	Akuttlinikken (AKU)
---------	---------------------

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>7</sup>	2 196
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	- 280
Avvik fra budsjett per juli	- 62
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	- 81

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Akuttlinikken har ansvaret prehospitalet medisin og transport, mottaksfunksjoner, anestesi, operasjon og postoperativ virksomhet, sterilforsyning, behandling av intensivpasienter og smertepasienter ved Oslo Universitetssykehus. Vår kliniske virksomhet er å ivareta akuttberedskap i og utenfor sykehuset, håndtere øyeblikkelig hjelp pasienter og bidra til å gjennomføre planlagte behandlingsprosedyrer i kirurgisk virksomhet. Vår operasjonsvirksomhet inkluderer dagkirurgi og kirurgi til innlagte pasienter. De fleste intensivsenger i sykehuset drives av Akuttlinikken

Akuttklinikkenes forskningsvirksomhet er organisert i Forsknings – og utviklingsavdelingen. Forskning er tematisk lagt inn i 5 forskjellige forskningsgrupper. Forskingen har flere grupper av høy kvalitet, og aktiviteten er stigende med hensyn til publiserte artikler og doktorgradkandidater. Akuttlinikken har to nasjonale kompetansesentre: Nasjonalt kompetansesenter for Akuttmedisin NAKOS og Nasjonalt kompetansesenter for Traumatologi.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

Akuttlinikken er en serviceklinikk og bestemmer verken det medisinske tilbudet eller aktivitetsnivået med unntak av Avdeling for smertebehandling. Klinikken budsjetterer ut fra 2012-aktivitet.

#### 4. Overordnede mål

##### a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

I Akuttlinikken er det kun Avdeling for smertebehandling som er pasientansvarlig enhet. Avdelingen har knapt fristbrudd.

##### b. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Ikke aktuelt for AKU

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

Medarbeiderundersøkelsen er sendt ut. Klinikken vil ha oppfølgingsmøter med alle avdelingene i uke 42 og 43. MU vil bli forelagt tillitsvalgte, AMU og ledergruppen. Avdelinger med lav svarprosent vil bli fulgt opp spesielt.

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

## 5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013

Akutt klinikken har totalt en økonomisk utfordring på 195 mnok for 2013 og tilnærmet 280 årsverk. Dette utgjør et budsjettkutt på 12,6 % av klinikkens årsverk. Klinikken har en underskuddsprognose for 2012 på 102 mnok. I tillegg er det i budsjettskriv 2 gitt et budsjettkutt på 81 mnok.

Akutt klinikken har i budsjettarbeidet 2013 skjermet forskningsvirksomheten og klinikkens stab for kutt og lagt opp til budsjett i disse enhetene på et uendret nivå. Avdeling for traumatologi er under oppbygning.

I 2012 deler Prehospitalt Senter (PhS), PO/Intensivavdelingen og operativ virksomhet den største del av klinikkens underskudd. Dette skyldes tre grunnleggende forhold: Økt aktivitet i forhold til budsjett, ikke dekkende finansiering i forhold til lovverk, oppgaver og ansvarsområde og ikke optimal drift. Driftsutfordringen for klinikken skyldes blant annet krav til beredskap og operasjonsdrift ved 4 hovedlokalisasjoner i OUS og redusert funksjonalitet i deler av areal for virksomheten.

PhS har behov for nye stillinger for å styrke kompetanse og beredskap som følge av de erfaringer som ble gjort 22.7. De siste 10-15 år har det vært en økende oppdragsmengde både innen AMK, ambulansedrift og pasientreiser. Klinikkledelelsen har etterlyst finansiering av ø-hjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og aktivitetsutvikling innenfor PO/Intensiv, Prehospitalt Senter og kirurgiske områder. De tildelte rammer dekker ikke oppdragsveksten innenfor disse områdene.

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

Vi har valgt å starte budsjettarbeidet med å sette opp tiltak som bidrar til å bedre sykehusets og Akutt klinikkens driftssituasjon. Noen av driftsforebedrende tiltak vil gi budsjettgevinst hos samarbeidende klinikker uten vesentlig økonomisk effekt i Akutt klinikken. Ved å tilføre bemanningsressurser (ytterligere svekke budsjettbalansen i Akutt klinikken) kan vi gi positiv endring i sykehusets total drift. Motsatt kan vi fjerne ressurser i elektiv virksomhet for å imøtekomme kravet om nedbemanning. Da rammes den totale kirurgiske virksomhet. Disse dilemmaer illustrerer den vanskelige balansen som Akutt klinikken befinner seg i når virksomheten i 2013 skal planlegges og endelig skaleres.

## 6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Bemanning og drift	26,7	23,5
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)	6,3	4,5
3. Innkjøp	2,5	0,0
4. Samhandling og oppgavedeling	12,2	5,2
5. Driftsorganisering, strukturelle endringer og samlokalisering	14,9	12,3
6. Annet	-6,5	-23,2
<b>Sum</b>	<b>56,1</b>	<b>22,3</b>

Innsatsområde 1 representerer kutt i overtid og innleie ved driftsomlegging i klinikkens avdelinger samt tiltak knyttet til effektivisering, normering, turnusendringer og ferie. Punkt 2 omhandler tiltak i legegruppen som innebærer omlegging av legearbeid sommer 2013, endret drift og behov for vaktordning TKA2 og redusert behov for legetjeneste for medisinske intensivpasienter. Punkt 3 omhandler reduksjon av forbruk på medikamenter og kostnadskontroll, redusert kjøp av intensivplasser hos Diakonhjemmet / Lovisenberg, samt en målsatt innsparing på varekostnader og andre kostnader i alle avdelinger. Innsatsområde 4 gjelder overføring av medisinske intensivpasienter på Ullevål tilbake til Medisinsk klinikk og betyr lavere overtid og innleie og innsparing på medikamenter og medisinske forbruksvarer og utstyr. Under punkt 5 er foreslått tiltak knyttet til samlokalisering av Smerteavdelingen, avvikling av beredskap på Aker og effektivisering av transport av pasienter i PhS. Effekt for både pasientreiser og ambulansedriften er forventet først når nye flerpasientambulanser, såkalte "hvite/gule" biler, er anskaffet og ventesoner er bemannet. Det er også forutsatt at bestilling av transport må skje innen kl 10 daglig.

## **b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene**

### **1. Effektivisering, bemanning og drift**

All økt aktivitet vil gi økte kostnader for Akuttklinikken, også økt aktivitet pga bedret logistikk og effektivisering innen pasientforløp og endring fra døgn til dag til poliklinikk.

Våre PO/intensivenheter på Ullevål og Rikshospitalet samarbeider på hver lokalisasjon med en felles bemanningskoordinering. Vi har en felles bemanningsberedskap og fordeler pasienter og personell etter behov mellom samarbeidende enheter. Samlet sett ivaretar våre enheter stordriftsfordeler. PO/intensivavdelingen avholder daglig koordineringsmøter mellom lokalisasjonene der man i noen grad oppnår å fordele personell/antall pasienter mellom lokalisasjon. Antall intensivsenger på Aker og DNR er tatt ned til en ren stabiliseringsfunksjon og personale overføres tilpasset aktiviteten fra Aker til RH og Ullevål

Akuttklinikken har ikke egne pasientforløp utover Avdeling for smertebehandling.

Pasientforløpet i Akuttmottaket Ullevål har vært gjennomgått før flytting fra Aker. Mange forhold påvirker pasientforløpet, og ansvaret for et effektivt og godt pasientforløp ligger på flere klinikker (endring av driftsmodell, triage, tilgang på ressurser fra KDI og kapasitet på sengeposter som mottar pasient). Det er etablert koordineringsutvalg og nivå 1 prosedyre for pasienter ut av Akuttmottak. Verktøy for å evaluere dette er måling av liggetid i mottak og målsetting er en mer effektiv flyt inn i sykehuset.

Akuttklinikken kan bidra til å bedre pasientlogistikk ved økt samarbeid med kirurgiske klinikker ved avvikling av operasjonsprogram. Vi vil følge opp drift av operasjonsenheter i hele OUS med spesielt fokus på presis oppstart og etablering av velfungerende driftsteam. Det forutsettes at alle kirurgiske enheter deltar i samarbeidet. Albert + operasjonsregistrering vil gi elektroniske verktøy for å analysere drift på enhetsnivå og gi mulighet til objektiv analyse, tiltak for forbedring og oppfølging av dem. Dette kan, dersom OUS ønsker det gi økning i antall opererte pasienter uten en (tilsvarende) økning av kostnader.

Klinikken foreslår å innføre preoperativt tilbud på Ullevål og RH. Dette vil primært kunne gjennomføres på utvalgte deler av sykehusets virksomhet iht strategiske valg for deler av den kirurgiske virksomheten. Et virkemiddel er å etablere ordning med preoperativt egenmeldingsskjema slik at kirurgiske pasienter med andre medisinske tilstander kan vurderes, undersøkes og tildeles tilpasset perioperativ ressurs før de skal opereres. Dette vil redusere antall, innleggelser, forsinkelser

og strykninger og sikre kvaliteten i operasjonsforløpet. Det vil kreve bemanning av kompetent personale i en poliklinikk. Preoperativt tilbud vil også kunne øke sammedagskirurgi. En preoperativ anestesilogisk poliklinikk vil mest sannsynlig kunne føre til en overordnet besparelse, men gi en økt kostnadsbelastning innenfor anestesiområdet.

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

Bemanningen på Sterilavdelingen er vurdert som et risikoområde i forhold til å kunne serve operasjonsavdelingen med kirurgiske instrumenter. Vår hovedfokus er arbeidsmiljørettede tiltak for å redusere sykefraværet. Økt antall helsefagarbeidere kan avlaste operasjonssykepleierne.

For prehospitale tjenester kan en endring fra døgn til dag til poliklinikk medføre økte transporter særlig i forhold til pasientreiser og ambulanser. Ved denne type endringer er det også essensielt å tilpasse driften på operasjon, dagkirurgi og sterilenheten. I tillegg vil det være nødvendig med dialog og samarbeid om arbeidstid.

### **Normering og bruk av ressurser**

Akutt klinikken ønsker å se på bemanningsfaktor og bemanningsnormer i avdelingene i budsjettarbeidet for 2013. Vi vil fremstille oversikter for våre enheter og relatere det til pasienttyngde og etablerte aktivitetsmål. Alle turnuser skal derfor gjennomgå for å se på døgnrytme, bemanning og turnus. Det kan være ønskelig å starte benchmarking på visse områder for forsikre oss om at klinikken utnytter ressursene best mulig.

Klinikken skal gjennomgå alle stillingskategorier og ser på arbeidsoppgaver og hvorvidt disse inngår i turnus. Ledere skal planlegge bemanning ut i fra aktivitet på døgn- og ukeplan. Avdelingene er avhengig av godt samarbeid i turnusplanleggingen med ansatte og tillitsvalgte for å få gode arbeidsplaner. Klinikken vil arbeide og ha løpende dialog med sentral HR-avdeling i forhold til turnusplanlegging og opplæring i bruk av verktøy. Enkelte avdelinger kan ha behov for mer støtte pga kompleks turnusplanlegging.

Klinikken ønsker å revidere annen hver helg avtale i alle avdelinger, inkl PhS. Grunnturnus dekker ikke behovet for bemanning alle ukens dager. Annen hver helg avtale fordeler arbeidstid fra ukedager til helg og er et viktig virkemiddel for drift. Disse avtalene er frivillige og inngås med den enkelte arbeidstager Akutt klinikken etterstreber i sin budsjettering å ta hensyn til lavaktivitetsperioder, både for ferie, røde/inneklemte dager samt høstmøteuken. Lavaktivitetsperioder planlegges sammen med andre kliniske klinikker/avdelinger.

Klinikken vurderer løpende behovet for og når man må flytte bemanning med pasientflyttinger mellom lokalisasjoner. Klinikken arbeider strategisk med å redusere sykefravær og med HMS arbeid.

Klinikken kan oppsummere områdene som det arbeides med og er fokus på i de ulike avdelingene i budsjett 2013:

For de respektive avdelingene gjelder følgende:

Prehospitalt Senter har høy aktivitet i AMK, ambulanse og luftambulanse. Ambulansetjenesten går over til 12 timersvakter i seksjoner der nattaktiviteten er gjennomgående høy. Overgangen til 12 timers vakt gir reduksjon av uttrykning på vakt, men øket antall årsverk. (+ 8,7 årsverk beregnet til 5,2 mnok). Man ønsker felles turnusordning. Dette vil kunne administreres fra et sentralt bemanningskontor i motsetning til dagens situasjon hvor hver seksjon administrerer sin turnus.

Akuttmottak har foreslått en reduksjon av overtid/ekstrahjelp med 2 årsverk. Tilsvarende har Sterilavdelingen en reduksjon av overtid som utgjør 4 årsverk i 2013 på grunn av redusert sykefravær. Utdanningscenteret og Prestetjenesten har til sammen meldt inn 1,6 årsverk i reduksjon.

Bemanning av operasjon/anestesi dekker beredskap, øyeblikkelig hjelp og elektiv aktivitet. Tilstrekkelig bemannet beredskap vil ikke kunne leses i aktivitetsregistrering, men primært på fravær av kapasitetsutfordringer i håndtering av ø.hjelp i kvalitetsregistre. Ullevål er akutt sykehuset i OUS, men også RH viser en tydelig dreining av virksomhet mot ø.hjelp. Delvis utflytting av kirurgi fra Aker binder beredskap på Aker. Omfattende kirurgi DNR gjør tilsvarende her. Organisering slik at flere klinikker eier operasjonssykepleiere i OUS medfører separate, små enheter med hver sin etablerte beredskap.

PO/Intensiv vil innarbeide fag/MTU-stillinger i turnus slik at disse også dekker helg der dette ikke er gjort. PO/Intensiv har foreslått tiltak som innebærer en kraftig reduksjon av innleie på 10 mnok, raskere utskrivning av intensivpasienter internt og til andre sykehus, sommerstengt Aker på PO og ombygging av Barneintensiv og Generell intensiv i 2012. Det er foreslått å innføre helgestengning på PO/Intensiv på Aker som vil gi en innsparing på 6,5 årsverk. Siden medio juni har det knapt vært operasjoner etter kl 21 på Aker.

#### **7. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)**

Avdeling for anesthesiologi vil starte prosess med tillitsvalgt for avklaring av prinsipper høsten 2012 for sommeravviklingen 2013. Avdelingen vil også gjerne bidra sentralt slik at det legges føringer som sikrer likhet og letter gjennomføring i egen og andre klinikker. Avdelingen har solid erfaring fra tiden før OUS som vi ønsker å anvende.

Vaktordninger vurderes i budsjettarbeidet 2013. Det er avvirket 2 av 3 vaktlag på Aker. Vaktordning TKA2 vurderes mot fremtidig organisering av hjertekirurgien RH. Vaktbelastningen ved Ullevål og Rikshospitalet vurderes løpende og har økt noe. Avdelingen arbeider med tjenesteplanene og kjøp av UTA.

#### **8. Innkjøp**

Reduksjon av varekostnader er et kontinuerlig arbeid i hele klinikken. I budsjett for 2013 har vi forutsatt et gjennomsnittlig kutt på 2 % i avdelingenes budsjetttrammer. Avdelinger med høye varekostnader har et sterkt fokus og bevissthet på pris og forbruk, for eksempel merker Operasjonsavdelingen hyllene med pris på produkt. Akuttklinikken deltar i brukergrupper i forbindelse med anbudsprosesser, både i OUS og i HSØ.

Akuttklinikken oppdaterer fullmaktstrukturen. 3 ulike innkjøp- og fakturasystemer og mangelfulle og feilaktige fullmaktsoversikter fra systemene vanskeliggjør bestillinger i praksis. Akuttklinikken trenger et visst antall bestillere for å kunne ivareta den døgndriften som klinikken har. Det er med visse unntak kun seksjonsledere som er anvisere i klinikken.

Innkjøpsavdelingen har satt som krav at alle som skal ha systemtilgang skal ha gjennomgått kurs i regi av Innkjøpsenheten OUS. Akuttklinikken gjennomfører dette og følger opp løpende med intern opplæring innen både innkjøp og økonomi for både nye og eksisterende ledere.

Akuttklinikken bestiller via innkjøpssystemene, og er avhengig av at nye avtaler og priser er oppdatert der.

Avdeling for anesthesiologi har startet opp med å kartlegge medikamentbruk på RH ved hjelp av klinisk farmasøyt. Målet med dette er kostnadskontroll og bedre fokus, i tillegg til økt kvalitet.

## 9. Samhandling og oppgavedeling

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

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

PO/Intensiv forsetter arbeidet med å redusere liggetid på pasienter som skal tilbake til lokalsykehus. Vi har ikke i dag en helhetlig avtale for hele HSØ om fakturering av liggedøgn for ferdigbehandlede intensivpasienter i OUS. Det er tatt initiativ til sykehusledelsen om videre kontakt med HSØ for å etablere slik avtale.

Klinikken arbeider videre med planene om anskaffelse av "hvite/gule biler" - en type transportambulansse med større kapasitet, øremerket planlagte oppdrag og med fokus på å få frigjort sykehussenger. Beregnet effekt i 2013 er 4 mnok forutsatt bemannede ventesoner. Ventesoner er opprettet, men ikke bemannet. Det er iverksatt bestillingsfrist av ambulanser innen klokken 11. Denne ønsker vi fremskyndet til klokken 10. Pasientreiser fokuserer løpende på rett transport til rett pasient i henhold til lov/forskrifter og på samkjøring. Andre klinikker får frigjort senger ved raskere uttransport. PO-kapasitet blir ikke en flaskehals, og operasjonsprogrammet kan gjennomføres som planlagt.

## 10. Driftsorganisering, strukturelle endringer og samlokalisering

Klinikken har i 2012 flere pågående strukturelle prosjekter/driftsorganiseringer som ennå ikke er implementert eller bare delvis er fullført. Avvikling av Bygg 31 Ullevål med to operasjonsstuer og flytting av dagkirurgi til Aker er foreløpig lagt på vent da de kirurgiske enhetene fortsatt ønsker å være på Ullevål. Tilsvarende er det forsinkelser på utflytting fra Aker for Uro og Kar. Kar-virksomheten på Aker betyr at Akuttklinikken må opprettholde beredskap på Aker. Vi arbeider med tiltak for å redusere tilstedeværende beredskap helg, kveld og natt.

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

Overføring av 3 intensivsenger fra Aker til Ullevål er gjennomført. Intensivbemanningen er overført og turnustekniske stillinger er fjernet. PO stillingene vil fortsatt være igjen på Aker, avhengig av omfanget av operasjonsvirksomheten.

Avdeling for Smertebehandling vil samlokaliseres på Ullevål i 2013. Dette vil gi positive synergieffekter, både personellmessig og utstyrmessig. Det er ført en opp en effekt på 3 årsverk.

Avdeling for Anestesiologi omorganiserer til stedlig ledelse, noe som bør resultere i bedre økonomistyring og bedre personalforvaltning. Dette vil gi redusert bemanning.

PhS foreslår tiltak på pasientreiser ved å øke samkjøringen og få riktig bruk av taxi/fly. Dette vil kreve flere ansatte for å kunne ta flere henvendelser. Business case viser god payback. hittil i 2012 er det

samkjørt for 70 mnok. Det også lagt inn økonomisk effekt på bemannede ventesoner. OSS arbeider med prosjektet.

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

Prehospitalt senter sin utfordring i forhold til aktivitet og kostnader gjør at det bør vurderes en organisasjonsform og finansieringsform som innebærer innflytelse og ansvar også for andre offentlige og private helseforetak (AHUS, Vestre Viken, LDS, DS ). Det vil bli opprettet et samarbeidsforum med nevnte helseforetak.

Klinikken ønsker en standardisert innmeldingsrutine ved endring/økning av operasjonsaktivitet. Dette er nødvendig for sikre optimal drift og best mulig ressursutnyttelse. Alle støttefunksjoner i AKU, KDI og OSS må involveres. Internfakturering er under vurdering for å kompensere merkostnader i AKU ved økt aktivitet og økt DRG i de kirurgiske klinikkene.

Drift sommeren 2013 vurderes iht. erfaring fra 2012. Stengninger i ferier og lavaktivitetsperioder krever godt samarbeid med berørte klinikker. Det er lagt inn tiltak på sommeravvikling 2013 både på Operasjonsavdelingen og anestesiasjeringene.

### **11. Annet**

I Prehospitalt Senter er det foreslått tiltak som ikke kan sorteres under de fem innsatsområdene. Det er foreslått å innføre en bilforvaltning som vil bedre kontrollen på bilparken og behovet for vedlikehold og reparasjon. Det er estimert et innsparingspotensiale på 2 mnok.

Etter 22.7-rapporten foreslår PhS at en legebemannet intensivbil på dagtid utvides til en døgnbil. Dette innebærer en økning av legeressurser og paramedics, i alt 6 årsverk og kostnad på 5 mnok. Budsjettarbeidet fremover vil avgjøre hva som endelig kan dekkes innenfor eksisterende drift.

PhS vurderer beredskapen på Nesodden i et tettbefolket område som kritisk og foreslår i budsjett 2013 å styrke denne med en "first responder" funksjon som betyr en økning på 7 årsverk og kostnad på 4 mnok.

#### **c. Vurdering av situasjonen**

Akutt klinikken er rammefinansiert og økning i aktivitet på sykehuset blir ikke kompensert. I 2012 har veksten i sykehuset vært på nærmere 3%. I PhS ulike virksomheter har aktivitetsøkningen vært på 3.5-5.5 %.

Produktivitetsanalyser av Akutt klinikkens virksomhet viser øket produktivitet (antall prosedyrer /kostnad og antall prosedyrer / brutto månedsværk). Samlokalisering internt og flytting av kirurgisk virksomhet fra Aker i 2012 har dermed gitt en tilsiktet effektivisering. Imidlertid fører endringene i sykehusstruktur og funksjon internt i OUS og i regionen til en økning i transportbehov, særlig for spesialiserte transporter.

Akutt klinikken vil ha hovedfokus på driftsoptimalisering i 2013. Dette vil kunne redusere strykninger og forsinkelser i operasjonsvirksomheten og dermed bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling. En dreining av sykehusets drift mot mer dagkirurgi bidrar positivt for sykehusets funksjonalitet og overordnet drift. På tross av slike tiltak vil Akutt klinikken med uendret eller øket nivå i antall pasientbehandlinger ikke kunne levere et budsjett innenfor tildelte rammer. AKU har en virksomhet hvor beredskap og ø-hjelp er lovpålagt og som utgjør en stor del av kostnadene våre. Ø.hjelp



/beredskap er den minst produktive delen av vår virksomhet. Den resterende elektive delen kan ikke klare hele budsjettutfordringen. Klinikkens handlingsrom er følgelig begrenset. En mulighet er å redusere våre ressurser i elektiv virksomhet ved å nedbemanne, da kan man oppnå en positiv effekt på Akuttklinikens budsjett. Dette svekker imidlertid sykehusets kapasitet for elektiv kirurgi og tilsvarende svekke mulighetene til å løse sitt oppdrag.

Akuttklinikken har synliggjort en betydelig budsjettutfordring. Klinikkens totale utfordring er fordelt ned på avdeling ut i fra de prinsipper som sykehuset benytter for klinikkrammene. Budsjett 2013 er fast agenda på klinikkens ledermøter og budsjett dokumenter/bestillinger diskuteres i ledergruppen. Klinikken har hatt budsjettseminar for alle nivå 3- og 4-ledere og stab, samt tillitsvalgte og verneombud i klinikken. Etter dette har avdelingene arbeidet med en "hjemmeoppgave" på tiltak som ble svart ut på avdelingenes tertialmøter. Budsjettleveranse 2 er basert på denne innmeldingen. Alle ledere vil avholde møter med egne enheter for å sikre involvering av ansatte igjennom prosessen.

## 7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak

### Pasientsikkerhet og kvalitet

Redusert brutto månedsverk (bemanningsreduksjon, inkl redusert overtid og innleie) i beredskapsbærende virksomheter innebærer en risiko for kvalitet og kapasitet i håndtering av øyeblikkelig hjelp og sekundært i elektiv virksomhet. Ved å utføre bemanningsreduksjon inkl overtid og inneleie, nærmer vi oss i disse avdelinger en **generell risiko for kvalitet i pasientbehandlingen**. Dette gjelder alle deler av vår virksomhet. Det betyr forsinkelser og strykninger i operativ virksomhet, sekundært utsettelse eller forlenget ventetid. Det meldes stadig flere avvik i pasientbehandlingen. Kapasitet i prehospital og PO/Intensiv har vært i fokus for tilsynsmyndighet og i det offentlige rom. Neste år blir et år for driftsmessig konsolidering med forventet positiv effekt på pasientbehandling. Utilstrekkelige investeringer i MTU og IKT vil bli tyngende for drift og pasientbehandling

### Arbeidsmiljø

Omstilling, endring og produktivitetsøkning har belastet arbeidsmiljøet for ansatte.

Lederslitasje på N3, N4 og stab registreres. Dette reflekteres i øket turnover for ledere i N3 og i tyngre rekruttering til ledige lederstillinger. Ikke funksjonelle arealer, utilstrekkelige investeringer i MTU og IKT påvirker arbeidsmiljø. Sykefraværet er imidlertid ikke stigende.

### Følgende tiltak/strategier i Akuttklinikken gir øket risiko for fortsatt budsjettunderskudd i 2013

- Aktivitet i OUS opprettholdes på samme eller økende nivå- Klinikkenes struktur og drift endres ikke => Aktivitet styrer bemanning i Akuttklinikken
- Videre strategisk oppbygning av deler av Prehospital (turnusomlegging og økte antall årsverk ambulanse, first responder, legebemanning ambulanse 24/7)
- Skjermet virksomhet i forskning, traumatologi og stab Akuttklinikken
- Strategisk oppbygning av dagkirurgi Aker
- Etablering av preoperativ poliklinikk og utvidet dagtid til kl 17 for kirurgi

### Forskning og utvikling

Forskningsvirksomheten i klinikken er skjermet for budsjettkutt og er bedre organisert. Klinikken registrerer ikke øket risiko

Klinikk	Klinikk for diagnostikk og intervensjon - KDI
---------	---

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>8</sup>	1891
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	45-50
Avvik fra budsjett per juli	11,7
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	56

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

KDI leverer radiologi- og laboratorietjenester til OUS og eksterne rekvirenter. Klinikken har 8 avdelinger: Radiologi og nukleærmedisin, Patologi, Medisinsk biokjemi, Mikrobiologi, Immunologi/blodbank, Medisinsk genetik, Farmakologi og Intervensjonscenteret. Klinikken avdelinger ivaretar både landsfunksjoner, regionsfunksjoner, områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner samt en og en halv linjetjenesten på Storbylegevakten i Oslo.

Det er en betydelig forskningsaktivitet i klinikken, bl.a. det er sentra for fremragende forskning og innovasjon. Flere av miljøene fikk karakteristikken "excellent" etter Norsk Forskningsråd evaluering. Intervensjonscenteret er i hovedsak en forsknings- og utviklingsenhet for billedstøttet minimal invasiv kirurgi.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer innen det medisinske tilbudet

Det planlegges ingen vesentlige endringer i det medisinske tilbudet i 2013.

#### b. Endringer i aktivitetsnivå

For KDI vil budsjettsituasjonen for 2013 medføre noe redusert aktivitet for radiologi særlig, men også patologi og enkelte labfag vil måtte redusere aktivitet.

### 4. Overordnede mål

#### a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Ikke aktuelt for KDI. Flaskehalsproblematikk i KDI kan medføre fristbrudd i de kliniske avdelingene.

#### b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Ikke aktuelt for KDI

<sup>8</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

**c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Ikke aktuelt for KDI

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

Klinikken HR-stab har satt av betydelig ressurser for å støtte linjeledere mht oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. Spesielt fokus på enheter med dårlig skår på ledelse.

**5. Vurdering av klinikken utfordring fra 2012 til 2013**

Klinikken regner med å få et lite overskudd i 2012, hovedsakelig relatert til inntektssiden som blir noe bedre enn forutsatt. Med et budsjettkutt på 56 mnok har klinikken da en utfordring på ca 45-50mnok i 2013. Med utgangspunkt i at 70 % av kostnadene er lønn utgjør denne utfordringen ca 45-50 årsverk. En ren teknisk beregning av utfordringen i årsverk viser at dette tilsvarer 67 årsverk. Reell utfordring på årsverk vil være lavere da klinikken har mange tiltak på varekost og inntekter.

Klinikken har fortsatt noe potensial å hente ut på omlegging av drift på Aker. Etter akuttinntaket ble flyttet i sommer, jobbes det med å ta ned mest mulig aktivitet og funksjoner utover høsten, noe som vil gi en mer hensiktsmessig ressursutnyttelse. Klinikken vil også få noen effekter av ombyggingen av labbygget på Ullevål, samt helårseffekter av automatisering investert tidligere år. Vridning av analyser på mikrobiologi og sterk vekst på medisinsk genetikk vil sannsynligvis gi noe merinntekter også i 2013. Samtidig skal det jobbes videre med aktivitet og kapasitet som vil gi positive effekter på driften.

**6. Klinikken foreløpige tiltaksoversikt og vurdering**

**a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert**

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Annet	25,2	16
2. Innkjøp	5,2	-
3. Kjøp av legegruppen (vaktordninger mv)	3	-
4. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring	12,2	10
5. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	0	-
6. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter	0	0

Siden de 5 kategoriene som skal benyttes ved behandling av budsjett 2013 i stor grad retter seg mot klinikker med sengeposter, havner KDI sine tiltak i hovedsak i kategorien for Annet. I denne kategorien er ca 40 % av tiltakene knyttet til nedbemanning/bemanningsstilpasninger på Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og inneholder mereffekter av tiltak gjennomført i 2012 samt ytterligere effekter av nedbemanning som følge av budsjettforutsetninger for 2013. Nedbemanning vil bli gjennomført ved ledigholdelse av stillinger og omfatter stillinger for kontor, radiografer og radiologer. Resterende tiltak i denne kategorien knytter seg bl.a. til samling av analyser til færre lokalisasjoner på lab, samt noe økning på inntektssiden knyttet til mereffekter av tidligere innvilgete business case.

Under klinikkovergripende tiltak for driftsendring ligger i hovedsak tiltak knyttet til restaktivitet på Aker. Både Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for medisinsk biokjemi har store tiltak knyttet til avvikling av døgnaktivitet på Aker og vil være avhengig av at reduksjon i aktivitet følger plan. Denne kategorien inneholder også tiltak knyttet til gjennomgang av rekvireringspraksis. Målet er å redusere aktivitet på inneliggende pasienter ved å skape god dialog med klinikere ang rekvireringspraksis. Disse tiltakene er i hovedsak knyttet til lab.

Avdelingene har levert en detaljert tiltaksliste, men det står igjen mye arbeid knyttet til kvalitetssikring av effekter for 2013 og periodisering av tiltakene. Basert på tidligere år, har vi en tiltaksoppgjør på ca 60 %. I oversikten ovenfor er det derfor lagt inn en effekt på ca 60 % av innmeldt beløp fra avdelingene, noen tiltak er lagt inn med lavere effekt. Frem mot leveranse 23. november vil effektene av tiltakene bli ytterligere konkretisert og kvalitetssikret.

## **b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkens arbeid innenfor innsatsområdene**

### 1. Annet (hovedgrupper av tiltak)

- Bemanningstilpasninger og nedbemanning
  - i. Avd. for radiologi og nukleærmedisin har en utfordring på mellom 25-30 mnok fra 2012-2013. For å møte utfordringen er det planlagt nedbemanning av 3 stillinger på kontor, 10 radiografer, 4 overleger og 2 LIS. Ingen oppsigelser påregnes, men forventes løst ved ledighold. Overlegene skal nedbemannes ved å fase ut vikarer for overlegepermisjoner. Avdelingen vil også kunne hente ut mereffekter av nedbemanning gjennomført i 2012.
- Økt aktivitet – økte inntekter
  - i. På rad forventes det en økning på PET da bemanning nå er på plass for å kunne nå målsetning om 3700 undersøkelser. Effekt av tiltak 1,8-3 mnok.
  - ii. På lab forventes det mereffekter av automasjon/tidligere business case. Gjelder spesielt Avdeling for mikrobiologi, Avdeling for medisinsk biokjemi og Avdeling for medisinsk genetikk. Kvalitetssikring av potensialet er ikke ferdig ennå, men estimerer effekt på mellom 5-8 mnok.
- Samordning av analysevirksomhet
  - i. Samling av områder der avdelinger kan ha felles bruk av maskiner og ressurser, både mellom og innad i avdelinger. For eksempel serologi, hormonanalyser, DNA sekvensiering.
  - ii. Felles eksternt prøvemottak

### 2. Innkjøp

- 3 av de største avdelingene i KDI har lagt inn tiltak på innkjøp. I hovedsak forventes det effekter av reforhandling av avtaler og bedre samarbeid på tvers av avdelinger for å oppnå bedre avtalepriser. Forutsetning for at dette arbeidet lykkes er at det stilles til disposisjon tilstrekkelig kapasitet i innkjøpsavdelingen for å bistå i prosessene. Klinikken vurderer å etablere et innkjøpsnettverk der alle avdelinger i KDI og innkjøpsavdelingen er representert. Et slikt nettverk vil bidra til bedre kartlegging av områder klinikken bør fokusere på, samt sikring av at nye avtaler tas i bruk.

### 3. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

- Avdeling for radiologi og nukleærmedisin har størst andel leger i KDI. Det arbeides med nye vaktordninger for Ullevål/Aker med intensjon om å omgjøre fire vaktlag til to.

To intervensjonsbakvakter for hhv. Ullevål og Aker blir én felles intervensjonsbakvakt fra 01.01.13, og målet er at dette teamet skal erstatte en ekstra bakvakt for ikke-vaskulær intervensjon som vi i dag har på Ullevål.

- 52 ukers arbeidsplan. Arbeidet med 52 ukers arbeidsplan er en hovedprioritet for KDI i 2013. Dette vil forbedre ressursbruken, spesielt i ferieavviklingen og vil kunne redusere utbetalinger for "uforutsett vakt" i ferieperiodene – samt forhindre brudd på arbeidsmiljølov og vernebestemmelser. Det vil også kunne føre til mer forutsigbar ferie for de ansatte. Det bør vurderes om innkjøp av legetid kan omdisponeres gjennom året i KDI. Videre bør det vurderes om vaktlag kan slås sammen i ferieperiodene. Planlegging av overlegepermisjoner bør også ses i sammenheng med 52 ukers arbeidsplan. Viktig at dette arbeides med kontinuerlig. Effekt av tiltak må det jobbes videre med, foreløpig estimat på 2 mnok.

#### 4. Klinikkovergripende tiltak for driftsendring

- Avvikling av restaktivitet Aker. Både Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for medisinsk biokjemi har store tiltak knyttet til avvikling av døgnaktivitet på Aker og vil være avhengig av at reduksjon i aktivitet følger plan. Foreløpig estimat på 6,2-17,8 mnok.
- Gjennomgang av rekvireringspraksis i aktiv dialog med rekvirerende klinikker. Målet er at tjenestene til KDI benyttes på en mer riktig måte og at man gjennom samarbeid kan etablere rutiner som kan bidra til å redusere unødig rekvirering. Foreløpig er det Avdeling for medisinsk biokjemi og Avdeling for mikrobiologi som har konkrete tiltak knyttet til dette. Forventet effekt mellom 5,9-9,9 mnok.
- Reduksjon av kontroller. KDI har foreløpig ikke konkretisert effekt av tiltak, men ønsker i samarbeid med Kreft-og kirurgi å vurdere om kontroller kan flyttes til andre HF/lokalsykehus for å bedre kapasitet.

#### 5. Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune

- KDI har noen prosjekter mot Oslo kommune, bl.a. finansiering av mobil røntgen. Jobber med å få oppdatert avtalene med tanke på finansiering og omfang av tilbud.

#### 6. Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter

- Har flyttet tiltak som går på bemanningstilpasninger og driftseffektiviseringer til kategori Annet.

### c. Vurdering av situasjonen

Klinikkens rammeforutsetninger etter budsjettforutsetningene i budsjettskriv nr 2 er fordelt til avdelingsnivå. De nye budsjetttrammene er for hver avdeling sett i sammenheng med prognose på året. Avdelingene jobber med de foreløpige rammene i egen avdeling og ser på tiltak for å løse utfordringen i 2013. Avdelingene har levert en foreløpig detaljert tiltaksliste og vil fortsette å jobbe med kvalitetssikring av effekter frem mot endelig leveranse 23.november. Basert på disse foreløpige innmeldingene har klinikken gode muligheter for å kunne levere et saldert budsjett ihht budsjettforutsetningene. Noen forutsetninger må likevel være til stedet for måloppnåelse. Den viktigste er at plan for avvikling av virksomhet på Aker opprettholdes. Videre vil klinikken i så stor grad som mulig jobbe med å tilpasse forbruk av våre tjenester i aktiv dialog med rekvirerende klinikker, og fortrinnsvis prøve å unngå reduksjon i aktivitetsnivå. Vi ser imidlertid at det blir krevende å møte budsjettkravene for Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, og i noen grad Avdeling for patologi, uten å redusere kapasitet.

Klinikken har startet detaljbudsjettering og sendt verktøy ut til avdelingene. Avdelingene koordinerer videre arbeid innad i avdeling, men det er en forutsetning at ledere på laveste nivå er involvert i endelig leveranse.

Klinikken vil drøfte tiltak med tillitsvalgte og verneombud mandag 8.oktober. I avdelingene har det vært gjennomført dialogmøter i forbindelse med leveranse i september, og rapporter fra de største avdelingene viser jevnlig dialog med tv/vo både på avdeling og seksjonsnivå. Inn mot endelig leveranse 23.november skal alle avdelinger levere sjekkliste for involvering av tv/vo ned på seksjonsnivå.

## **7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak**

Basert på innmelding fra avdelingene, vil ikke de foreslåtte tiltakene endre vesentlig på eksisterende risikovurdering for KDI. Mange av våre tiltak for å redusere risiko er avhengig av tiltak i de kliniske avdelingene, sykehusledelsen og HSØ.

Det påpekes imidlertid at de budsjettmessige konsekvensene vil være merkbare med tanke på underkapasitet i pasientbehandling, spesielt for Avdeling for radiologi og nukleærmedisin der situasjonen er spesielt krevende med tanke på allerede underkapasitet i forhold til klinikernes forventning til service. Dette gjelder også restaktivitet på Aker.

Det ligger også økonomisk risiko knyttet til gjennomføring av tiltak. Foreløpig ser det ut som om klinikken har gode muligheter for å innfri budsjettkravet, men vi må fortsette kartlegging og kvalitetssikring av effektene inn mot endelig leveranse 23.november.

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

### 1. Nøkkeltall for klinikken:

Brutto årsverk oktober 2012 <sup>9</sup>	1717 å.v.
Beregnet behov for tilpasning av bemanning i 2013	100 å.v.
Avvik fra budsjett per juli	-4mnok
Foreløpig endring i ramme fra 2012 til 2013	- 86 mnok

### 2. Kort omtale av klinikkens hovedfunksjoner

Oslo sykehusservice (OSS) har ansvar for sykehusets støttfunksjoner til pasienter, pårørende og ansatte. OSS har ansvaret for servicefunksjoner som mat til ansatte, renhold, transport og portør. OSS har også ansvaret for anskaffelse, prosjektering, drift, vedlikehold og avhending av medisinsk teknisk utstyr og bygninger/tomter. OSS har ansvaret for administrative funksjoner som personalforvaltning, saksarkiv, regnskap, journalarkiv, aktivitetsdata, forskningsstøtte etc. I tillegg ligger avdeling for smittevern og arbeidsmiljøavdelingen under OSS. OSS skal levere riktige tjenester slik at klinikkene kan fokusere på pasientbehandling.

### 3. Endringer i det medisinske tilbudet og tilpasninger i aktivitetsnivå

#### a. Endringer i aktivitetsnivå

OSS forventer ikke en netto økning i aktivitet på sykehuset for 2013. For øvrig vil OSS tilpasse sin aktivitet til endret aktivitet i sykehuset.

### 4. Overordnede mål

#### a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo sykehusservice vil innenfor de økonomiske rammer som er avsatt til støttetjenester og infrastruktur tilstrebe at støttetjenester og infrastruktur levert fra OSS ikke oppleves som flaskehals i pasientbehandlingen (eksempelvis portør og medisinsk teknisk utstyr i produksjon) og at nedetid knyttet til eldre medisinsk teknisk utstyr og bygninger med pasientbehandling minimeres.

#### b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

Avdeling for smittevern arbeider kontinuerlig med klinikkene for å holde uønskede sykehusinfeksjoner nede.

#### c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Ikke aktuell hos Oslo sykehusservice

<sup>9</sup> Eksklusive eksternt finansierte stillinger

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

Resultat av årets medarbeiderundersøkelse er ikke klar, og tilbakemeldingen fra våre medarbeidere knyttet til dette punktet foreligger per i dag ikke. Oslo sykehusservice har fokus på at medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.

**5. Vurdering av klinikkens utfordring fra 2012 til 2013**

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

Klinikkene har per juli et aktivitetsnivå på 1,5 % ut over budsjettet aktivitetsnivå. Det er i budsjettskriv 2 ikke planlagt med redusert aktivitet for 2013. I 2013 vil det fortsatt være kostnader knyttet til bygningsmasse og aktivitet på Aker. Det kan synes at det er en forventning om at vesentlig reduksjon i rammer avsatt til støttetjenester ikke i særlig grad skal gå ut over tjenestene som leveres.

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

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

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

Når Oslo sykehusservice på tross av dette har klart å redusere kostnader med om lag 300 millioner kroner i perioden 2010-2012 så har dette hatt konsekvenser for kvalitet og frekvens på tjenester og for teknisk stand på bygningsmasse og utstyr. Noen konsekvenser er mer merkbare i klinikkene enn andre. Andre konsekvenser er ikke fullt så merkbare men kan likevel være like alvorlige. Klinikkene merker umiddelbart om pasienter ikke blir flyttet på som følge av redusert portør og transport kapasitet. Personell og pasienter i klinikkene merker også godt at renholdet gjennomføres i mindre grad enn det kanskje ble gjort tidligere. Hygienemessig er renholdet akseptabelt, men opplevelsen av renholdet er forverret. Like tydelig merkes ikke forfallet i bygningsmasse og medisinskteknisk utstyr som skjer sakte men sikkert fra dag til dag. Den økte risikoen for nedetid som følge av sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr er ikke nødvendigvis merkbar den tid utstyret faktisk fungerer. Det vil også ha en konsekvens på belastningen av sykehusets investeringsbudsjett, som i større og større grad må benyttes til erstatning av sammenbrudd. Det merkes heller ikke så tydelig at produktkataloger i innkjøpssystem ikke er ryddet i, selv om dette innebærer høyere innkjøpskostnader i klinikk.



I noen tilfeller opplever klinikken at oppgaver overføres fra Oslo sykehusservice til klinikkene. Dette skjer i de tilfeller hvor Oslo sykehusservice som en del av innsparingsbehovet reduserer tjenestetilbudet, og hvor klinikkene kompenserer for dette ved selv å utføre oppgaven. Dette er konsekvenser av at Oslo sykehusservice forholder seg til og gjennomfører i henhold til de rammer sykehuset avsetter til støttetjenester og infrastruktur.

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

## 6. Klinikkenes foreløpige tiltaksoversikt og vurdering

### a. Oppsummering av de tiltak som er identifisert

Innsatsområde	Mill	Årsverk
1. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter		
2. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)		
3. Innkjøp		
4. Samarbeide med andre sykehus og Oslo kommune		
5. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring		
6. Annet	63	48 *

Det er identifisert mulige tiltak for om lag 60mnok, og det vil jobbes videre med å konkretisere disse frem til styremøte 17. desember. Flere av tiltakene er per leveranse 9.oktober ikke konkretisert med årsverk, så de 63mnok representerer noe flere årsverk enn 48 årsverk. Det vil jobbes videre i oktober og november med å identifisere ytterligere tiltak for å kunne oppnå budsjettbalanse i 2013.

### b. Mer detaljert beskrivelse av klinikkenes arbeid innenfor innsatsområdene

#### a. Størrelse, bemanning og drift av sengeposter

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

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

Med tanke på normering så vil OSS ha likt service nivå på like sengeposter.

I forhold til profesjonalisering av planlegging og bruk av ressurser så har Oslo sykehusservice har god erfaring med prosessforbedring og ressursplanlegging og vil fortsette å jobbe med dette innenfor flere

deler av virksomheten. Eksempel er eget ressursplanleggingssystemet for renhold koblet opp mot system for arealforvaltning.

b. Kjøp av tid fra legegruppen (vaktordninger mv)

Ikke aktuelt for OSS

c. Innkjøp

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

d. Samhandling og oppgavedeling

Ikke aktuelt for OSS

e. Klinikkovertgripende tiltak for driftsendring

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

I forhold til samlokalisering så jobbes det med ytterligere samlokaliseringer i flere områder i Oslo sykehusservice.

### c. Vurdering av situasjonen

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

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

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

Oslo sykehusservice vil fortsette å implementere innsparingstiltak som i minst mulig grad får negative konsekvenser. Noen tiltak vil bidra til økt kvalitet og bedret opplevelse for brukerne. Eksempler på dette er prosessforbedring i det interne vaskeriet, og videre innføring av 1-2-3, innføring av felles

fakturabehandlingssystem, etc. manglende innføring av felles bestillingssystem vil slå negativt ut både for OSS men også for den enkelte klinikk.

Rammene som er avsatt til støttetjenester vil utvilsomt innebære tiltak med negative konsekvenser så lenge det ikke er planlagt med særlig grad av reduksjon i klinisk aktivitet og eiendomsmasse. Dette vil ha negative konsekvenser for de som mottar støttetjenestene, og det vil smerte hos de som utfører og leverer tjenestene. Dette vil merkes ganske umiddelbart etter hvert som kutt i tjenester og reduksjon av kapasitet gjennomføres. Det vil også innebære ytterligere økning i forfall på infrastruktur og økt risiko for ikke-styrt nedetid som følge av sammenbrudd. Det er viktig at sykehuset er bevisst på dette når sykehuset velger å redusere midlene som avsettes til støttetjenestene og infrastrukturen uten at det planlegges med særlig reduksjon i aktivitet eller bygningsmasse.

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

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

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

## **7. Risikovurdering ved gjennomføring av tiltak**

Risikovurdering til styret følger i hovedsak tertialrapporteringen, og ble sist rapportert per 2.tertial 2012. Overordnet vurdering er at tiltakene som er foreslått ikke endrer risikobildet vesentlig. Tiltak er vurdert ift risiko innen pasientbehandling, arbeidsmiljø, økonomi og forskning utdanning og innovasjon. Det er viktig å presisere at selv om gjennomføring av et enkelttiltak er vurdert til å innbære en lav risiko knyttet til pasientbehandling så innebærer ikke dette at situasjonen er god. Eksempelvis har vedlikeholdsetterslepet på bygninger over flere år akkumulert seg til flere milliarder. I dag er risikoen for at bygg med pasientbehandling uforutsett må stenges høyere enn ønsket. At vedlikeholdsbudsjettet reduseres med ytterligere noen millioner for 2013 vil dog ikke nødvendigvis endre det totale risikobildet vesentlig.

	<b>PROTOKOLL</b> Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	18.10.2012
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Budsjett 2013
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Rolv Økland (HR), Morten Reymert (ØK), Øyvind Wøllo (ØK) <u>Referent:</u> Mari Torset (HR)
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Stine Malerød (NFF), Anders Torp (NETF), Jorun Clemetsen (FO), Eli Skorpen (NRF), Rita von der Fehr ( NITO), David Pearson (PARAT), Aasmund Bredeli (Dnlf)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> -

### Sak 1 BUDSJETT 2013

Morten Reymert og Øyvind Wøllo redegjorde for status for budsjett 2013 med henvisning til de utsendte drøftingsdokumenter; utkast til styresak 74/2012 med vedlegg.

Styresaken redegjør for klinikkenes innspill, det videre arbeidet med innsatsområdene, informasjon om statsbudsjettet, oppdatert vurdering av utfordring for 2013 budsjettet, involvering av tillitsvalgte og ansatte og innholdet i styrets videre arbeid med budsjett 2013.

Det ble stilt en del spørsmål som ble besvart i møtet, samt noen kommentarer til arbeidet og innholdet i budsjett 2013.

#### *Arbeidstakersidens kommentarer*

Det er gitt særskilte kommentarer til risiko- og utfordringsbildet:

- Det er ikke gjort avstemminger og risikovurderinger av tiltakene mellom klinikkene på foretaksnivå
- Det bør gis en vurdering der klinikkene har meldt tiltak som ikke har helårseffekt
- Budsjettets tiltak viser at det krevende med hensyn til pasientbehandling og aktivitet (kutt i tilbudet til pasientene), samt risiko for konsekvenser for arbeidsmiljøet som kompetanseflukt og turnover

”Effektivitet ” bør brukes med varsomhet. Det er mange enheter i sykehuset som arbeider opp til maksimal kapasitet, men innenfor rammene av omstillinger som fører til negative konsekvenser på utførelsen av diagnostikk og behandling.

Det stilles spørsmål om samarbeidet om arbeidsdeling med andre sykehus også medfører vurderinger om bortfall av inntekter for OUS.

*For utfyllende kommentarer vises det til protokolltilførsler.*

### ***Arbeidsgiversidens kommentarer***

Arbeidsgiver presiserte følgende:

- Klinikken og ledelsen må ha en gjennomgang av tiltak i budsjett 2013 og konsekvenser på foretaksnivå.
- Når det blir presentert at effektivitet går ned ønsker man samtidig å understreke at dette er naturlig i omstillingsprosesser og ikke et uttrykk for ineffektive enkeltarbeidere.
- Arbeidsdelingen med andre sykehus i Helse Sør-Øst er gjenstand for analyse ved OUS og noe som diskuteres i samarbeid med de andre foretakene.
- Etter innspill fra arbeidstakersiden vil man revidere teksten under risikovurderingen av arbeidsmiljøet før slutføring av saken.

### ***Protokolltilførsler***

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra arbeidstakerorganisasjonene

- *Norsk radiografforbund, side 3*
- *Den norske legeforening, med støtte fra et flertall av organisasjonene, side 4*
- *NITO, side 5*
- *Norsk psykologforening, side 6*

**NORSK RADIOGRAFFORBUND**  
**PROTOKOLLTILFØRSEL DRØFTING BUDSJETT 2013**  
**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.**

Det er relevant innledningsvis å nevne at selve prosessen rundt budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan er god. Erfaringer fra tidligere år så har dette til tider vært forsømt. Likevel bør det nevnes at så lenge det såkalte utfordringsbilde ikke er konkretisert er det vanskelig å gi konstruktive innspill. Hvilke konsekvenser budsjettet 2013 vil få for pasienter og eier må tydeliggjøres.

På dette tidspunkt er det bekymringsfullt å registrere at man ikke har konkretisert på kort sikt om man er i stand til å oppfylle samfunnsoppdraget, på lengre sikt hva det vil bety av dårlig vedlikehold og manglende investeringer. For eksempel er det ikke konkretisert hva konsekvenser økt ventelise på radiologisk vil bety for hvilke pasienter til hvilken pris, og hva kostnader det ligger i de vedlikehold og investeringer som blir skjøvet frem i tid.

Det må konkret synliggjøres at mindre legetid fører til lenge ventetid o. s. b. Videre så må det synliggjøres at lengre ventetid for eksempel til kontroller på radiologisk *statistisk sett* fører til økte komplikasjoner og økt dødelighet. Sammenhenger mellom reduserte kostnader og økte komplikasjoner må synliggjøres.

Det ensidige fokus på å holde budsjett er svært krevende. Det såkalte utfordringsbilde er hverdager for de ansatte der de får oppgaver de ikke kan løse. Ventelisen øker, krav om økt aktivitet, ressursene minker og omorganisering omkalfatrer velfungerende organisasjoner, noe som igjen øker kostnadene.

Det er bekymringsfullt at omorganisering fører til at intensivkapasiteten blir lavere. Man bør holde et våkent øye med hvor dårlig den kan bli før det blir alvorlig kritisk til å kunne takle katastrofer. En viss fleksibilitet må man ha. Videre så bør det synliggjøres sengeposter som har 100 % eller over gjennomsnittlig sengeøgn. For vårt fag betyr dette mye støy i tillegg til å være "flaskehals".

Det har vært mange varsler og bekymringer for planlegging, organisering og fremdrift av Oslo universitetssykehus. Enn så lenge synes det ikke som om eier vil ta hensyn til disse. Det er svært beklagelig at man ikke tar hensyn til faglig råd. Man begynner å undre seg over hvor lenge man vil vente før man tar konsekvensene av disse rådene. Og videre at eier er tydelig på hva de ulike prioriteringene koster. Det er ikke underlig at det koster å omorganisere, det er ikke underlig at det er kostbart å omorganisere når det på forhånd ikke var konsekvensanalysert hva som trengtes under omorganiseringen og hva dette ville koste. Kostbart i den forstand at "helse pr krone" blir mindre i en periode når man omkalfatrer velorganiserte organisasjoner til nye. I tillegg til at det ikke er konsekvensvurdering først.

Videre må det understrekes at det er kostbart å være "bakvakt" for HSØ. Samtidig er det for de offentlige utgifter lønnsomt at beredskapen for alle de ulike funksjoner er et sted og ikke på alle sjukehus alle dager hele året. Det er kostbart å ha denne beredskapen, men det er mer lønnsomt for HSØ og Norge at den ligger på Ous, enn at man sprer det rundt på alle sykehusene. Det er underlig at det blir kritisert at man tar dette ansvaret, et ansvar man har lang tradisjon på å ta, og som man ikke kan forstå noe annet enn at det må være samfunnsmessig økonomisk å ta. Dette har selvfølgelig også et kompetanseaspekt ved seg i og med at flere pasienter med same diagnose kommer til OUS fra pasient grunnlag på 56 % av Norges befolkning.

For å belyse dette på en annen måte; det er ikke økonomisk å demonstrere hvor dyr denne beredskapen er ved å tvinge andre sjukehus til å opprettholde all beredskap 24 timer i døgnet 365 dager i året for å dokumentere kostnadene ved dette.

Eller for å beskrive det på en annen måte, det må beskrives de kostnadene denne beredskapen representerer, og så må det konkret uttrykkes hva man ønsker å nedprioritere av denne beredskapen.

Det er positivt å registrere at man åpner for reell nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr. Man har flere erfaringer med at man ikke får planlagt investeringer før det medisinsktekniske utstyret havarerer. Dette har betydd at kostnadene ved å anskaffe nytt blir nesten nøyaktig dobbelt så dyrt. Dette er selvsagt dårlig husholdning. Samtidig må det påpekes at disse midlene ikke er "friske midler", men lån. Det tolkes dit hen at eier ikke har tillit til den økonomistyringen det har vært tidligere ved de gjeldende foretak, altså at de selv ikke har klart å prioritere for å finne økonomisk rom til disse investeringene.

Med vennlig hilsen  
 Eli Skorpen  
 Foretakstillitsvalgt  
 Norsk Radiografforbund  
 Oslo universitetssykehus

**Den norske legeforenings drøftingsinnspill med støtte fra følgende:  
PARAT, Delta, NFF, FO, NRF, Tekna, Presteforeningen, NETF, NSF, Fagforbundet, NPF**

Legeforeningens drøftingsinnspill til budsjett 2013

Drøftingssaken er en underveisrapportering i budsjettplanleggingsarbeidet. Legeforeningen viser til organisasjonenes forrige drøftingsinnspill til budsjettsaken og økonomisk langtidsplan i forbindelse med siste drøfting av budsjettsaken 11. september 2012.

Legeforeningen registrerer at det i klinikkens budsjettplaner kun er funnet tiltak for omlag 1/3 av innsparingene som er nødvendige for å nå resultatkravet. Saksfremlegget viser innmeldte tiltak fra klinikkene tilsvarende ca 320 mill og restutfordring 580 mill.

De innmeldte tiltakene synes i liten grad å være innbyrdes avstemt og risikovurdert mellom klinikkene på foretaksnivå. Dette er en vesentlig svakhet ved budsjettfremlegget, og innebærer stor risiko for at også deler av de innmeldte tiltakene ikke er gjennomførbare.

Saksfremlegget synliggjør i enda større grad enn tidligere at det totale utfordringsbildet er svært krevende, og at målet om budsjettbalanse i 2013 ikke er gjennomførbart.

Bemanningsutviklingen den siste tiden viser en stigende tendens til tross for kontinuerlig fokus på bemanningsreduksjon. Dette skyldes sykehusets krevende driftsmessige forhold. Kapasitets- og produktivitsutfordringen må løses ved organisasjonsmessige tilpasninger og bedret drift.

Effektivisering av driften vil i liten grad kunne skje ved ytterligere bemanningsreduksjon.

Finansiering av sykehusets reelle aktivitet og aktivitetsøkningen for 2013 er fremdeles uavklart fra eier.

Flere av klinikkens saksfremlegg er nå tydelige på at det ikke er realistisk å nå budsjettinnsparingskravene for 2013.

Vi ber sykehusledelsen formidle tydelig til styret og eier at budsjettkravet for 2013 ikke kan nås samtidig med opprettholdt nødvendig kapasitet i pasientbehandlingen ihht oppdragsdokumentet.



#### NITO'S DRØFTINGSINNSPILL ETTER DRØFTING AV BUDSJETT 2013, 16.10.12

NITO ser på foreløpig forslag til budsjett 2013, som urealistisk, til tross for at vi fortsatt ser at det er lang vei igjen til målet. Tiltakene som ligger beskrevet vil gi et dårligere tilbud til pasientene. Det varsles allerede at dette er krevende i forhold til trygg pasientbehandling. Flaskehalsen vil føre til at ventetid og fristbrudd vil øke.

NITO etterlyser en helhetlig vurdering og synliggjøring av konsekvenser av de enkelte tiltak på tvers av klinikkene

NITO viser til drøftingsinnspillene som kommer fra Klinikkene og bekymringen som sprer seg i organisasjonen.

NITO tviler også på gjennomføringsevnen i forhold til foreslåtte tiltak. Forholdene på Oslo universitetssykehus HF viser seg å gjøre kutt i årsverk lite troverdig uten å kutte aktivitet (tilbudet til pasientene).

Bestilling fra eier står ikke i forhold til budsjettutfordringene.

NITO støtter legeforeningens drøftingsinnspill i saken.

NITO 17.10.12  
Rita von der Fehr



## **Protokoll drøftemøte budsjett OUS 16. okt 2012**



### **Budsjett 2013**

Psykologforeningen er bekymret for at den økonomiske situasjonen ved OUS vil medføre at psykisk helsevern og TSB i mange år vil ha en kontinuerlig risiko for å ikke bli prioritert. Selv om det i hvert eneste statsbudsjettet blir sagt at aktiviteten skal øke, så følger det aldri penger med. Det eneste som følger med er et økt krav til effektivisering. Det er vanskelig å se hvordan dette i lengden skal bygge kvalitet i feltet.

Psykologforeningen støtter Legeforeningens protokoll.

Mvh

Birgit Aanderaa  
FTV OUS NPF

### Vedlegg 3 - Tabeller

Oslo universitetssykehus HF

Styremøte 25. oktober 2012

**TABELLENE ER FORELØPIGE OG IKKE FULLSTENDIGE**

<b>Vedlegg 3. Tabeller til styresak 74/2012 - Budsjett 2013</b>	
1.	Foreløpig inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2013
2.	Foreløpige økonomiske forutsetninger 2013
3.1	Foreløpige måltall for somatikk 2013
3.2	Foreløpige måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2013
4.1	Foreløpig resultatbudsjett 2013 - ØBAK-linjer
4.2	Foreløpig resultatbudsjett 2013 - Sammendrag (under utvikling)
4.3	Foreløpig resultatbudsjett 2013 - Periodisert
5.	Foreløpi rammetildeling til klinikkene 2013
6.	Ny tabell (Andre kostnader - under utvikling)
7.	Foreløpig bemanningsbudsjett for 2013
8.	Foreløpig investeringsbudsjett for 2013
9.	Foreløpig kontantstrømbudsjett for 2013
10.	Foreløpig balansebudsjett for 2013

## TABELL 1 - Inntektsramme 2013

Beløp i tusen kroner

Foreløpig Inntektsramme 2013	2013 - Ramme fra Helse Sør-Øst RHF 03.07.2012	2012 - Ramme fra Helse Sør-Øst RHF 09.01.2012
<b>Basisramme til drift og investering foregående år</b>	<b>9 920 024</b>	<b>9 527 091</b>
<b>Justeringer for 2013:</b>		
Gjestepasientoppgjør VOP 2011, korrigeret pga datafeil		-5 237
Insentivmidler til økte praksisplasser, viderføring av tilskudd fra 2011		1 285
Kompensasjon for økte pensjonskostnader Prop 111 S	319 888	0
<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	41 000	-90 937
Psykisk helsevern	-18 000	-41 695
TSB	-1 000	-3 758
Pensjon	-28 000	-6 200
Kapital	-53 000	-11 418
Korrigerig 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	-11 578	-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>Sum endring</b>	<b>249 310</b>	<b>-235 207</b>
<b>Basisramme 2013 før statsbudsjettet</b>	<b>10 169 334</b>	<b>9 291 884</b>
Lønns- og prisvekst 2012 (3,10%) Grunnlag 9.291,884 mill.kr		288 100
Avrundning (wmn 01.11.2011 og 28.06.2011)	-1	0
<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	-14 621	-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
Økte midler til aktivitet og omfordeling av midler til sparing	29 773	0
Tildeling til sparing 2012		50 749
Pasientbibliotek		2 137
Inntektsmodell somatikk, korrigerig sfa 3,3% økt enhetspris		1 195
<b>Nye tiltak 2013:</b>		
RASP- utvidet kapasitet	10 000	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, viderføring av regionale tilbud		7 500
<b>Sum endring</b>	<b>25 151</b>	<b>628 140</b>
<b>Basisramme til drift og investering 2013</b>	<b>10 194 485</b>	<b>9 920 024</b>
Fra post 78, øremerket fra HOD	214 067	214 067
Strategiske midler, post 72	156 344	156 344
<b>Sum forskning</b>	<b>370 411</b>	<b>370 411</b>
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78	67 220	67 220
Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78	95 919	95 921
<b>Sum kompetansesentre</b>	<b>163 139</b>	<b>163 141</b>
Arbeidsmedisinske avdelinger	4 500	4 500
Tilskudd til turnustjeneste	1 619	1 619
Kreftregistret	95 981	95 981
Behandlingsreiser til utlandet	109 957	109 957
Dommerassistert narkotikaprogram	1 900	1 900
Nasjonal kompetansetjeneste ME (nytt tilskudd fra 2012)	2 000	2 000
Særreaksjonsordning, dømtte til behandling	1 500	1 500
Soningsenhet for ungdom under 18 år	1 000	1 000
<b>Sum statlige tilskudd</b>	<b>218 457</b>	<b>218 457</b>
<b>Sum faste rammer 2013 til drift og investering</b>	<b>10 946 492</b>	<b>10 672 033</b>
ISF- refusjoner 2012, 191.753 DRG- poeng (Pris = kr. 15.283,6 = 40%)		2 930 676
ISF - Biologiske legemidler		
ISF - Posedialyse		5 262
KMF-refusjoner (20%)		
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>0</b>	<b>2 935 938</b>
<b>Til utbetaling 2013</b>	<b>10 946 492</b>	<b>13 607 971</b>

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2013

Økonomiske forutsetninger 2013	
Enhetspris ISF 2013	kr 39.447
Refusjonssats ISF	40 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)	40 %
Gjestepasientoppgjør fra andre regioner	80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter	kr 4.125
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst, fra statsbudsjettet	3,3 %
Prisjustering basistilskudd	3,3 %
Herunder lønnsvekst	4,0 %
Herunder prisvekst andre kostnader	1,9 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2013:	
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.4)	kr 5.853
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.4)	kr 1.461
Gjestepasientpriser somatikk 2013:	
Kurdøgn / SSE Voksne	
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede	
Kurdøgn / SSE Barn	
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering	
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus	
Nyfødtsscreening	
Morsmelk pr. liter	
PET-scanning	
	Benyttet i Budsjett 2013
Pensjonskostnad:	
Diskonteringsrente	3,80 %
Lønnsvekst	3,50 %
G-regulering	3,25 %
Pensjonsregulering	2,48 %
Forventet avkastning	4,10 %
Rentesatser for renteinntekter og rentekostnader	
Driftskreditt	2,52 %
Bundne bankkonti	2,52 %
Fordring på HSØ vedr.personalboliger	2,52 %
Langsiktige lån med flytende rente	2,52 %
Langsiktige lån med fast rente	2,99% - 3,80%

TABELL 3.1 - Måltall for somatikk 2013

<b>Døgnbehandling</b>	<b>Budsjett 2012</b>	<b>Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012</b>	<b>Foreløpig budsjett 2013 2)</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	103 359	103 359	
Antall liggedøgn - døgnbehandling	463 207	481 207	

<b>Dagbehandling</b>	<b>Budsjett 2012</b>	<b>Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012</b>	<b>Foreløpig budsjett 2013 2)</b>
Antall dagbehandlinger	67 524	67 524	

<b>Poliklinisk virksomhet</b>	<b>Budsjett 2012</b>	<b>Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012</b>	<b>Foreløpig budsjett 2013 2)</b>
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	759 348	774 348	

<b>Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus</b>	<b>Budsjett 2012</b>	<b>Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012</b>	<b>Foreløpig budsjett 2013 2)</b>
Sum DRG totalt for biologiske legemidler for alle pasienter hvor resept er utstedt fra eget HF (eieransvaret)	1 928	1 928	

<b>Totalt antall DRG-poeng</b>	<b>Budsjett 2012</b>	<b>Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012</b>	<b>Foreløpig budsjett 2013 2)</b>
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pasienter fra egen region)	191 753	194 953	193 480
Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem. - resept utstedt av eget HF.)	1) 206 527	210 727	208 365

## Note

- 1) I totalt antall DRG-poeng på 206.527 er det hensyntatt en reduksjon på 4.500 DRG-poeng knyttet til innføring av ny grupper for 2012
- 2) Foreløpige måltall 2013 er hentet fra styresak 61/2012 "Økonomisk langtidsplan 2013 - 2016"

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

Psykisk helsevern	Budsjett 2012	Estimat 2012 Rapportert pr. sept 2012	Foreløpig budsjett 2013 1)
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP)</b>			
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>			
Antall liggedøgn døgntbehandling	75 924	75 924	
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 075	1 297	1 075
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	606	
Antall polikliniske konsultasjoner	70 713	80 000	72 834
<b>Kjøp fra private institusjoner (VOP)</b>			
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	12	12	12
Antall liggedøgn døgntbehandling	11 000	11 000	
<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>			
Antall liggedøgn døgntbehandling	4 575	4 575	
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	92	105	92
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 020	3 020	3 020
Antall polikliniske konsultasjoner	49 189	47 038	50 763
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)</b>			
Antall liggedøgn døgntbehandling	28 140	28 140	
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	2 287	2 400	2 287
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 000	700	2 000
Antall polikliniske konsultasjoner	9 642	8 505	10 057
Antall polikliniske konsultasjoner uten refusjon	11 631		

Note

1) Foreløpige måltall 2013 er hentet fra styresak 61/2012 "Økonomisk langtidsplan 2013 - 2016"

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Utkast til leiekontrakt  
Nåverdiberegning

---

### **SAK 75/2012 LEIEAVTALE BYGG FOR SØNDRE OSLO DPS OG BUP OSLO SYD PÅ MORTENSRUD**

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

- 1. Styret slutter seg til leieavtalen for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd.*
- 2. Styret ber administrerende direktør om å oversende leieavtalen for nytt felles bygg for søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd, for godkjenning i Helse Sør Øst RHF.*
- 3. Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus HF når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

### **1.0 Sammendrag**

Søndre Oslo DPS har et ønske om å samlokalisere virksomheten sin som i dag er spredt på flere bygg og adresser. Dagens lokaler er ikke hensiktsmessige for pasientbehandlingen, forventet vekst i tjenestene, eller effektiv drift.

I 2008 ble det startet et arbeid for å skaffe et felles bygg for hele Søndre Oslo DPS. Styret ble i 2010 forelagt en løsning hvor Obos Forretningsbygg (OBOS) realiserer et nybygg på Mortensrud (sak 165/2010). Etter styrets vedtak ble det i desember 2010 inngått en intensjonsavtale med Obos Forretningsbygg om planlegging av et nytt bygg som Søndre Oslo DPS eventuelt kunne leie.

Arealutviklingsplan 2025, vedtatt i sak 18/2012 den 29. mars i år, legger opp til å samlokalisere psykisk helsevern voksne og barn og ungdom (BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS). Dette understøtter sykehusets strategi om å bedre behandlingstilbudet til pasientene og å gi samhandlingseffekter. I tillegg vil det kunne gi mer effektiv utnyttelse av areal og ressurser, et mer robust og bærekraftig fagmiljø og gi reduserte driftskostnader. BUP Oslo Syd er etter dette inkludert i prosjektet på Mortensrud. Oslo universitetssykehus har vært involvert i prosjektering av bygget, og det er nå planlagt at OBOS skal føre opp et nybygg som både omfatter Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd.

Vedlagte utkast til leieavtale fremmes for styret.

### **2.0 Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd er i dag lokalisert på seks ulike steder i uhensiktsmessige lokaler, både for pasientbehandlingen og en effektiv drift. Samlokalisering i felles bygg på Mortensrud vil gi en betydelig arealeffektivisering ved at prosjektet også innbefatter flytting av en døgnenhet på Dikemark. Det er forventet at en samlokalisering av disse enhetene vil gi flere fag- og driftsgevinster både på kort og lang sikt.

Bruk av leide lokaler, også når virksomheten samles, er en godt regulert praksis som følges også for andre deler av virksomheten. Det legges opp til langsiktige avtaler som skal gi forutsigbarhet for driften.

Leiekostnadene vil øke i nytt utleiebygg. Årsakene til dette er flere, blant andre at dagens virksomhet i BUP primært er lokalisert i bygg Oslo universitetssykehus eier, men også fordi leierarealet omfatter plass til døgnkapasitet som flyttes fra Dikemark samt en felles parkeringskjeller. Innsparinger som følge av nybygget er imidlertid beregnet å gjøre prosjektet økonomisk lønnsomt for Oslo universitetssykehus. Bygg helseforetaket eier vil kunne selges etter at virksomheten flytter til Mortensrud.

På denne bakgrunn foreslås det at styret slutter seg til utkastet til leieavtale og at administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive den etter at den er godkjent i Helse Sør Øst.

### **3.0 Faktabeskrivelse**

Distrikts psykiatrisksenter (DPS) skal ha ansvaret for allmennpsykiatriske oppgaver på spesialistnivå innenfor et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjonen). Det



desentraliserte tilbudet skal bestå av dag- og døgntilbud, poliklinikk og ambulante tjenester.

Søndre Oslo DPS skal ivareta spesialisthelsetjenestefunksjoner innen psykisk helsevern for befolkningen i bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø.

Søndre Oslo DPS har i dag 144 årsverk, og drives i leide lokaler på tre ulike steder; Ryenstubben 3, Holmlia Senter vei 1B og 10. Leiekontraktene går ut om henholdsvis tre og fem år. DPS har vokst ut av sine lokaler og det er krevende å utnytte ressursene på tvers. Det er særlig døgndriften som er rammet da de har sitt virke i arealer med få tilpasningsmuligheter.

I tillegg er det også planlagt å flytte en sengepost fra Dikemark til Søndre Oslo DPS. Flytting av døgnkapasitet fra Dikemark er i tråd med tidligere styrevedtak og målsettingen om endret ressursfordelingen mellom DPS-funksjoner og sykehusfunksjoner, hvor målet er halvparten hver innen utgangen av 2015 (HSØ styrevedtak 061/2010). Tiltaket understøtter også tidligere føringer om avvikling av Dikemark.

Psykisk helse for barn og ungdom (BUP) er en del av spesialisthelsetjenesten som skal ha ansvaret for allmennpsykiatriske oppgaver for barn og ungdom fra 0-17 år. BUP Oslo Syd, har i dag 77 årsverk og har utelukkende poliklinisk og ambulante tjenester. De er lokalisert i et bygg helseforetaket eier i Bogerudveien 15 og i leide lokaler i Holmlia Sentervei 10.

BUP Oslo Syd skal yte spesialiserte helsetjenester til befolkningen i opptaksområdet. Det er forventet en betydelig økning av barn og unge i området fram til 2025, og BUP vil i nær fremtid også ha behov for mer plass for sin virksomhet. Dagens lokaler er lite egnet til drift av moderne psykisk helsevern, og utvidelsesmulighetene er begrenset.

Strategisk arealutviklingsplan 2025 (OUS styresak 18/2012) anbefaler en samlokalisering av psykisk helsevern voksne og barn og ungdom (BUP Oslo Syd og Søndre Oslo DPS) som et tiltak som kan gi positive samhandlingseffekter.

Når det gjelder et bedre behandlingstilbud til pasientene og faglige gevinster ved en samlokalisering er dette som følgende;

Fagutvikling: det vil etter hvert komme sterkere krav om nasjonale føringer vedrørende evidensbaserte behandlingstiltak. Dette krever at kompetanseutvikling, evalueringer og forskning styrkes. Ved en samlokalisering både internt for BUP og med psykisk helsevern for voksne, vil dette kunne gjennomføres mer systematisk. Det stilles stadig økende krav til mer spesialiserte tjenester for psykisk helsevern, dette vil kreve tettere samarbeid mellom de ulike tjenestene og vil være lettere å gjennomføre ved samlokalisering..

Samhandling: samhandlingsreformen krever et tettere samarbeid med bydelene både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Ved å ha tettere kontakt mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten vil vi lettere fremstå som en felles representant overfor kommunen /bydelene. Samhandlingsreformen legger opp til at spesialisthelsetjenestens tilbud skal "spisses" og at bydelenes tilbud til befolkningen må ta mer hånd om forbygging og oppfølging etter at den spesialiserte behandlingen er avsluttet.

Behandlingstilbud: standardiserte pasientforløp gjennom samarbeid, tverrfaglighet, utveksling av kompetanse og god ressursutnyttelse sikres og oppnås også lettere ved en

samløslisering. Gjennom systematisk planlegging og oppfølging fra både ledelsen og behandlere kan det bygges opp strukturer og klare retningslinjer for å få til synergi og samhandlingseffekter både innad i BUP Oslo Syd og med DPS. Felles lokalisering kan gjøre et slikt planarbeid lettere å gjennomføre.

### 3.1 Prosessen

I 2008 ble det satt i gang en prosess for å skaffe et felles bygg for hele Søndre Oslo DPS. Styret ble i 2010 forelagt en løsning hvor Obos Forretningsbygg (OBOS) realiserer et nybygg på Mortensrud (sak 165/2010). I styresaken godkjente styret i OUS arbeidet med å fremforhandle en leieavtale med OBOS:

”Styret godkjenner at det gjennomføres videre planlegging med sikte på å realisere en avtale med OBOS om et leiebygg for Søndre Oslo DPS i tråd med den beskrivelse som er forelagt i saken.

”Forut for inngåelse av en leieavtale legges det frem en sak for styret for godkjenning, som oversendes til Helse Sør-Øst RHF for behandling og endelig godkjenning”

Det ble inngått en intensjonsavtale med OBOS med formål å planlegge et nytt leiebygg for Søndre Oslo DPS. På bakgrunn av Arelautviklingsplanens anbefaling og nevnte samhandlingsgevinster ble det gjort en vurdering hvorvidt det var mulig å inkludere BUP Oslo Syd inn i prosjektet på Mortensrud. Det ble gjennomført interne og eksterne juridiske vurderinger som konkluderte med at forholdet er i tråd med lov om offentlige anskaffelser, og at vedlagte leieavtale er en ordinær leieavtale.

BUP Oslo Syd ble inkludert i prosjektet januar 2012, og det er lagt planer for at OBOS skal føre opp et nybygg som både omfatter begge enhetene. I hele prosessen har det vært bred involvering av brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten. Berørte brukergrupper har forløpende vurdert og kommet med innspill til romprogrammering. Flere nybygde DPS, blant annet Follo DPS og DPS Stavanger har vært besøkt for å dele erfaringer. Rådgivere i prosessen har vært Hospitalitet, som har lang erfaring med sykehusplanlegging og utvikling av DPS og BUP.

I arbeidet med prosjekter har det vært etablert egne arbeidsgrupper og brukergrupper som har bidratt i arbeidet med å utforme bygget slik det i dag fremstår. De lokale brukerrådene på Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd er forelagt og kommet med sine innspill i prosjektet.

Prosjektet er drøftet med klinikken tillitsvalgte og verneombud.

Arbeidstakerrepresentantene anerkjenner virksomhetens mål om arealeffektivisering, og nybygg til DPS alene er et viktig bidrag til dette. DPS prosjektet virker å være gjennomarbeidet og lokalt forankret siden oppstart i 2008. Inkludering av BUP Syd virker å gi begrenset arealgevinst til en relativt høy kostnad.

Nybygget på Mortensrud er drøftet som egen sak i klinikkens brukerråd. Brukerrådet er enige i at dette kan bli et faglig bra tilbud for pasientene, og at det er positivt at Søndre Oslo DPS og poliklinikken på Dikemark samles i et hus. Det gjenstår å se om det er positivt for BUP Oslo Syd å flytte til huset.

### 3.2 Konsekvenser

Det er utarbeidet en konsekvensvurdering som viser gevinster og konsekvenser av å samle Søndre Oslo DPS (inkludert en døgnenhet på Dikemark) og BUP Oslo Syd fra 6 til 1 adresse i et felles nybygg:

- Årsverk reduksjon som følge av samlokalisering.
- Reduksjon transportkostnader
- Arealeffektivisering.
- Bortfall av faste drifts og vedlikeholdskostnader i Bogerudveien 15.
- Bedre arbeidsmiljø - HMS

En samling i et bygg vil medføre bedre utnyttelse av ressurser på tvers av enheter/lokalisasjoner. Dette vil i særlig grad gjelde døgnvirksomheten. Døgnvirksomheten blir i leiebygget samlet på et plan. Arealene vil være oversiktlige og tilpasset moderne psykiatrisk behandling herunder de sikkerhetsbehovene som kreves i en psykiatrisk døgnavdeling. Til sammen vil dette redusere behovet for antall personer på vakt gjennom døgnnet og redusere antall ledere.

Den spredte geografiske lokaliseringen medfører reisevirksomhet mellom de ulike adressene, til møter, kurs, veiledning etc. noe som tar ressurser fra klinisk virksomhet. Samling i et bygg vil redusere denne tidsbruken som igjen kan føre til at antall årsverk kan reduseres.

Større enheter gir færre ledere og muligheter for å etablere mer robuste enheter. Dette medfører bedre ressursutnyttelsen på tvers. I tillegg vil en redusere antall ekspedisjoner, resepsjon/mottak og dagens dupliserte støttfunksjon.

Lokalfunksjoner samling av gjenværende virksomhet på Dikemark i et bygg er beregnet til å utgjøre ca 18 årsverk. Bemanningsplaner/turnus er utarbeidet.

	2012	Etter samlokalisering	Effekt
BUP Oslo Syd	77 årsverk	73 årsverk	-4 årsverk
ASD, Dikemark	123 årsverk	91 Årsverk	- 32 årsverk
SO DPS	94 årsverk	87 årsverk	-7 årsverk
SO DPS, Døgn <sup>1</sup>	50 årsverk	64 Årsverk	+ 14 årsverk
<b>Nettoeffekt</b>	<b>344 Årsverk</b>	<b>315 Årsverk</b>	<b>- 29 årsverk</b>

I den økonomiske beregningen er det lagt inn et behov for tilleggsarealer for DPS hvis ikke utleiebygget realiseres. Tilleggsarealene er økning i antall døgnplasser fra 22 til 30 plasser, og en økning i arealer til poliklinikk og ambulant aktivitet. Til sammen utgjør dette ca 2500 kvm. BUP vil ha behov for ca 250 kvm til utvidelse av poliklinikk og ambulant virksomhet. Synergien ved å samle virksomheten bortfaller ved en slik løsning, primært fordi det ikke lar seg gjøre å utvide arealene i nåværende leide lokaler.

Muligheten for å tilpasse virksomheten og bygge et nytt bygg med tanke på fremtidens behov og drift, medfører en bedre arealutnyttelse. Samling til en adresse reduserer behovet for fellesarealer, og sambruk av eksisterende fellesarealer. I tillegg vil en samlokalisering av lokalfunksjoners virksomhet på Dikemark frigjøre 1. etasje + kontorfløyen i Verkensveien 19 - ca 2500 kvm.

Arealbehovet i fremtiden er arealer til økning i DPS døgnplasser, samt fremtidig utvidelse av DPS og BUP, for å møte befolkningsutviklingen i opptaksområdet.

	Dagens	Nybygg	Areal effektivisering
Søndre Oslo DPS/Døgn Dikemark	8 180 kvm	6170 kvm	-2010 kvm
BUP Oslo Syd	3 926 kvm	2949 kvm	- 977 kvm
Fellesarealer i nybygg		1223kvm	1223 kvm
Arealbehov fremtiden uten nybygg (BUP/DPS)	2 750 kvm		-2 750 kvm
<b>Til sammen</b>	<b>14 856 kvm</b>	<b>10 342kvm</b>	<b>-4 514 kvm</b>

Når det gjelder arbeidsmiljø, har det som nevnt vært stor grad av brukerinvolvering i prosjektet, og nybygget designet og tegnet med utgangspunkt i ansatte og brukers behov. Bygget vil ha nye lyse og tidsriktige lokaler, og moderne ventilasjonsanlegg som tilfredsstillende dagens HMS-krav. Likeledes er sikkerheten for både ansatte og brukere er i høy grad ivarettatt gjennom utformingen av bygget. Samling av døgnvirksomheten på et plan, samt egen mottaksenhet for øyeblikkelig hjelp er eksempler på dette. Mulighetene for å utnytte personalressurser på tvers av enhetene, bidrar til å øke sikkerheten. Døgnenheten har egne sikkerhetssoner med muligheter for å skjerme pasienter fra det øvrige behandlingsmiljøet.

Arealene på Bogerud er relativt nyoppusset. En samlokalisering og flyttingen vil nødvendigvis ikke anses som en forbedring, men som en ekstra belastning på arbeidsmiljøet. BUP Oslo Syd driver utelukkende poliklinisk og ambulansetjeneste, og ekstra reisevei til samarbeidspartnere og flytteprosessen til Mortensrud, er i prosessen pekt på som negativt for arbeidsmiljøet.

#### Ulike leiealternativer:

Leiebygget er dimensjonert for å møte behovet for psykisk helsevern i opptaksområdet. I detaljprosjekteringen og lønnsomhetsanalysen, er disse funksjonenes arealbehov vurdert ut i fra følgende tre alternativ:

Alternativ 1: DPS og BUP, uten råbygget.

Alternativ 2: DPS og BUP, med en opsjon på lokaler i et råbygg

Alternativ 3: Bare DPS

	Bygg inkl. BUP arealbehov uten råbygg	Bygg inkl. BUP arealbehov + Opsjon 1096 kvm Råbygg	Bygg eks. BUP (Plan 03)
Alternative leie	Alt. 1	Alt. 2.	Alt. 3
PLAN 01 + 02 - DPS OG BUP	5955	5955	5955
PLAN 03 - DPS OG BUP	1279	1279	
DØGNPOSTER - PLAN 01	2596	2596	2596
RÅBYGG - PLAN 03		1100	
RÅBYGG OVER DØGN - PLAN 03			
PARKERINGSKJELLER - PLAN U1-A	2382	2382	2382
TEKNISK ROM – PLAN 01 +U1-A	512	512	512

Det er planlagt at DPS skal disponere ca. 6 000 kvm og BUP ca. 3 000 kvm, 850 kvm er planlagt fellesarealer. I tillegg kommer felles parkeringskjeller og tekniske rom.

Med utgangspunkt i de tre alternativene ønsker man å fremme leiealternativ 2 for styret i OUS. Leieforholdet vil da gjelde for 10 342 kvm brutto i tillegg kommer parkeringsareal og råbygg. Råbygget representerer en fremtidig elasticitet og en oppføring av dette vil redusere ulempene og kostnadene ved en fremtidig utvidelse.

### **Investeringer og leiekostnader**

Dersom aktiviteten ikke samles som beskrevet, vil det raskt bli behov for å leie ytterligere lokaler for totalt 6,5 millioner kroner. Det vil si at dagens kostnadsnivå ikke er et reelt alternativ. Dette er lagt til grunn i vurdering av prosjektets økonomi.

En realisering av nytt felles bygg for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd i tråd med den beskrivelse som er forelagt i denne saken innebærer inngåelse av en leiekontrakt med leiepris på 33,4 millioner kroner per år. I tillegg kommer årlige felleskostnader på 3,5 millioner kroner og kostnader til energi, renhold og drift av egne installasjoner i bygget (overfallsalarmanlegg) etc. på 300,- per kvm. Inklusive felleskostnader og kostnader til energi etc. vil kostnader knyttet til arealene på Mortensrud utgjøre 40,7 millioner kroner per år.

En slik samlokalisering betyr samtidig at aktivitet flyttes ut av dagens leide arealer som gir bortfall av 16,6 i årlige leiekostnader. I tillegg reduseres dagens driftskostnader 23,3 millioner kroner årlig gjennom arealeffektivisering, årsverk reduksjon, redusert transport og reduserte drifts og vedlikeholdskostnader. Totalt en reduksjon i netto kostnader på 46,5 millioner kroner. Netto gevinst er beregnet til 5,8 millioner kroner per år (dette inkluderer bortfall av fremtidig behov for leie av lokaler for 6,5 millioner kroner).

Investeringsbehov i utleiebygg er inventar og brukerstyr. Det forutsettes 50 % medflytting av inventar/brukerstyr. Investeringer til brukerstyr er beregnet til totalt 25 millioner kroner.

Lønnsomhetsanalysen viser til at prosjektet er beregnet å ha en positiv nåverdi på 27 millioner kroner. Det vil si at netto gevinst på 52 millioner kroner er 27 millioner kroner høyere enn investeringskostnaden på 25 millioner kroner.

Likviditetsmessig kan finansiering av investeringen skje gjennom realisering av fast eiendom eller eventuelt gjennom omstillings midler knyttet til samlokalisering av virksomhet.

### **Leieavtalen**

Utkast til leieavtale er vedlagt. Dette er en standard leiekontrakt og gjelder leie av nyoppført bygg. Den vil gjelde i en periode på 10 år fra januar 2015, med opsjon på 5 + 5 år.

Kontrakts nr.	
<b>Leietid</b>	<b>10 år + 5 år + 5 år</b>

## UTKAST TIL LEIEKONTRAKT FOR LOKALER

**Utleier :** OBOS Forretningsbygg AS  
**Organisasjonsnr.:** 930869147  
**Adresse :** Hammersborg torg 1, 0129 Oslo  
 PB 6666 – St.Olavs Pl., 0129 Oslo

Og  
**Leietaker:** Oslo universitetssykehus HF  
**Org.nr. /Pers.nr:**  
**Adresse:** Kirkeveien 166, Oslo

har inngått avtale om leie av lokaler i eiendommen: del av gnr. 179 bnr. 001 i Oslo kommune  
**Adresse :** Helga Vareks vei 4 Mortensrud, Oslo

### DEL A

#### 1 LOKALET

Leieforholdet gjelder følgende lokaler i eiendommen :

<b>Arealer</b>	<b>Type</b>		<b>M<sup>2</sup> BTA</b>
Plan 1-3	DPS og BUP		7.234
Plan 1	Døgnposter		2.596
	Teknisk		512
	<b>Sum</b>		<b>10.342</b>
	Parkering/Boder		2.382
	Sum BTA		12.724
	Råbygg 3. etg.		1.100
	Sum BTA		<b>13.824</b>

Vedlagt følger plantegning som viser det leide areal. Oppmåling av leiearealene er foretatt i henhold til Norsk Standard 3940, dog slik at i tillegg del (NS 3940 pkt. 3.2) inngår ikke garasje eller portrom, arkader og andre åpne deler. Fellesarealet kan endres av utleier. De oppgitte arealer er godkjent av partene. Eventuelle feil i arealangivelsene gir ikke rett til å kreve leien nedjustert, og medfører heller ikke noen endring av denne leieavtales øvrige bestemmelser.

#### 2 BRUK AV LOKALET

Lokalet skal benyttes til : Distriktpsikiatrisk sykehus. BUP.

Skifte av bransje eller forandring av virksomheten i lokalene, herunder drift av annen beslektet virksomhet, er ikke tillatt uten utleiers forutgående, skriftlige samtykke. Det samme gjelder salg, eksponering, lagring o.l. i fellesarealer. Dersom leietakers virksomhet fører til en endret avgiftsmessig belastning for utleier, regnes dette som forandring av virksomhet.

Utleier legger til grunn at utleien ikke er mva. pliktig virksomhet. Leietaker må senest ved kontraktsinngåelse orientere utleier skriftlig dersom deler av virksomheten ikke er mva. pliktig.

### 3 OVERTAKELSE

Lokalene leveres i samsvar med vedlagte dokumenter som er en del av denne kontrakt.

### 4 LEIETID

Leieforholdet løper fra 01.01.15 til 31.12.24, hvoretter det opphører uten oppsigelse.

Leieforholdet kan ikke sies opp i leieperioden.

Dersom utleier beslutter videre utleie av lokalene etter utløp av første leieperiode, har leietaker rett til å forlenge leieforholdet på eksisterende vilkår frem til 31.12.29 og senere 31.12.34., hvoretter leieforholdet utløper uten oppsigelse.

Dersom det i leieperioden har skjedd endringer i de offentlige rammevilkårene for utleie siden den opprinnelige kontrakt ble inngått, og disse endringene har betydning for dette leieforholdet, er leietaker innforstått med at utleier kan endre vilkårene i den opprinnelige kontrakt til ugunst for leietaker, jf. for eksempel denne kontrakt pkt. 5 bokstav F) siste ledd.

Ønske om ny avtale må fremmes skriftlig senest 6 måneder før leieforholdet opphører, og avtale må være inngått senest 4 måneder før samme dato. I motsatt fall er fortrinnsretten bortfalt.

Leietaker skal flytte ut uoppfordret ved leieforholdets opphør. Leieavtalen går ikke over til å være tidsbestemt som følge av at utleier ikke oppfordrer leietaker til å flytte.

Blir lokalet ødelagt ved brann eller annen hendelig begivenhet kan utleier erklære seg fri fra alle rettigheter og forpliktelser under leieavtalen.

### 5 LEIESUM/FELLESUTGIFTER

#### A) LEIESUM

Leiesummen eks. mva. fordeler seg således:

Etasje	Type	M <sup>2</sup> BTA	Pris pr m <sup>2</sup>	Pris pr år	Pris pr kvf
Alle	sykehus	12724	Kr 2554,-	<b>Kr 32.495.000,-</b>	kr 8.123.750,-
Alle	sykehus	13824*	Kr 2416,-	<b>Kr 33.401.000,-*</b>	Kr 8.350.250,-*

\*) Inkludert råbygg

Leietaker belastes ikke med mva på leie.

Leien reguleres hvert år 01.01. med økningen i Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks eller annen indeks som erstatter denne. Regulering skjer første gang med basis i indeks pr. 15.09.13 (basisindeksen). Basisindeksen og indeks pr 15.09 året før hver regulering legges til grunn for etterfølgende reguleringer.

Leien skal ikke kunne reguleres under den leie som ble avtalt på kontraktstidspunktet.

Ved offentlig inngrep (prisstopp o.l.) som begrenser den leie utleier ellers kunne tatt etter denne kontrakt, skal kontraktens regulerte leie løpe fra det tidspunkt og i den utstrekning det måtte være lovlig adgang til det.

## **B) FELLESUTGIFTER**

I tillegg til leien betaler leietakeren sin forholdsmessige andel av eiendommens fellesutgifter i henhold til regnskap. Andel av fellesutgifter betales med et å kontobeløp sammen med og i tillegg til leien. Det foretas avregning og oppgjør innen første halvår det påfølgende år.

Fellesutgiftene fordeles etter lokalenes andel av eiendommen. Neste års å konto-innbetaling baseres på budsjett/regnskap. Utleier har rett til å regulere a konto beløpet i løpet av året, dersom kostnadene stiger med mer enn 10 % av budsjett.

Hva fellesutgiftene omfatter, fremgår av vedlagte oversikt. (Vedlegg 1)

Dersom det etter kontraktens inngåelse oppstår nye kostnader/avgifter for eiendommen, eller utleie av denne, har utleier rett til å krevle leietaker for den andel som faller på de lokaler som denne kontrakt omfatter.

Drift/vedlikehold av bygningen utføres av eget driftsselskap.

A konto fellesutgifter eks. mva. utgjør:

Type	M <sup>2</sup> BTA	Pris pr m <sup>2</sup>	Pris pr år	Pris pr kv
sykehus	12.724	Kr 250,-	Kr 3.181.000,-	kr 795.250,-
Sykehus	13.824*	Kr 250,-	Kr 3.456.000,-*	Kr 864.000,-*

\*) Inkl. råbygg i 3. etg.

## **C) LEIETAKER SKAL DESSUTEN FOR EGEN REGNING BETALE :**

- Energi til egne lokaler, etter egen måler eller fellesmåler.
- Rengjøring av egne lokaler. Vask av vinduer inn- og utvendig, samt rengjøring av solavskjerming.



- Vaktmestertjenester som leietaker rekvirerer, og som ikke inngår i felleskostnadene.
- Utleier kan kreve at leietaker selv holder egen vannmåler og dekker utgiftene til dette samt betaler vannforbruket.
- Leietaker har selv ansvar for og bærer alle kostnader forbundet med drift og vedlikehold av alle tekniske anlegg/installasjoner som han selv har anbrakt i lokalene.
- Egne forsikringer, jf. pkt. 10.

Dersom leietaker blir registrert i merverdiavgiftsmanntallet gjelder pkt. D.

#### **D) MERVERDIAVGIFT / SÆRLIGE FORHOLD**

1. Dersom utleier er registrert i merverdiavgiftsmanntallet for de arealer, eller deler av arealer, leieforholdet omfatter, eller velger å søke om slik registrering, eller slik registrering blir pålagt ved lov, skal leie, fellesutgifter og eventuelle andre utgifter knyttet til den registrerte del av leieforholdet tillegges merverdiavgift med den til enhver tid gjeldende sats.
2. Leietaker er klar over at den faktiske disponering av leieobjektet er avgjørende for utleiers fradragsrett for inngående merverdiavgift. Endret bruk av leieobjektet, i form enten av endret faktisk bruk eller fremleie, må ikke finne sted uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag, uten at leietaker kan si opp avtalen.
3. På bakgrunn av avgiftsmyndighetenes dokumentasjonskrav plikter leietaker å gi en skriftlig, årlig redegjørelse innen 31. desember over sin bruk av leieobjektet, samt, ved eventuell fremleie, også bekreftelse på at han er frivillig registrert for fremleien, samt en skriftlig redegjørelse fra fremleietaker over dennes bruk av leieobjektet.
4. Dersom utleier plikter å tilbakeføre merverdiavgift etter merverdiavgiftslovens regler som følge av leietakers bruksendring som nevnt over, skal leietaker erstatte fullt ut tilbakeføringsbeløpet samt eventuelt rentekrav og øvrige kostnader forbundet med tilbakeføringen. Det samme gjelder dersom tilbakeføringskravet skyldes manglende oversikt over leietakers/fremleietakers bruk eller manglende bekreftelse på at leietaker i fremleietilfellet er frivillig registrert.
5. Eventuelle erstatningskrav som følge av mislighold av bestemmelsene i punkt "D om merverdiavgift/særlige forhold", forfaller til betaling ved påkrav. Leietakers betalingsbestemmelser samt misligholdsbestemmelsen i punkt 13 gjelder tilsvarende.

6. Leietaker skal alltid, uavhengig av om leieobjektet benyttes i avgiftspliktig aktivitet eller ikke, gi utleier en redegjørelse / spesifikasjon mht. totale aktiveringspliktige påkostninger foretatt på leieobjektet i løpet av regnskapsåret, herunder totalt påløpt merverdiavgift. Leietaker skal også innhente tilsvarende dokumentasjon fra (alle) eventuelle fremleietakere. Dokumentasjonen skal tilfredstille de krav som til enhver tid måtte følge av merverdiavgiftslovgivningen. Utleier kan gi nærmere instruks om utforming av dokumentasjonen og til hvilket tidspunkt den senest skal være inngitt.

7. Ved opphør av leieforholdet, uansett grunnlag, skal leietaker beholde sin egen justeringsforpliktelse på de bygningsmessige tiltak som han måtte ha foretatt på leieobjektet. Dette innebærer at det er leietaker som skal justere inngående avgift dersom fremtidig begivenheter utløser rett eller plikt til justering av inngående avgift knyttet til det / de aktuelle bygningsmessige tiltak. Utleier kan dog velge å overta leietakers justeringsforpliktelse /r, hvilket forutsetter at utleier skriftlig meddeler dette til leietaker. I så fall plikter leietaker å medvirke til at den dokumentasjon lovgivningen til enhver tid krever i forbindelse med overføringen, eller som ellers er nødvendig for at utleier skal kunne foreta korrekt avgiftsbehandling, utarbeides og/eller fremlegges.

#### **E) FORSINKET BETALING :**

Ved forsinket betaling av leie m.v. etter denne kontrakt, svares forsinkelsesrente i henhold til lov om forsinket betaling av 1976 nr. 100 eller lov som trer i stedet for denne. Utleier har rett til å kreve gebyr ved puring.

#### **F) BETALING AV LEIE OG FELLESUTGIFTER**

De totale leiekostnader utgjør således ca. kr **35.675.000,- / kr 36.857.000,- (inkl. råbygg i 3. etg.)**pr år. Beløpet skal innbetales til kontor nr: 1632.10.00014, merket med leietakers kontraktsnummer.

Leien forfaller til betaling ved overtakelsesdato den for gjenstående del av måned , deretter forfaller leien til betaling forskuddsvis den 1. i hvert måned.

Dersom utleie av eiendom blir belagt med særlige skatter og/eller avgifter, skal leietaker betale sin forholdsmessige del basert på leien fastsatt i denne paragraf første ledd.

## **6 SÆRLIGE BESTEMMELSER**

Det ble den 7. Februar 2012 inngått en intensjonsavtale mellom OBOS Forretningsbygg AS og Oslo Universitetssykehus HF. Avtalen vedlegges som informasjon til denne leiekontrakt.

Leiekontrakten gjelder leie av nyoppført bygg. Byggets størrelse, standard og utforming beskrives i vedlagte tegninger, kravspesifikasjon (overordnet teknisk program) utarbeidet av leietaker samt øvrige dokumenter som

vedlegges og er en del av denne kontrakt. Leietaker har selv deltatt i prosjekteringen og har i stor grad bidratt til å påvirke sluttproduktet.

Leiesummen er beregnet på bakgrunn av byggekostnadene spesifisert i beregninger utført av AS Bygghanalyse. Bygningsmessige endringer som ikke er beskrevet i kravspesifikasjonen må ikke utføres uten samråd med utleier. Etterbestillinger eller endringer som medfører endringer i byggekostnader vil gi utslag i leiepris, og beregnes ut i fra samme kriterier som er lagt til grunn for nåværende leiepris. Økte arealer vil også kunne medføre økte felleskostnader. Felleskostnader beregnes forøvrig ut i fra faktiske kostnader. Regnskap presenteres leietaker en gang pr. år.

Leiekontrakten omfatter også bruk av utvendig areal regulert som vist i vedlagte tegning.

Tilbygg:

- 1) Bygget er konstruert til å tåle et tilbygg over døgnpostene. 1.518 kvm er kostnadsberegnet og vil med dagens verdi kost ca kr 3.380.000,- pr. år i leie.
- 2) Det kan etter avtale med leietaker oppføres et råbygg på 1.045 kvm i 3. etg. i hovedbygget. Kostnadene belastes leiesummen. Innredning vil være mulig å foreta i ettertid.

De oppgitte priser er basert på Bygghanalyses AS beregninger juni 2012. Det tas forbehold om prisregulering i h.h.t. KPI fra juni 2012 til overtakelsesdato.

## DEL B

### 8 MANGLER

Leietaker må gi melding om mulige skader og mangler m.v. innen rimelig tid etter at han oppdaget eller burde ha oppdaget dem. Leietaker plikter straks og uten opphold å melde til utleier enhver skade på leide lokaler som må utbedres. Feil og mangler som leietakeren kjente eller burde kjenne til ved avtaleinngåelsen, kan ikke gjøres gjeldende. Feil og mangler som leietaker ved overtakelsen kjente eller burde kjenne til må meldes umiddelbart.

### 9 FREMLEIE/OVERDRAGELSE/SELSKAPSMESSIGE ENDRINGER

Fremleie og overdragelse av kontrakten, helt eller delvis, er ikke tillatt uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag, uten at leietaker kan si opp avtalen. Manglende svar på søknad om samtykke til framleie og overdragelse av kontrakten anses ikke som samtykke.

Overdragelse av minst 50 % av aksjene, selskapsandelene eller eierinteressene hos leietaker ansees som overdragelse av kontrakten. Det samme gjelder leietakers skifte av selskapsform.

Det regnes også som overdragelse av leiekontrakten når aksjer/andeler i selskapet overdras i slikt omfang at leietaker ikke lenger har bestemmende

innflytelse over selskapet. Leietaker skal på forespørsel gi opplysninger bekreftet av leietakers revisor om slik overdragelse.

Enhver selskapsmessig endring som vesentlig forringer leietakers økonomiske stilling overfor utleier, gir utleier anledning til å si opp leiekontrakten.

## 10 LEIETAKERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- a) Leietaker skal behandle lokalene og eiendommen for øvrig med tilbørlig aktsomhet. Han plikter å erstatte all skade og mangler som skyldes ham selv eller folk i hans tjeneste, fast eller tilfeldig, samt fremleietakere, kunder, leverandører og/eller andre personer som han har gitt adgang til lokalene eller eiendommen for øvrig. Erstatningsplikten omfatter også utgifter som måtte følge av utrydding av utøy.
- b) Lokalene må ikke brukes på en måte som forringer eiendommens om-dømme eller utseende eller ved støv, støy, lukt, rystelse eller på annen måte sjenerer andre leietakere eller naboer.
- c) Leietaker plikter å følge gjeldende ordensregler, brann/rømningsinstruks samt instruks for heiser og øvrige tekniske anlegg, som til enhver tid gjelder i eiendommen. Knuste ruter i ethvert rom som omfattes av leieforholdet, må straks erstattes med nye. Temperatur i rom med vann- og/eller avløpsrør må være så høy at frostskafer unngås.
- d) Leietaker kan ikke uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke benytte eiendommens fellesarealer til egen eksponering (for eksempel salg, oppslag og lignende).
- e) Medfører virksomheten forhøyelse av eiendommens forsikringspremier eller faste avgifter, plikter leietakeren selv å betale forhøyelsen. Leietaker plikter å melde til utleier ethvert forhold og/eller endring i virksomheten som kan få følger for eiendommens forsikringspremie.
- f) Leietakeren plikter å innhente alle nødvendige tillatelser for sin bruk av lokalene. Krav eller pålegg fra arbeidstilsyn, brannvernsbestemmelser, sivilforsvar eller annen offentlig myndighet, foranlediget av den virksomhet som drives i lokalene, er leietakers ansvar.
- g) Leietaker plikter å delta i eiendommens fellesordning for bortkjøring av avfall. Utgifter hermed inngår i eiendommens fellesutgifter. Avfall av ekstraordinært omfang eller karakter, herunder også fettutskiller og oljeutskiller m.v. til eget bruk, må leietaker selv besørge fjernet for egen regning. I motsatt fall vil utleier la avfallet fjerne for leietakers regning.
- h) Leietaker plikter å gi utleier adgang til lokalene i kontor-/forretningstid alle dager, for ettersyn, reparasjon, vedlikehold, taksering o.l. Ønsker utleier å utføre de nevnte gjøremål, skal han påse at disse blir til minst mulig ulempe for leietaker, og skal om mulig varsle leietaker på forhånd. Dersom det anses nødvendig for å forebygge eller begrense akutt skade på eiendommen, har utleier rett til å skaffe seg adgang til lokalene.

- i) Leietaker plikter å delta i eventuell skiltordning, og skal selv bekoste eget firmanavn påført.
- j) Leietakeren har ansvaret for og bærer kostnader ved vedlikehold av de leide lokaler, herunder fornyelse av tapet og gulvbelegg og annen oppussing og istandsetting innvendig, overflatebehandling av gulv, vegger og tak. Videre omfatter vedlikeholdsplikten ledninger og innretninger som hører til forsyning med og avløp for vann, gass, varme og elektrisk strøm fra egen sikringstavle til lampepunkter og stikkontakter samt tele- og datakabler, ventilasjons- og kjøleanlegg, brann- og varslingsanlegg, inngangskontroll o.l. dersom dette ikke er ivaretatt av utleier via fellesutgifter. Offentlige pålegg i relasjon til ovenstående inngår i krav til tekniske løsninger og utførelse.
- k) Leietakeren har ansvaret for umiddelbart å utbedre skader etter innbrudd/tyveri i de leide lokaler inkludert inngangsdører, vinduer, låser o.l. Leietaker må selv tegne forsikring som dekker disse elementer
- l) Alt arbeid leietakeren plikter å utføre, skal foretas uten ugrunnet opphold og på en håndverksmessig forsvarlig måte.
- m) Oppfyller ikke leietakeren disse forpliktelsene, kan utleier, etter skriftlig varsel med 14 dagers frist, utføre vedlikeholdsarbeidene for leietakerens regning.

## 11 ENDRING AV LOKALE/SKILTING

Leietaker kan ikke uten utleiers skriftlige samtykke foreta forandringer i lokalet eller på eiendommen for øvrig. Slikt samtykke kan gis på betingelse av at forandringene tilfaller utleier uten godtgjørelse ved leieforholdets slutt, eller at leietaker setter lokalene tilbake til opprinnelig stand.

Det kreves ikke utleiers samtykke til utføring av tiltak som faller inn under vedlikeholdsplikten etter denne kontrakt.

Skilter o.l. må ikke settes opp uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Dette gjelder så vel skilter på fasade, tak, arkader, utvendige ganger, parkeringsplasser o.l. Utleier kan kreve at utforming og plassering av skilt skal skje i henhold til en felles skiltplan for eiendommen. Dersom slik godkjenning gis, er leietaker ansvarlig for å innhente de nødvendige offentlige tillatelser.

Leietakeren bærer alle omkostninger i forbindelse med de forandrings- og installasjonsarbeider han ønsker utført, inkludert drifts- og vedlikeholdskostnader samt ajourføring av teknisk dokumentasjon.

## 12 UTLEIERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- a) Utleieren skal sørge for at lokalet stilles til leietakers disposisjon i samsvar med de krav som følger av leiekontrakten.
- b) Det påhviler utleier å bekoste utvendig bygningsmessig vedlikehold. Likeledes utskifting av tekniske innretninger, slik som heiser, ventilasjonsanlegg og fyringsanlegg.
- c) Utleier er berettiget til å foreta alle arbeider som måtte være nødvendige til eiendommens forsvarlige vedlikehold eller fornyelse, og til i samme utstrekning å foreta ethvert forandringsarbeid såvel i som utenfor de leide lokaler. Utleier har rett til å sette opp felles anvisningsskilt. Leietakeren plikter å medvirke til at ledninger, kanaler, rør, o.l. til andre deler av eiendommen, kan føres gjennom det leide lokalet.
- d) Leietakeren plikter å avfinne seg med slike arbeider uten erstatning eller avslag i leien, med mindre ulempene for ham er vesentlige.

## 13 LEIETAKERS AVTALEBRUDD - UTKASTELSE

Blir den avtalte husleie samt fellesutgifter/tilleggsytelser i henhold til punkt 5, ikke betalt innen 14 dager etter at skriftlig påkrav har funnet sted på eller etter forfallsdag, vedtar leietaker at han kan kastes ut uten søksmål etter tvangsfullbyrdelseslovens § 13-2, tredje ledd, litra a). Flytter ikke leietaker når leietiden er ute, vedtar han likeledes at han kan kastes ut uten søksmål etter tvangsfullbyrdelseslovens § 13-2, tredje ledd, litra b).

En leietaker som blir kastet ut eller flytter etter krav fra utleier på grunn av mislighold eller fraviker lokalene som følge av konkurs, plikter å betale leie for den tid som måtte være igjen av leietiden, med fradrag av det utleier måtte få inn ved ny utleie. Leietaker må også betale de omkostninger som utkastelse, søksmål og rydding/rengjøring av lokalene fører med seg, samt utgifter til ny utleie. I tilfelle av fraflytting på grunn av mislighold får punkt 14 tilsvarende anvendelse.

## 14 FRAFLYTTING

- a) Før leieforholdets opphør skal det avholdes en felles befaring mellom leietakeren og utleier for å fastlegge eventuelle nødvendige arbeider for å bringe lokalene i den stand de skal være ved tilbakelevering.
- b) Leietakeren skal ved fraflytting tilbakelevere de leide lokaler ryddiggjort, rengjort, med hele vindusruter og for øvrig i kontrakts- og håndverksmessig forsvarlig vedlikeholdt stand. Samtlige nøkler skal tilbakeleveres.
- c) Endringer i lokalet som leietaker har foretatt, og fast inventar, ledninger, o.l. som leietakeren har anbrakt eller latt anbringe i lokalene, må ikke fjernes med mindre annet er avtalt. Slikt inventar tilfaller utleier uten godtgjørelse.

- d) Forhold som leietaker ikke har utbedret, kan utleier la utbedre for leietakerens regning.
- e) I de siste 6 måneder før fraflytting har utleieren rett til å sette opp skilt på fasaden med informasjon om at lokalene blir ledige. I samme periode plikter leietakeren, etter forhåndsavtale med utleier, å gi leiesøkende adgang til lokalene 2 dager pr.uke i kontor/forretningstiden.
- f) Senest siste dag av leieforholdet skal leietakeren på egen bekostning fjerne sine eiendeler. Eiendeler som ikke fjernes, skal anses etterlatt, og tilfaller utleier etter 14 dager. Slike eiendeler og søppel kan utleier fjerne for leietakers regning.

## 16 FORSIKRING

Hver av partene holder sine interesser i forbindelse med leieforholdet forsikret.

Utleier har ikke ansvar for skader eller tap som måtte oppstå ved brann, vannledningsskade mv., ut over det som dekkes av de forsikringer utleier har som huseier.

Leietaker forsikrer egen bygningsmessig innredning, fast og løst inventar, løsøre, maskiner, varer, driftstap og ansvar. I tillegg til egne interesser, skal leietakere tegne og dekke forsikring av dører og vinduer m.v. i leieobjektet, Leietakers forsikring skal være slik utformet at utleier holdes skadesløs i forbindelse med skader som oppstår i de leide lokaler eller på annen måte som følge av leieforholdet. Skade påført leietakers medkontrahenter eller øvrige tredjemenn som følge av avbrudd, forsinkelser eller oppgjør i henhold til dette punkt, er leietakers ansvar.

Utleier kan kreve at leietaker legger frem forsikringsbevis med vilkår.

## 17 UTLEIERS AVTALEBRUDD – ERSTATNINGSANSVAR OG HEVING

Leietaker kan kreve erstatning for direkte tap som følge av forsinkelse eller mangler som skyldes feil eller forsømmelse fra utleiers side. Tilfeldige avbrudd/uregelmessigheter i forsyninger av vann, strøm, luft, oppvarming etc. plikter leietaker å tåle uten erstatning eller leiereduksjon. Direkte tap pga forsinkelse eller mangler som ikke skyldes feil eller forsømmelse fra utleiers side kan ikke kreves erstattet. Indirekte tap dekkes ikke i noen tilfelle. Erstatning utover størrelsen på et kvartals leie kan bare kreves når forsinkelsen eller mangelen skyldes grov uaktsomhet fra utleiers side. Denne bestemmelsen gjelder både forsinkelser/mangler på overtakelsestidspunktet og mangler i leieperioden.

Dersom leietaker ønsker å påberope vedvarende eller gjentatt mislighold fra utleiers side som grunnlag for heving, krever dette skriftlig forhåndsvarsling om at avtalen kan bli hevet om misligholdet ikke opphører.

## 18 BRANNMESSIGE FORHOLD

Utleier er ansvarlig for at bygningen tilfredsstiller offentlige forskrifter og pålegg.

Leietaker er ansvarlig overfor alle offentlige myndigheter for at hans drift tilfredsstiller de til enhver tid gjeldende lover, instruksjoner og pålegg. Dette inkluderer:

- a) Alle rømningsveier skal til enhver tid holdes ryddige
- b) Ansatte skal utføre brannøvelser og opplæring.
- c) Egenkontroll av brannsikkerhet skal utføres.
- d) Alle ombygninger skal utføres i henhold til offentlige forskrifter og krav.
- e) Utleier skal umiddelbart varsles dersom det oppdages uregelmessigheter i forbindelse med anlegg eller rutiner.

## 19 TINGLYSING / PANTSETTELSE

- a) Leiekontrakten kan ikke tinglyses uten utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag. Samtykker utleier, skal leietaker dekke omkostninger forbundet med tinglysingen. Videre skal leiekontrakten, dersom samtykke til tinglysing gis, ikke ha opptrinnsrett, og den skal vike prioritet for nye pengeheftelser som måtte bli tinglyst på eiendommen. Leietaker gir utleier ugjenkallelig fullmakt til å besørge den tinglyste leiekontrakten slettet på det tidspunkt leieforholdet opphører. Kostnader forbundet med slettingen dekkes av leietaker.
- b) Leiekontrakten kan ikke pantsettes uten utleiers skriftlige samtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag. Samtykker utleier, kan utleier stille vilkår for pantsettelsen. Leietaker gir utleier ugjenkallelig fullmakt til å besørge pantsettelsen slettet på det tidspunkt leieforholdet opphører.

## 20. FORHOLDET TIL HUSLEIELOVEN

Følgende bestemmelser i husleieloven gjelder ikke: §§ 2-15, 3-5, 3-6, 3-8, 4-3, 5-4 første ledd, 7-5, 8-4, 8-5, 8-6 annet ledd, 9-2 og 10-5. For øvrig er det avtalen som gjelder i de tilfeller der den har andre bestemmelser enn hva som følger av husleielovens fravikelige regler.

Husleieloven gjelder i den utstrekning denne kontrakt ikke regulerer forholdet. Følgende bestemmelser i kontrakten gir leietaker færre rettigheter eller flere plikter enn husleielovens bestemmelser: punkt 4-9-10-12-14.

Ved eventuell motstrid mellom leiekontrakt og vedleggene, gjelder leiekontrakten.



## 21. VEDLEGG

Intensjonsavtale

Romprogram

Teknisk program

Felleskostnadsoversikt

Plantegninger, antall (stk.)

Tegning utomhus

Dokumentasjon av underskrift/firmaattest (kopi av førerkort el.lignende)

## 22. VERNETING

Partene vedtar eiendommens verneting i alle tvister som gjelder leieforholdet.

Denne kontrakt er undertegnet i 2 eksemplarer, hvorav leietaker og utleier beholder hvert sitt.

## STED/DATO

## SIGNATUR

Senest ved underskrift av leieavtalen skal leietaker fremlegge legitimasjon og firmaattest som bekrefter at representant for leietaker er signaturberettiget.

Oslo, den \_\_\_\_\_

Oslo, den \_\_\_\_\_

**Utleier**  
**OBOS Forretningsbygg AS**

**Leietaker**  
**Oslo universitetsykehus HF**

\_\_\_\_\_

## Felleskostnader

Følgende definisjoner i NS 3422 legges til grunn for å være dekket av felleskostnadsbegrepet:

Pkt. 3.14 VEDLIKEHOLD: "Tiltak som er nødvendig for å opprettholde en bygning eller et anlegg på et fastsatt kvalitetsnivå".

Pkt. 3.14.1. TILSTANDSBASERT VEDLIKEHOLD: "Tiltak for å fange opp behov for å gjennomføre vedlikehold før det oppstår skader".

Pkt. 3.14.2 LØPENDE VEDLIKEHOLD: "Tiltak for å rette på tilfeldige skader. Ikke planlagte utskiftninger av deler eller komponenter".

Pkt 3.14.3 PERIODISK VEDLIKEHOLD: "Vedlikehold med regelmessige intervaller. Planlagte utskiftninger av deler eller komponenter".

<p><b><u>Avgifter/Faste avtaler</u></b></p> <p>Feieavgift Heiskontrollavgift Kloakkavgift Renovasjonsavgift Vannavgift Strøm i felles/utearealer Abonnement alarmoverføringer Abonnement, alarm og dataoverføring Telefonabonnement, alarmer og dataoverføring Kantine</p> <p><b><u>Energi</u></b></p> <p>Elektrisitet, fjernvarme olje, eller annen form for oppvarming i fellesareal El. Til drift av eiendommens tekn. Anlegg, belysning i fellesarealer, samt utebelysning</p> <p><b><u>Renhold/renovasjon</u></b></p> <p>Avfallscontainere/komprimatorer, leie, -kjøring og tømming Feiing/renhold utearealer og grønntanlegg Renhold i fellesarealer Hovedrengjøring, boning etc. Matter i fellesareal Snømåking/Strøing/Bortkjøring Skadesdyrkontroll/tiltak Fjerning av tagging/grafitti</p>	<p><b><u>Service/Vedlikehold</u></b></p> <p>Adgangskontroll/alarmanlegg Anlegg for sentral driftskontroll Brannalarmanlegg, markerings- og ledelys Brannokumentasjoner/brannøvelser Driftsmateriell, forbruksmaterieell Elektroanlegg, elektrokjel Fellesanlegg strøm Fyringsanlegg, kjøleanlegg Gårdstelefon, ringeklokker Grøntanlegg, parkeringsplasser Grunnvannspumper Heis Låsesystemer, porter, dører, skallsikring Nøkkelbokser Sanitæranlegg/røranlegg Slokkeapparater, sprinkleranlegg Solavskjerming (utvendig) Styring og kontrollsystemer Telefon til brannvarsling og alarmer Vannbehandling, varmekabler Ventilasjons- og klimaanlegg</p> <p><b><u>Vaktmester/Vakthold</u></b></p> <p>Tilsyn av bygget, inkl. tekn. anl. Vaktmestertjenester Vaktttelefon 24 t. (utrykninger) Vakthold, vektertjenester Adm. adgangskontroll Alarmutrykninger, brann, innbrudd, heis m.m.</p>
--	--

Det beregnes et administrasjonspåslag på 4 % av leierens andel av kostnadene. iht. ovennevnte punkter.

## Vedlegg: Lønnsomhetsberegninger Alternativ 2 – BUP/DPS inkl. råbygg

### Forutsetninger for beregninger:

Et årsverk = 600 000,-.

Fremtidig tilleggsarealer er priset til 2 000,- pr kvm.

1500 kvm døgn

1000 kvm DPS

250 kvm BUP

Driftsutgifter eide arealer 600,- pr kvm.

100,- pr kvm renhold

250,- pr kvm drift av teknisk anlegg

250,- pr kvm energi: strøm/fyring

Driftsutgifter leide arealer (OSS) – 350,-

100,- renhold

250,- strøm/fyring

Transport:

750 000,- 1 årsverk transport/kjøretøy

I tabellen under er det foretatt en lønnsomhetsberegning av prosjektet – Alt. 2. Forutsetningene i tallmaterialet er det redegjort for ovenfor.

<b>Kvalitet på investeringsbeløp</b>	3
<b>Kvalitet på økte driftskostnadsbeløp</b>	3
<b>Kvalitet på gevinstbeløp</b>	2
<b>Kvalitet på periodisering av beløp</b>	3

Netto kontantstrøm (ikke diskontert)

kr 33 253 500

Nåverdi - (kontantstrøm diskontert med internrente)

kr 27 326 702

Rente benyttet til diskontering (eks risiko knyttet til kvalitet på beløpsstørrelser)

2 %

Kostnad - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
<b>Teknisk brukerstyr OUS (Forutsetter 50% gjenbruk)</b>	10 000 000										
<b>Brukerutstyr (Forutsetter 50% gjenbruk fra fraflyttede arealer)</b>	15 000 000										
<b>Sum</b>	<b>25 000 000</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kostnad - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Leiepris Mortensrud DPS alt 1 (kontrakt på 10år)		33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000	33 401 000
Fellesutgifter ca 313,- pr kvm inkl mva		4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000
Kostnader knyttet til energi. renhold, vaktmester etc - OSS		3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000
Dagens leiekontrakter - BUP/DPS (8743 kvm)		-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000	-16 600 000
Bortfall av fremtidig behov for leie av tilleggsarealer fra og med 2017 - DPS (Døgn/pol: 2500kvm)		-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000
Bortfall av fremtidig behov for leie av tilleggsarealer fra og med 2015 - BUP (Døgn/pol: 250kvm)		-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000
Årsverkeffektivisering 4 årsverk BUP		-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000	-2 400 000
Årsverkeffektivisering 7 årsverk DPS		-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000	-4 200 000
Årsverkeffektivisering 18 årsverk Netto Dikemark/SO DPS		-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000	-10 800 000
Driftskostnader fremtidig behov for tilleggsarealer - 2750 kvm		-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500	-962 500
Dagens Driftskostnader - Dikemark 537 kvm (600,- pr kvm)		-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200	-322 200
Dagens Driftskostnader BUP/DPS Leide arealer: 8743 kvm (350,- pr kvm)		-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050	-3 060 050
innsparing reise transport (Dikemark, DPS)		-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000	-100 000
FDV (600,- pr.kvm) eide bygg - Bogerudveien 15 - 2826 kvm		-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600	-1 695 600
Redusert transportutgifter - færre adresser Kilometer/Tid/Årsverk transport/kjøretøy		-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000	-750 000
<b>Sum</b>	<b>-</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>	<b>-5 585 350</b>
Inntekt - Endring kontantstrøm (inkl. mva)	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Økte parkeringsinntekter (50 plasser av 400 pr.mnd)		240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000
<b>Sum</b>	<b>-</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>	<b>240 000</b>
Endring inntekt inkl. mva	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
<b>Endring inntekt inkl mva andre klinikker</b>											
Sum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endring kontantstrøm	År 0	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Netto kontantstrøm (ikke diskontert med internrente)	-25 000 000	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350	5 825 350
Nåverdi av kontantstrøm (diskontert med internrente)	-25 000 000	5 711 127	5 599 145	5 489 357	5 381 723	5 276 199	5 172 744	5 071 318	4 971 880	4 874 392	4 778 816

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: 18. oktober 2012

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Leder direktørens kontor

---

## SAK 76/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

**Følgende legges frem til orientering:**

1. Drift
  - Orientering om prosjektet Felles Klinisk Informasjonsgrunnlag og milepæl 5
2. Forskning
3. Rettstvister – status per d.d.
4. Mediebildet
  - Medieomtale - 1.juni – 5.september 2012
  - Omdømme 2 kvartal 2012
5. Referater
  - Utkast til protokoll fra Helse Sør-Øst styremøte 21. september (vedlegg)
  - Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 17. september (vedlegg)

**Innledning**

Fredag 28. september ble Nina Grønvold Tangnes utnevnt som statssekretær for helseminister Jonas Gahr Støre og jeg vil benytte anledningen til å takke Nina Grønvold Tangnes for innsatsen som styremedlem ved Oslo universitetssykehus. Helseministeren var for øvrig på besøk ved Oslo universitetssykehus mandag 15. oktober. Han fikk da korte omvisninger ved noen avdelinger (barn, kreft, transplantasjon, dialyse, geriatri og akutt- og traumebehandling) på Rikshospitalet og Ullevål, og benyttet deretter anledningen til eget møte med 5 tillitsvalgte, hovedverneombud og leder av brukerutvalget. Gahr Støre ble samtidig invitert til å besøke Samhandlingsarena Aker ved en snarlig anledning.

**1. Drift****Orientering om prosjektet Felles Klinisk Informasjonsgrunnlag (FKI) og milepæl 5 (M5)**

Produksjonssetting M5 ble avsluttet iht. revidert fremdriftsplan helgen 12.-14.oktober (noen timer forsinket ift plan). Produksjonssettingen har vært vellykket og sykehuset var i normal drift mandag morgen. Pasientbehandlingen ble gjennomført som planlagt. Prosjektet er nå over i en stabiliseringsfase på ca. 2 uker. Enkelte alvorlige feil er avdekket. Det er kontroll på omfanget og konsekvensene av disse feilene. Leverandørene har rettinger på flere av disse feilene og det tas fortløpende stilling til når feilene rettes i produksjonsmiljøet. Det er i tillegg identifisert andre feil, men med lavere kritikalitet.

Positive tilbakemeldinger fra brukerstøtte funksjonen, ca. 400 besvarte henvendelser i løpet av første dag i produksjon. Det har stort sett kommet positive tilbakemeldinger fra avdelingene. Prosjektet jobber videre med gjennomføringsplan for første feilrettingsrealese. Det er planlagt formell overlevering til linke i Sykehuspartner/Oslo universitetssykehus HF innen onsdag 31. oktober.

**2. Forskning**

Oslo universitetssykehus sendte den 3.10.2012 en henvendelse til Helse Sør-Øst vedrørende IKT-støtte til forskning, der det er økende bekymring for leveringsdyktighet og kompetanse i Sykehuspartner for nødvendige IKT-støttefunksjoner for forskning. Det er problemer med tjenesteleveranser knyttet til bestillingsrutiner, prosjekter/endringer, driftsoppgraderinger, utstyr, systemforvaltning/programvare, brukerstøtte, teknisk support, stabilitet og kvalitet. Problemene er sammensatte og involverer både Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.

Det er både kortsiktige og langsiktige behov som må søkes løst for at OUS skal kunne opprettholde sine forskningsforpliktelser. I brevet fra Oslo universitetssykehus foreslås videre prosess og tiltak. Det vises også til styresak om Ledelsens gjennomgang, der IKT-støtte til forskning er fremhevet som et risikoområde. Sykehusets IKT-utvalg støtter bekymringen.

### **3. Rettstvister – status per d.d.**

#### Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene.

Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18-19. oktober.

#### Forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav fra tidligere ansatt.

Saken er berammet for lagmannsretten i 2013. Sykehuset fikk i tingretten medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

#### Gjengjeldelse etter varslings i arbeidsforhold m.m.

Sykehuset er stevnet av tidligere ansatt. Saken gjelder påstand om gjengjeldelse fra arbeidsgiver etter varslings av kritikkverdige forhold i pasientbehandling. Gjengjeldelsen skal være knyttet til ulike forhold ad. spesialisering. Saken fikk sin løsning gjennom rettsmekling 25. september.

#### Pasientskadesak

Sykehuset er stevnet av pasient med krav om oppreisning/erstatning. Kravet er knyttet til påstand om feilbehandling. Saken har vært behandlet og avslått av NPE og Pasientskadenemnda. Saken er berammet for retten 23-24. oktober.

#### Oppsigelsessak

Sykehuset er stevnet av en ansatt etter oppsigelse. Tvisten står om oppsigelsen er usaklig og ugyldig. Saken er berammet i februar 2013.

#### Kontraktsforhold - entreprise

Sykehuset har tatt ut forliksklage mot en entreprenør. Gjelder entreprisesak og uenighet om ansvar for prosjekteringsfeil i KIS bygget.

#### Kollektive arbeidsrettssaker:

I tillegg foreligger det tre kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til

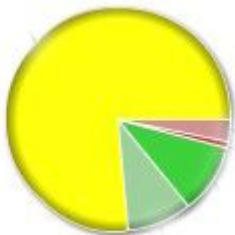
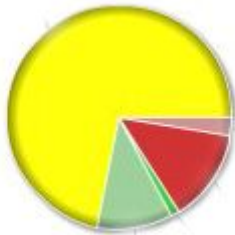
uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken er berammet til primo januar 2013.

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket. Hovedforhandling ble avvirket 19-20. september og dom forventes.

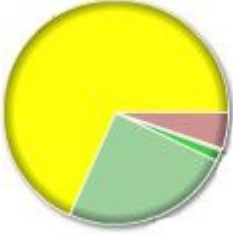
Den norske legeforening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om forståelse av overenskomstens del A2 og overenskomstens del B vedrørende adgangen til å inngå hjelpeplaner om sommeren. Konkret er forholdet knyttet til hjelpeplan sommeren 2011 ved Gynekologisk avdeling, Kvinne-barn. Spekter vil føre saken på vegne av foretaket. Saken er ennå ikke berammet.

#### 4. Medieomtale - 1.juni – 5.september 2012

Antall saker i mediene har økt fra 922 i august, til 1433 i september, totalt 3822 for hele perioden. Oktober ligger så langt an til å få flere mediasaker enn tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-14. oktober 2012	805		Positiv: 19 Nøytral: 77 Negativ: 4	Det foreløpig høye antallet nøytrale saker er i forbindelse med skifte av statsråd
September 2012	1433		Positiv: 12 Nøytral: 72 Negativ: 16	Det økende antallet nøytrale saker er knyttet til de mange sakene om Ahus hvor Ous nevnes i mange av sakene uten å spille noen hovedrolle i majoriteten av



				sakene.
August 2012	922		Positiv: 26 Nøytral: 68 Negativ: 6	Det høye antallet nøytrale saker er oppslag der sykehuset bare er nevnt i en sammenheng, for eksempel ved pasientskader.

Mediebildet ble i perioden preget av ventetider på hareskårsoperasjoner, bemanningssituasjonen ved Ahus der også OUS har en rolle, budsjettkutt, et stengt sykehuskjøkken, en kollapset fotballspiller og sykehuset ble politianmeldt etter at 92-åring ble sendt hjem midt på natten.

#### Ventetider på hareskårsoperasjon

September startet med et kortvarig kraftig fokus på at unge må vente lenge på hareskårsoperasjoner. Det rettes kraftig kritikk mot at ungdom må vente med den siste operasjonen i en periode da de er veldig sårbare i forhold til utseende. Sykehuset blir ikke syndebukken, men det er likevel ingen positiv sak.

#### Bemanningsproblemer ved Ahus

I september var det stort fokus på flere feilbehandlinger ved Ahus. De forklarer dette med bemanningsproblemer som blir trukket tilbake til overføring av pasienter mellom Aker og Ahus, og personell som da skulle fulgt pasientene. Det kom ikke nok personell fra OUS og Ahus ble med det underbemannet. OUS er nevnt i de fleste sakene, men spiller aldri noen sentral rolle. Kritikken blir rettet oppover i systemet av tidligere administrerende direktør som peker på statsråden som ønsket å gjøre det hele raskere enn OUS hadde kapasitet til. Disse sakene utgjør en stor andel av de nøytrale sakene denne måneden, men gjør trolig ikke noe utslag omdømmemessig.

#### Budsjettkutt

Den største andelen negative saker i september er knyttet til budsjettkutt. Mange av de store redaksjonene, med NRK i spissen, melder at OUS må kutte 700 millioner kroner neste år. Sykepleierforbundet mener et slikt kutt vil føre reduksjon i antall ansatte og er bekymret for pasientsikkerheten.

#### Stengt sykehuskjøkken

Meldingen om at kjøkkenet på Rikshospitalet hadde vært stengt en periode spredte seg raskt. Selv om det i saken ble påpekt at feilene ble rettet raskt og at kjøkkenet var stengt over kortere tid står ikke det sentralt i saken. Meldingen spredte seg via NTB til de fleste av landets redaksjoner. Saken forsvant imidlertid raskt fra mediebildet.

Kollapset fotballspiller

Sykehuset var nevnt i mange saker da fotballspilleren Pål Strand kollapset på trening og ble sendt til Ullevål. I noen få av sakene som kom frem var det noen positive omtaler, "Er i de beste hender på Ullevål", men stort sett var det fokus på spilleren og omtalen blir derfor nøytral for sykehusets side.

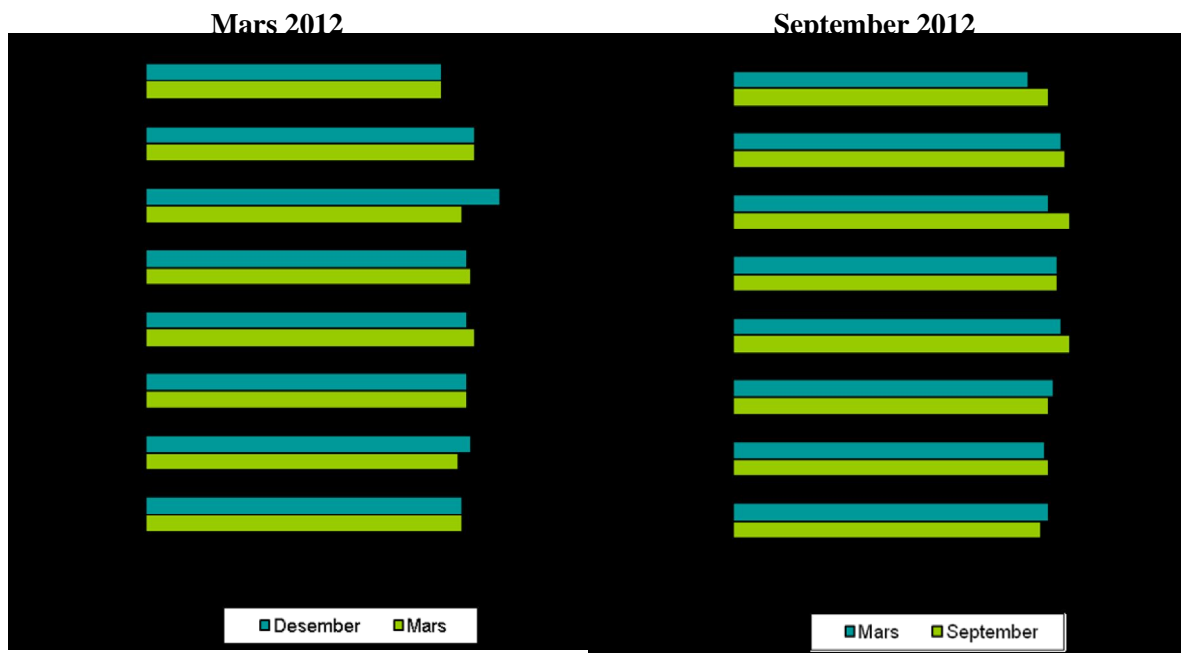
92-åring sendt hjem midt på natten

Det skapte stor furor i flere medier da det kom frem at en 92 år gammel dame hadde blitt sendt hjem fra Øyeavdelingen midt på natten uten forsikring om tilstrekkelig tilsyn på hjemmebane. Sykehuset legger seg flate og ber om unnskyldning, men det kommer i liten grad frem da både pårørende og ordfører Fabian Stang går inn i saken og hevder at dette er uakseptabel behandling av gamle mennesker, og Carl I Hagen politianmelder sykehuset. Det etterlatte inntrykket er at sykehuset sender hjelpeløse eldre alene hjem midt på natten.

**Omdømme 2 kvartal 2012**

Hvert kvartal siden januar 2011 har Helse Sør-Øst, ved hjelp av meningsmålingsbyrået respons, gjennomført en undersøkelse blant befolkningen i regionen.

Andel med meget eller ganske stor tiltro til spesialhelsetjenesten brutt ned på sykehusområdene i Helse Sør-Øst viser at Oslo er oppe på over 80% igjen etter et tillitstap i mars i år, da det er sannsynlig at ventelistesaken hadde stor, negativ innvirkning på befolkningens tillit til sykehuset sitt.

**5. Referater**

- Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 21. juni (vedlegg)
- Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 17. september (vedlegg)

## Møtereftrat

Møtetema: Brukerutvalget

Til:

Kopi:

Dato dok: 19.9.2012

Dato møte: 17.9.2012

Referent: Hummera Iqbal

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), John Bjørnøy, Veslemøy Ruud, Dag A. Omholdt, Lilli-Ann Stensdal, Jon Storaas (16:30), Faridah Shakoor, Heine Århus, Grete Muller, Kolbjørn Forfang

Forfall: Arve Nordlie, Richard Madsen, Shoaib Sultan

Ledelsen: Bjørn Erikstein ; sak 056 og 057, Tove Strand og Eva Bjørnsborg

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold	Ansvar	Frist
051-2012	<b>Godkjenning av referat 18.6.2012</b> Referatet ble godkjent.		
052-2012	<b>Vakt på to forskjellige sykehus v/ Terje Rootwelt</b> Spesialisert kirurgi, som nevrokirurgi, hjertekirurgi, tumorkirurgi og transplantasjonskirurgi hos barn har lenge kun foregått på Rikshospitalet (RH).  Det var tidligere egen barnehjertevakt både på RH og Ullevål (U). Etter at all behandling av barn med kjent medfødt hjertefeil ble samlet på RH, har man fra ca 20. juni 2012 hatt en felles vaktordning for barnehjerte som i hovedsak har ansvar for barn innlagt på RH med medfødt hjertefeil, men som også kan tilse for eksempel nyfødt som fødes på Ullevål og som har mistanke om en tidligere ikke erkjent medfødt hjertefeil. Denne sammenslåing av to vaktordninger har medført at man bruker relativt mer av legenes tid på å være til stede på dagtid. Samlingen har styrket fagmiljøet og har gitt et bedre faglig tilbud til samlet pasientbehandling for barn med medfødt hjertefeil. Utfordringene i forhold til en sjelden mulighet for samtidighetskonflikt og i forhold til transporter av nyfødte med medfødt hjertefeil fra U til RH, er vurdert og forsvarlig håndtert i nye rutiner.		

053-2012	<p><b>Strategi brukermedvirkning v/ Eva Bjørnsborg og Nina Adolfsen</b></p> <p>Alle i brukerutvalget har kommet med gode innspill til strategi brukermedvirkning. Eva Bjørnsborg presenterte utkast nr. 5 medvirkningsstrategi. Utkastet blir sendt til brukerutvalget og brukerutvalget har ansvar for å distribuere det videre i sine klinikkens brukerråd for å få flere innspill til strategien.</p> <p>Alle innspill sendes til Hummera Iqbal innen 12.10.2012.</p>		
054-2012	<p><b>Kvalitet i sykehus, Notat fra Kolbjørn Forfang</b></p> <p>Kvalitet har mange forskjellige aspekter: Administrativ kvalitet, medmenneskelig og medisinsk kvalitet (se vedlegg). Brukerutvalget må bruke dette i sitt kvalitetsarbeid og spesielt i klinikkens kvalitetsråd.</p>		
055-2012	<p><b>Saker til styremøte:</b></p> <p>Det har vært mangelfull brukerrepresentasjon, brukermedvirkning har vært med i veldig liten grad. Brukerutvalget må komme inn i de neste rundene hvor det står reel brukermedvirkning.</p>		
056/2012	<p><b>Budsjett 2013 og ØLP v/direktøren</b></p> <p>Direktøren informerte om budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan.</p> <p>Diskusjon:</p> <p>Brukerutvalget er bekymret for pasientene og spesiell bekymring for pasientene i medisinsk klinikk.</p>		
057-2012	<p><b>Administrerende direktør sin time:</b></p> <p>Det blir felles elektronisk pasient journal for Ullevål, Riks og Radiumhospitalet fra 15. oktober. Alle prøvesvarene kan leses felles.</p> <p>Spørsmål om personvern:</p> <p>Personvernet for pasienter er fastsatt i loveverket. Direktøren sender skriftlig informasjon til alle i brukerutvalget.</p> <p>Nivå3 ledersamling er den 18.9.2012. Nina Adolfsen og Kolbjørn Forfang deltar.</p>		
058-2012	<p><b>Oppfølging av mål- brukerrådene:</b></p> <p>Gjennomgikk mål 2012 fra oppdragsdokumentet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvert brukerråd har konstituert en leder som er brukerrepresentant.</li> <li>• Brev med dato for innkalling i første brev til pasient.</li> <li>• Behandlingslinjer</li> <li>• Kvalitetsutvalg</li> <li>• Overflyttinger</li> <li>• Involvert i nedbemanning i klinikk</li> <li>• Være med i prioriteringsdebatten for</li> </ul>		

	<p>OUS/fagstrategi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientsikkerhetskampanjen</li> </ul> <p>Alle følger opp målene i sine brukerråd.</p>		
059-2012	<p><b>Brukerrepresentantenes deltagelse i prosjekter, konferanser etc.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representanter fra brukerrådene sender de viktigste sakene fra møtene/ møtereferatene til koordinator for brukerutvalget: Hummera Iqbal, så sørger hun for at de blir videresendt til alle i brukerutvalget for innspill. Deretter kan brukerutvalget få en sluttrapport på dette.</li> <li>• Shoaib Sultan og Kolbjørn Forfang er med i fagstrategi ved OUS.</li> </ul>		
060-2012	<p><b>Frafall av utvalgets medlemmer til oppnevnte råd og utvalg v/ Eva Bjørnsborg</b></p> <p>Det er viktig at de som har meldt seg til å sitte i råd og utvalg kan møte. Representanten avtaler selv med vara hvis de ikke kan møte. Shoaib Sultan og Lilli-Ann Stensdal sitter som brukerrepresentant i LMS- forum og John Bjørnøy som vara medlem.</p> <p>Oppnevnte vara møter på alle møtene.</p>		
061-2012	<p><b>Valg av representanter til fagprosedyre og ernæringsråd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• John Bjørnøy er ny brukerrepresentant for utvalg av koordinering av fagprosedyrer, behandlingslinjer og pasientinformasjon.</li> <li>• Koordinator for brukerutvalget sender forespørsel til klinikkens brukerråd for representant til ernæringsrådet.</li> </ul>		
062-2012	<p><b>Orienteringer v/ Eva Bjørnsborg</b></p> <p><b>1. Etablering av ungdomsråd</b></p> <p>Oslo universitetssykehus er det første sykehuset som har opprettet et ungdomsråd.</p> <p>Ungdomsrådet hadde første møte den 21. juni 2012.</p> <p>De fleste av rådets medlemmer er ungdom og unge voksne med pasienterfaring eller bakgrunn fra frivillige organisasjoner, i alderen 19-25 år.</p> <p>Neste møte i ungdomsrådet: den 21. september 2012.</p>		
063-2012	<p><b>Eventuelt</b></p> <p><b>Ingen meldte saker.</b></p>		

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	Styremøte 21. september 2012
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0800 – 1350

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	styreleder
Ansgar Gabrielsen	nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	
Anita Ihle Steen	Forfall
Dag Stenersen	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Svein Øverland	
Signe Øye	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Geir Bornkessel
Torkel Bache

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konsernrevisor Liv Todnem

---

### Konstituering:

Styreleder varslet ny sak for behandling; sak 061 Supplering av styret i Akershus universitetssykehus.

Administrerende direktør opplyste at det ville bli gitt noen tilleggsorienteringer under administrerende direktørs orienteringer, blant annet om den aktuelle situasjonen ved Akershus universitetssykehus.

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

<b>053-2012</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 21. JUNI 2012</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 21. juni 2012 godkjennes.

<b>054-2012</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JULI 2012</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per juli 2012 til etterretning.

<b>055-2012</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER AUGUST 2012</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per august 2012 til foreløpig orientering. Rapport per andre tertial 2012 behandles i styremøte 25. oktober 2012.

<b>056-2012</b>	<b>REVISJONER AV INTERN STYRING OG KONTROLL I DET PASIENTADMINISTRATIVE ARBEIDET I HELSEFORETAKENE OPPSUMMERINGSRAPPORT OG OPPFØLGING FRA HELSE SØR-ØST RHF</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar oppsummeringsrapporten fra konsernrevisjonen til etterretning.
2. Styret slutter seg til revisjonskomiteens vurdering av at gjennomføring av det pasientadministrative tiltaksarbeidet ved helseforetakene er nødvendig for å

oppnå trygge pasientforløp og for at behandlingsbehovene og rettighetene til den enkelte pasient blir ivaretatt.

3. Styret er kjent med at helseforetakene har eller er i ferd med å iverksette tiltaksarbeid etter de gjennomførte revisjonene, men at forbedringsarbeidet så langt ikke har fått tilstrekkelig effekt. Styret er ikke tilfreds med dette.
4. Styret ber administrerende direktør ha fokus på holdninger, kultur og ledelse for å sikre forståelse og forankring av dette viktige forbedringsarbeidet.
5. Styret forutsetter at det legges til rette for tilstrekkelig og adekvat opplæring og oppfølging i det enkelte helseforetak av alle ansatte som har pasientadministrative oppgaver. Helseforetakets pasientadministrative tiltaksarbeid er et lederansvar. Styret påpeker at det er viktig at ansatte bidrar til kvalitetsforbedring og at avvik meldes og følges opp.
6. Styret ber administrerende direktør følge opp fremdrift og resultat av helseforetakenes arbeid og at det presiseres overfor helseforetakene at forbedringstiltak utarbeidet i regional regi er et supplement til egne tiltak og at det enkelte helseforetak har et selvstendig ansvar for å sikre at pasientenes rettigheter og behandlingsbehov ivaretas.
7. For å bidra til en sikker og trygg pasientadministrasjon gir styret sin tilslutning til administrerende direktørs planer om å videreføre arbeidet i tråd med de regionale anbefalingene. Styret blir informert om status tertialvis.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Ruud Thorkildsen og Øverland:

*Behovet for å styrke den kontorfaglige kompetansen må vurderes. Herunder hvordan autorisert personell med medisinsk kontorfaglig kompetanse kan avlaste annet helsepersonell for pasientadministrative oppgaver gjennom en hensiktsmessig oppgavedeling.*

<b>057-2012</b>	<b>INNFØRING AV NYTT PASIENTADMINISTRATIVT SYSTEM OG ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL (PAS/EPJ) I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG SYKEHUSET TELEMARK HF</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar til etterretning at styrene i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF har vedtatt å innføre DIPS som PAS/EPJ.
2. Styret ser positivt på arbeidet med å standardisere et felles pasientadministrativt system og den elektroniske pasientjournal (PAS/EPJ) regionalt. Styret konstaterer at det gjennom standardisering av de pasientadministrative systemene utvikles bedre rutiner og systembruk som understøtter tiltak identifisert i prosjektet "Glemte av sykehuset".
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette innføring av PAS/EPJ for Sykehuset Telemark HF og Oslo universitetssykehus HF innenfor de økonomiske rammer slik det fremgår av saksfremstillingen.



For Oslo universitetssykehus HF bes administrerende direktør framlegge en sak for styret i løpet av første kvartal 2013 etter at forprosjektet er ferdig. Saken skal presentere:

- Revidert prosjektbudsjett og risikovurdering
- Ekstern kvalitetssikring
- Plan for måloppfyllelse

4. Styret tar til etterretning at adm. direktør vil komme til bake til styret med en egen sak om IKT-strategi og handlingsplan inklusive beslutnings- og gjennomføringsmodell i senere styremøte.

<b>058-2012</b>	<b>KJØP AV FELLES REGIONALT LABORATORIEDATASYSTEM I HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret gir sin tilslutning til at avtale om kjøp av nytt regionalt laboratoriesystem for å standardisere laboratoriemedisinen i regionen gjennomføres.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre kjøpet innenfor rammen synliggjort i denne sak på inntil MNOK 122 fordelt over åtte år, og i henhold til økonomisk langtidsplan styrebehandlet juni 2012 (sak 044-2012).

<b>059-2012</b>	<b>ORIENTERINGSSAK - BEHANDLING AV RAPPORTEN "FELLES SETT AV INDIKATORER FOR REGIONALE HELSEFORETAK: PRODUKTIVITET OG KOSTNADSNIVÅ I SPESIALISTHELSE-TJENESTEN"</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret for Helse Sør-Øst RHF tar fremlagte sak til orientering.

<b>060-2012</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2012</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Afsan Rafiq oppnevnes som nytt styremedlem i Akershus universitetssykehus HF
2. Trond Jensrud oppnevnes som ny nestleder i Akershus universitetssykehus HF
3. Oppnevningen bekreftes i et snarlig foretaksmøte i Akershus universitetssykehus HF

**ANDRE ORIENTERINGER**

1. ADs driftsorienteringer
2. Referat fra Brukerutvalgets møte 20.06.12
3. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 10.09.12
4. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 29.08.12
5. SAMDATA 2012 – status Helse Sør-Øst
6. Brev til HOD om status i arbeidet med tilrettelegging for fast ansettelse av leger i spesialisering
7. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 25.06.12
8. Protokoll fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte 17.09.2012 vedr styresakene 055-2012, 056-2012 og 059-2012.

**TEMASAK**

Temasak vedr. rullering av plan for strategisk utvikling - IKT

Møtet hevet kl. 13:50

Hamar, 21. september 2012

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Turid Birkeland

---

Trine Dønhaug

---

Andreas Kjær

---

Bernadette Kumar

---

Dag Stenersen

---

Svein Øverland

---

Ansgar Gabrielsen  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Terje Bjørn Keyn

---

Irene Kronkvist

---

Anita Ihle Steen  
(fravær)

---

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

---

Signe Øye

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Oslo universitetssykehus HF

### Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi

Vedlegg:

---

### **SAK 77/2012 OMRÅDEPLAN IKT OG DIPS**

Områdeplan IKT og DIPS vil bli presentert i møtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

## Oslo universitetssykehus HF

### Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg:

---

### **SAK 78/2012 STRATEGI FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Status i arbeidet med strategi for Oslo universitetssykehus HF vil bli presentert i møtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein

## Oslo universitetssykehus HF

### Styresak

Dato møte: 25. oktober 2012

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

Vedlegg:

---

### **SAK 79/2012    AREALPLANUTVIKLING**

Status og videre planprosess for utvikling av eiendomsmassen ved Oslo universitetssykehus vil bli presentert i møtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. oktober 2012

Bjørn Erikstein