

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 46/2013 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 19. september 2013

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 5/2013
Dato møte:	26. september 2013
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1.etg., seminarrom 1 og 2.

46/2013	Beslutning :	Godkjenning av innkalling og sakliste
47/2013	Beslutning :	Godkjenning av protokoll 27. juni 2013
48/2013	Orientering:	Rapport per august 2013
49/2013	Orientering:	Budsjett 2014
50/2013	Orientering:	Status investeringer og samlokalisering
51/2013	Beslutning :	Oslo universitetssykehus sine funksjoner ved Oslo legevakt
52/2013	Beslutning :	Overføring av Alderspsykiatrisk seksjon til Diakonhjemmet
53/2013	Orientering:	Tema: Persontilpasset diagnostikk
54/2014	Beslutning :	Salg av eiendommen Montebello Terrasse 15
55/2013	Beslutning :	Erklæring om leders ansettelsesvilkår
56/2013	Orientering:	Eierskap i selskaper
57/2013	Orientering:	Status oppfølging av styresaker
58/2013	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 27. juni 2013

**SAK 47/2013 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 27. JUNI 2013.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. juni 2013.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	27. juni 2013
Dato møte:	27. juni 2013 kl. 8.00-12.20 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken, Tone Skogen

Forfall: Ole Petter Ottersen, Johan Arnt Vatnan, Raymond Robertsen, Ane Willumsen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Heine Århus og Nina Adolfsen, publikum

Sak 34/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Administrerende direktør omtalte en endring i risikovurderingene i sak 36/2013 hvor svartider innen patologi er lagt inn som risikoområde. Oppdatert vedlegg Risikovurdering 1. tertial 2013 ble delt ut i møte.

Styreleder erklærte seg innhabil under sak 41/2013 med bakgrunn i at Helse Bergen HF også har interesse i å få et partikkelsenter.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 35/2013 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. april 2013.

Sak 36/2013 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2013

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2013 til etterretning.

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølstad Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 36/2013:

I ledelsens risikovurdering er det anmerket at sykehuset drives med høy risiko innen flere områder, og økt bemanning gjenfinnes i flere av de fremlagte tiltakene for å redusere risiko. Samtidig anføres behov for å redusere bemanningen for å møte budsjettforutsetningene. Ansatterepresentantene ber OUS til enhver tid sikre bemannings- og kompetansesammensetning som er i henhold til aktivitet og som ivaretar krav om faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også viktig at kravet om et forsvarlig arbeidsmiljø og kompetanseutvikling ivaretas.

Sak 37/2013 Rapportering per mai 2013

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen for mai 2013 til orientering.
2. Styret ser alvorlig på utviklingen i driftsøkonomien og ber administrerende direktør legge frem en oppdatert tiltaksplanplan i styremøte i 26. september for å sikre budsjettet resultatkrav for 2013 og en god prosess med budsjett 2014.

Sak 38/2013 Budsjett 2014

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og å inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.

Sak 39/2013 Oppgradering og vedlikeholdsplan bygg 3, Ullevål sykehus

Enstemmig vedtak:

1. Styret tilslutter seg planen for utbedring og oppgraderinger i bygg 3 ved Ullevål sykehus slik at

pasientdrift kan opprettholdes frem til eventuelle nye pasientbygg er på plass.

2. Planen som er utarbeidet forutsetter et rokaideareal og administrerende direktør gis fullmakt til å lage en plan som også omfatter et mulig samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus.
3. Styret ber om å få saken til endelig vurdering i et ekstraordinært styremøte i august.

Sak 40/2013 Legevakt 2015

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Med utgangspunkt i mulighetsstudien "Legevakten 2015", ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.

Sak 41/2013 Partikkelterapi

Styreleder forlot lokalet under behandling av saken. Nestleder ledet møtet.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken om planlegging av utbygging og bruk av partikkelterapi i Norge til orientering.
2. Styret støtter at Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF melder sin interesse for lokaliseringen av et nasjonalt partikkelsenter til Oslo.

Sak 42/2013 Ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nødvendige avtaler, avvikle eksisterende avtaler, og avgi nødvendige erklæringer for å gjennomføre foretaksmøtets vedtak av 8. februar 2013 om at helseforetaket forutsettes å overføre egne ansatte med tilhørende kapital til den egne pensjonskassen som er under etablering i henhold til de vedtak styret for Helse Sør-Øst RHF fastsetter.

Sak 43/2013 Oppnevning i brukerutvalg ved Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

1. Styret velger følgende medlemmer til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus for perioden juni 2013 - juni 2015:

Grete Müller (f.1950)

Norsk Forbund for
utviklingshemmede/SAFO

Veslemøy Ruud (f.1957)	Norges Astma- og allergiforbund/FFO
Lilli-Ann Stensdal (f.1959)	Norges Handikapforbund/SAFO
Heine Århus (f.1959)	Foreningen for hjertesyrke barn/FFO
John Bjørnøy (f.1953)	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke/FFO
Kolbjørn Forfang (f.1935)	Pensjonistforbundet
Ghazala Naseem (f.1961)	Interkulturell Kvinne Gruppe
Tove Nakken (f.1942)	Kreftforeningen
Helga Skåden (f.1940)	Mental Helse Norge/FFO
Anna Barlund (f.1989)	Rådgivning for spiseforstyrrelse/FFO
Øyvind Arntzen (f.1965)	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Twinkle Dawes (f.1957)	Invandrerkvinnenes ressurs og aktivitetsgruppe
Kim Fangen (f.1960)	Nye Pluss - Hivpositives landsforening

2. Styret gir styreleder fullmakt til å oppnevne leder og nestleder for Brukerutvalget for perioden 2013–2015.

Sak 44/2013 Møteplan for 2014

Styret vedtok enstemmig følgende møteplan for 2014:

Torsdag 13. februar 2014	Styremøte	8-14
Onsdag 23. april 2014	Styreseminar	17-22
Torsdag 24. april 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 26. juni 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 25. september 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 30. oktober 2014	Styremøte	8-14
	Styreseminar	14-19
Torsdag 18. desember 2014	Styremøte	8-14

Reservetider:

Torsdag 10. april 2014	Styremøte	10-12
Onsdag 28. mai 2014	Styremøte	8-14
Torsdag 27. november 2014	Styremøte	8-14

Sak 45/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør orienterte om driftskonsekvenser i forbindelse med vedlikeholdsarbeid lørdag 6. juli og søndag 7. juli på Ullevål sykehus.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Tone Skogen

Raymond Robertsen
ikke tilstede

Ole Petter Ottersen
ikke tilstede

Johan Arnt Vatnan
ikke tilstede

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen
ikke tilstede

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Merete Norheim Morken

Nina Bachke

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

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

Vedlegg: Tabellvedlegg

SAK 48/2013 RAPPORTERING PER AUGUST 2013

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for august 2013 til orientering.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen etter august 2013 (bemanning for september) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er omlag som budsjettert i perioden januar – august 2013.
- Aktivitet psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Innenfor psykisk helsevern for voksne er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedager er lavere. Den polikliniske aktiviteten er høyere enn budsjettert, men noe lavere enn i 2012.
 - Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er antall utskrevne døgnpasienter som budsjettert, mens antall liggedager er høyere. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettert, men noe høyere enn i 2012.
 - Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens antall liggedøgn er lavere. Den polikliniske aktiviteten er lavere enn budsjettert, og noe redusert fra 2012.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i august 87 dager og omlag på samme nivå som i 2012. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.
- Det arbeides med avvikling av alle langtidsventende. Fra august 2012 til august 2013 er antall langtidsventende redusert med omlag 60 prosent fra om lag 11 000 til 4 000.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i august 749 (19 prosent) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1 802 (16 prosent).
- Det økonomiske resultatet etter august 2013 viser et negativt budsjettavvik på 129 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk var i september 17 511 og er hittil i år 17 204. I løpet av de ni første månedene i år er det i gjennomsnitt utført 262 flere månedsverk enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med juli) er 7,5 prosent. Dette er noe lavere enn i samme periode 2012.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør registrerer at aktiviteten etter 2. tertial 2013 nærmer seg budsjettert nivå innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er aktiviteten på enkelte områder lav, og her har sykehusledelsen sterkt fokus på aktivitetsnivået for å bidra til at omstillingsarbeidet ikke fører til svekket tilbud til pasientene.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Innenfor ventelisteområdet fortsetter reduksjonen av langtidsventende, og det er nå flere fagområder enn tidligere hvor antall langtidsventende er under 20. Særlig innenfor nevrologi har det vært en reduksjon gjennom sommeren. Både antall og andel fristbrudd er lavere i 2013 enn i 2012, men er fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet for å redusere disse. Rapportering på ventelister og fristbrudd inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er svært bekymringsfull. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med klart høyere bemanning enn det er budsjett for. Videre ligger tiltaksgjennomføringen betydelig etter det som var forutsatt. På bakgrunn av styrets vedtak i juni (sak 37-2013) er det lagt til grunn økt tempo i gjennomføringen av allerede vedtatte tiltak, maksimering av aktivitet inneværende år uten økt bruk av personalressurser, redusere bemanningen der produktiviteten er gått ned samtidig som nye tiltak som kan gi resultateffekt i 2013 må gjennomføres. Det er imidlertid likevel en stor risiko for et negativt budsjettavvik i 2013. Dette vil bli vurdert på nytt i forbindelse med rapporteringen for september.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Foreløpige DRG-tall etter august 2013 viser at aktiviteten innenfor somatikken var 0,3 prosent (omlag 500 DRG-poeng) lavere enn budsjettet for perioden januar - august. Erfaringen er noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. Estimert effekt av etterregistrering er innarbeidet i tallene med 150 DRG-poeng. Isolert for august er antall rapporterte DRG-poeng høyere enn budsjettet. Rapportert aktivitet for august inkluderer også etterregistrering for aktivitet utført i mai, juni og juli.

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsreduksjon i somatikken på 0,5 prosent (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Når all aktivitet er ferdig registrert forventes aktiviteten inneværende år å være nærmere nivået i 2012 for helseforetaket samlet. Det er imidlertid variasjoner mellom klinikker/avdelinger.

Aktiviteten hittil i år er lavere enn budsjettet for Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Hjerte-, lunge- og karklinikken, høyere enn budsjettet innenfor Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og omlag som budsjettet for Kvinne- og barneklinikken.

Innenfor Medisinsk klinikk ble aktivitetsmålet for 2013 satt noe for høyt basert på tall for de to første tertialene i 2012. Sammenlignet med 2012 er aktiviteten hittil i 2013 noe redusert fra samme periode i 2012. På årsbasis forventer imidlertid klinikken i 2013 en aktivitet på samme nivå som foregående år.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har et negativt avvik etter åtte måneder på omlag 1 000 DRG-poeng. Stengningen av operasjonsstuer ved Legevakten i Storgaten 40, medførte et aktivitetstap våren 2013 på over 300 DRG-poeng. Aktiviteten som ble omfattet av stengningen i Storgata er nå flyttet over til operasjonslokaler på Aker sykehus. Innenfor Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi er antall DRG-poeng økt med nærmere 20 prosent. Dette knyttes i stor grad til økt aktivitet innenfor brystrekonstruksjoner (Brystprosjektet). Aktiviteten ved Nevrokirurgisk avdeling er lavere i 2013 enn i 2012 og dette henger delvis sammen med lavere antall tracheostomier i 2013 sammenlignet med 2012. Dette antas for en stor del å representere naturlige variasjoner, men noe skyldes også endring av behandlingsregime hvor flere SAH-pasienter (subaraknoidalblødning) får tilstrekkelig og mer skånsom oksygentilførsel via Optiflow og derved unngås tracheostomi. Avdelingen har også hatt for lav operasjonskapasitet og fra september har avdelingen fått økt operasjonsstuekapasitet med en stue per dag.

Ved Kvinne- og barneklubben er aktiviteten hittil i år omtrent som budsjettet, men noe lavere enn i 2012. Sammenlignet med budsjett er det Avdeling for gynekologisk kreft og Gynekologisk avdeling som har de største aktivitetsavvikene. Avdeling for gynekologisk kreft ble samlokalisert på Radiumhospitalet i januar 2013, og det har vært noen oppstartsproblemer i forbindelse med samlokaliseringen, spesielt knyttet til operasjonskapasitet. Gynekologisk avdeling er forsinket med oppstart av fast-track IVF, men dette er nå under oppstart.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben har en aktivitet som er høyere enn budsjettet, og økt fra 2012. Innenfor fagområdene kreftbehandling, transplantasjonsmedisin, revmatologi, hud og infeksjonssykdommer har aktiviteten økt betydelig fra 2012. Som følge av særskilte forhold har imidlertid aktiviteten innenfor gastro- og barnekirurgi samt urologi vært lavere enn i 2012. Innen gastro- og barnekirurgi kan aktivitetsreduksjonen dels tilskrives intensivkapasiteten ved Rikshospitalet og dels øyeblikkelig hjelp-operasjonskapasitet ved Ullevål sykehus.

Aktiviteten innenfor Hjerter-, lunge- og karklubben er lavere enn budsjettet, og da særlig innenfor lunge- og hjertekirurgi. Avvikene skyldes i stor grad at intensivkapasiteten ikke har vært tilfredsstillende ifht planlagt aktivitet. Aktiviteten er høyere enn i 2012 for hjertekirurgi, men redusert for de andre fagområdene.

Rapportert resultat er korrigert ned med 1089 DRG-poeng knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Dette er for 2013 estimert å utgjøre 1548 DRG-poeng. I slutten av mai ble det gjennomført en oppgradering av PasDoc, som gjør det mulig å registrere og rapportere utførende helsepersonell i samsvar med gjeldende nasjonale retningslinjer. Fra og med mai er det forutsatt at utførende helsepersonell registres korrekt.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 324 flere (39 prosent) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 1 prosent (390 konsultasjoner) høyere enn plantall. Antall liggedøgn er 9 prosent (5.212 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter økt med 211 (22 prosent) og antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 5 prosent (2.567 konsultasjoner). En generell kommentar til sommermånedene er at plantallene ser ut til å ha vært noe høyere enn faktisk aktivitet, både for antall liggedøgn og polikliniske konsultasjoner. Innenfor den polikliniske virksomheten har det vært en høyere andel ikke møtt pasienter enn forutsatt i periodisert budsjett. Aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien forventes på årsbasis å bli som budsjettet, selv om det særlig for antall utskrevne pasienter er et stort avvik etter august. Dette skyldes at enkelte enheter med døgnbaserte funksjoner forventer økt kompleksitet og pasienttyngde utover høsten, hvilket vil medføre færre utskrivinger og lengre liggetid per pasient.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 10 prosent (3370 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2012 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 143 (0,5 prosent). Avviket skyldes flere forhold; høyt antall pasienter som ikke møter, avlysninger, ferieavvikling og ikke god nok periodisering av budsjettet gjennom sommeren. Det gjennomføres flere tiltak for å øke aktivitetsnivået. Det arbeides kontinuerlig med å redusere sykefraværet og det er i tillegg gjennomført en kartlegging av arbeidsmiljøet. Videre er det startet opp et pasientflytprosjekt som vil

bedre de pasientadministrative rutineene og som forventes å redusere antall ikke møtt pasienter.

Antall utskrevne pasienter er som budsjettert, samtidig som antall liggedøgn er 204 (8 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter uforandret, mens antall liggedøgn er økt med 308 (12 prosent). Avdelingen har opplevd stor pågang og har hatt svært syke pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander, hvilket har medført at det har vært vanskelig å skrive ut pasienter. Avdelingen opplever også et bekymringsfullt høyt antall henvisninger av alvorlig syke barn mellom 8 og 12 år. Det vurderes å ikke være forsvarlig å avvise disse, og dermed ender den aktuelle avdelingen med overbelegg. Klinikken jobber for å få til mer effektive og målrettede behandlingsforløp, for blant annet å raskere kunne skrive pasienten ut til lavere omsorgsnivå.

På årsbasis forventes døgnaktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien å bli høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten forventes å bli omlag 5 prosent lavere enn budsjettert (avvik per august er 10 prosent), dvs at det forventes en økning i poliklinisk aktivitet utover høsten.

Innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) er det hittil i år skrevet ut 6 prosent (118) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 7 prosent (131 pasienter). Antall polikliniske konsultasjoner er 18 prosent (1197) lavere enn budsjettert, hvilket er en reduksjon med 3 prosent (151 konsultasjoner) fra 2012. For ruspoliklinikkene er det uforholdsmessig høy andel ikke møtt pasienter, og det arbeides med å redusere denne andelen. Fra 1. juni ble to ruspoliklinikker organisasjonsmessig overført til Avdeling for rus og avhengighet. Det forventes at dette vil gi et mer samordnet tilbud. I løpet av sommeren har det vært en nedgang i antall henvisninger i tillegg til ferieavvikling, og dette har påvirket aktiviteten negativt. En av årsakene til at det er skrevet ut flere pasienter enn budsjettert innenfor rusområdet er et høyt antall pasienter som velger å forlate/avbryte behandlingen etter eget ønske, tidligere enn planlagt. En betydelig andel av pasientene som avbryter behandlingen på denne måten kommer tilbake. Det er ulike årsaker til at pasienten avbryter behandlingen og det arbeides med tiltak for å forebygge dette. Likevel forventes antall utskrivninger på årsbasis å bli noe høyere enn budsjettert. For antall liggedøgn er det negative avviket etter august på 18 prosent (3484 døgn). Avviket knyttes både til avbruddsproblematikken, og til et lavere belegg av unge rusavhengige enn forutsatt i budsjettet. Avviket forventes redusert gjennom høsten som følge av tiltak som igangsettes, men det forventes likevel et negativt avvik for antall liggedøgn for 2013 sett under ett på omlag 12 prosent (3500 liggedøgn).

Det gjennomføres fortsatt 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 i minst mulig grad gir uheldige konsekvenser for pasientene.

3.3. Ventelisteutvikling

Ventetid

Administrerende direktør har en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble

presentert for styret (sak 27/2013) i april. Resultatene fra prosjektet viste en betydelig bedring i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har videre bidratt til en markant bedring i korrekte aktivitetsdata og til en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå på plass oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivarettatt.

Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det gjenstår imidlertid oppfølgingspunkter som er satt opp i en handlingsplan som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene.

I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

- Antall ventende
- Langtidsventende (12 måneder eller mer)
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling
- Gjennomsnittlig ventetid for ventende
- Fristbrudd

Antall ventende pasienter

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av august omlag 26.000, herav er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 4.000 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 15 prosent av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med nærmere 8.000 fra august 2012 til august 2013, hvorav nærmere 7.000 er reduksjon i antall langtidsventende. Som en del av Gjennomføringsprosjektet er det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten midlertidig økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

Langtidsventende

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende, og fra august 2012 til august 2013 er antall langtidsventende redusert med 63 prosent (fra 10 800 til 4 000). Målsettingen er at det ikke skal være langtidsventende og det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har dette (over 20). For de fleste av disse fagområdene er det utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende. Det er innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi det er flest langtidsventende, men også innenfor disse fagområdene har det vært en reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer. Gjennom sommeren har det vært størst reduksjon i antall langtidsventende innenfor fagområdet nevrologi. I januar 2013 var antall langtidsventende innenfor dette fagområdet 1600, og ved utgangen av august er dette redusert til 250.

Ett av tiltakene for reduksjon av langtidsventende har vært å kontakte den enkelte pasient og/eller henvisende lege. Mange av pasientene som er kontaktet har ikke behov for å stå

på venteliste, og er derfor tatt ut av ventelisten. Disse fremkommer i statistikken som ikke-ordinære avviklinger.

Videre er det innen ortopedi igangsatt et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

For 2013 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) er i august 87 dager, og omlag på samme nivå som i 2012. Dette er betydelig lengre enn i juli, hvor gjennomsnittlig ventetid til avvikling var på 65 dager. Kortere gjennomsnittlig ventetid til avvikling i juli kan i hovedsak relateres til sesongvariasjoner. I sommerferieperioden var det mindre avvikling av langtidsventende, samtidig som det var en høyere andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp som kom til utredning/behandling.

Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. I august 2013 er ventetid for alle ventende 222 dager, hvilket er en halvering fra samme periode i 2012. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp. Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder i hovedsak for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

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, blant annet gjennom midlertidig kapasitetsøkning. Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd innen ortopedi, nevrologi, ØNH og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. 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 tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. 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. Gjennomsnittlig ventetid for ventende vil være høy inntil langtidsventende er avvirket.

3.4. Fristbrudd

For 2013 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 august

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i august 749 (19 prosent). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av august var 1641 (15 prosent). Antall fristbrudd av atall ventende er redusert i 2. tertial 2013 både sammenlignet med 1. tertial 2013 og 2. tertial 2012. Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder, og hovedutfordringen er fortsatt innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet avdelingsvise måltall for reduksjon av antall fristbrudd innen de fleste fagområdene med fristbrudd (mer enn 20). De tiltak som er beskrevet under ventetid vil også ha en positiv innvirkning på antall fristbrudd.

3.5. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent

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 prosent. I første tertial ble det gjort én registrering (prevalensundersøkelse) av helsetjenesteassosierte infeksjoner 13. februar. Prevalensraten av helsetjenesteassosierte infeksjoner for Oslo universitetssykehus HF samlet var 3,7 prosent (53 infeksjoner hos 1454 inneliggende heldøgns pasienter) for de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt Folkehelseinstituttet (urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområde, nedre luftveisinfeksjon og sepsis). Denne innmeldingen er grunnlaget for målsettingen om at prevalensraten skal reduseres til under 3 prosent. Når alle typer sykehusinfeksjoner telles med, var prevalensraten 4,2 prosent (61 infeksjoner hos 1454 inneliggende pasienter).

Oppdaterte tall for 2. tertial foreligger ikke på rapporteringstidspunktet.

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. Foretaket har startet prosjekt for innføring av DIPS i løpet av 2014, og videreutvikling av PasDoc (eksisterende pasientadministrativt system) vil være begrenset i denne perioden. Rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev vil derfor ikke kunne gjøres før DIPS er tatt i bruk (oktober 2014).

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

3.7. 100 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning

Etter gjennomføring av milepæl 5 (M5) i FKI-prosjektet (felles klinisk informasjonsgrunnlag) den 15. oktober, hvor databasene for Doculive Ullevål og Doculive Rikshospitalet/Radiumhospitalet ble slått sammen, var det forutsatt at foretaket skulle kunne rapportere andel epikriser sendt ut innen 7 dager etter utskrivning. Status er at det tidligere tekniske miljøet som er benyttet for dette formål er avviklet, uten at dette er bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er over lengre tid tatt opp med Sykehusparter, og et første datagrunnlag er nå mottatt. Datagrunnlaget er under kvalitetssikring og oppdateres fortsatt ikke løpende. Det er dialog med Sykehuspartner for å få dette løst slik at klinikker og avdelinger løpende kan få oppdaterte resultater på hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager etter utskrivning.

3.8. Andel korridorpasienter

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i august 0,8 prosent og er hittil i 2013 0,9 prosent. Dette er på samme nivå som i 2012. 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.

3.9. Utskrivningsklare pasienter

I august er det rapportert 21 utskrivningsklare pasienter (29 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i august 0,1 prosent, og er hittil i år 0,3 prosent. For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,6 prosent.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 6,5 prosent i august, og hittil i år er andelen 6,1 prosent. For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern for voksne 7,7 prosent.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 1,5 prosent i august, og hittil i år er andelen 1,7 prosent. Indikatoren er ny for 2013 og det foreligger ikke sammenlignbare tall for 2012.

Utfordringene ved å overføre utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern er hovedsakelig knyttet til manglende botilbud i primærhelsetjenesten. For å imøtekomme utfordringer knyttet til kompetansebehov i primærhelsetjenesten, er det igangsatt ulike former for kompetansehevede tiltak, samt flere ulike samhandlingsprosjekt.

4. Økonomi

4.1. Resultat per august

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter august et regnskapsmessig underskudd på 255 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 141 millioner kroner, dvs at resultatet er 114 millioner kroner mer negativt enn budsjettert. Pensjonskostnadene er bokført ut fra sist oppdaterte NRS-beregninger (aktuarberegninger), som viser at pensjonskostnaden for hele 2013 blir om lag 25 millioner kroner lavere enn

forutsatt i budsjettet, hvorav 14,9 millioner kroner per august. Justert for det positive avviket for pensjon er det et negativt resultatavvik på 129 millioner kroner hittil i år (august) – en økning på 13 millioner kroner fra juli.

Kostnadsnivået for underliggende drift vurderes samlet å være relativt stabilt. Det er imidlertid klinikkvise variasjoner som vil bli analysert nærmere, og det lages klinikk- og avdelingsvise produktivitetsanalyser per 2. tertial 2013.

Etter august har Klinikk for psykisk helse og avhengighet et positivt avvik fra budsjett, mens de somatiske klinikkene og Oslo sykehusservice har tils dels betydelige underskudd. I tillegg bidrar både Staben og Fellesposter (inntekter og kostnader som ikke er fordelt på klinikkene) med positive avvik. Årsak til avvik per klinikk er nærmere beskrevet i tabellvedlegget.

Sum driftsinntekter viser et negativt avvik hittil i år på 14 millioner kroner (0,1 prosent). Dette inkluderer inntektsføring av tilbakeførte midler vedrørende etablering av kommunale øyeblikkelig hjelpstilbud med 11 millioner kroner. Øremerkede inntekter er omtrent som budsjettert, slik at avviket for sum driftsinntekter knytter seg til ordinær drift.

Det negative avviket for aktivitet innenfor somatikken (DRG) er på 0,3 prosent og gir isolert sett et negativt inntektsavvik. Rapportert DRG-aktivitet inkluderer forventet effekt av etterregistrering av diagnoser og prosedyrer for august med 150 DRG-poeng. Isolert i august har det vært noe høyere aktivitet enn budsjettert på flere områder, se punkt om aktivitetsutvikling. Det er noe usikkerhet knyttet til avvik for aktivitetsbaserte inntekter som følge av at budsjettert salg til andre helseforetak har en noe avvikende periodisering fra klinikkens DRG-budsjetter. Dette vil jevne seg ut på årsbasis.

Hoveddelen av det akkumulerte merforbruket skyldes at kostnadene er høyere enn budsjettert. Dette gjelder i hovedsak innenfor lønnsområdet, inkludert innleie av helsepersonell, hvor merkostnaden hittil i år er 136 millioner kroner. I bokførte varekostnader inngår også kostnader til behandling av pasienter med føflekk-kreft med legemiddelet Ipilimumab med omlag 6,5 millioner kroner per august. Dette er kostnader som forventes finansiert av bevilgede midler i RNB 2013, selv om forskningsstudien ennå ikke er gjennomført.

I budsjettet for 2013 er det lagt til grunn en lønnsvekst på 4 prosent (ut fra forutsetningene i statsbudsjettet). Foreløpige beregninger viser en faktisk lønnsvekst i 2013 på 3,67 prosent. Overheng og glidning er inkludert i dette resultatet. På årsbasis forventes kostnadene til årets lønnsoppgjør å bli om lag 40 millioner kroner lavere enn budsjettert. 23 millioner kroner av dette er inkludert i rapportert resultat per august.

Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til bokførte IKT-kostnader. Dette relateres til tjenestepreis fra sykehuspartner, uløste saker fra tidligere år og til usikkerhet rundt leveransetidspunkter for flere aktiviteter/prosjekter som har betydning for årsestimat 2013. Det er en løpende dialog med Sykehuspartner for å avklare påløpte kostnader.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	7 074 227	7 063 134	11 093	Inntektsført basisramme er 11 mnok høyere enn budsjettet. Dette relateres i sin helhet til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp.
Aktivitetsbaserte inntekter	4 181 618	4 207 613	-25 995	Lavere aktivitet (DRG-poeng) enn budsjettet innenfor somatikken gir et negativt avvik for aktivitetsbaserte inntekter. Samlede konsernt interne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive avviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet som delvis er budsjettet under andre driftsinntekter. Dette utgjør per august omlag 31 mnok, og justert for dette er det et reelt avvik for aktivitetsbaserte inntekter på omlag 57 mnok. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil jevnes ut på årsbasis
Andre inntekter	1 133 946	1 133 198	748	Som beskrevet ovenfor er deler av inntekter for kurdøgn og lab.rad. budsjettet under andre inntekter, mens bokføres som aktivitetsbaserte inntekter. Disse må derfor sees i sammenheng.
Sum driftsinntekter	12 389 791	12 403 945	-14 154	
Lønn -og innleiekostnader	8 731 369	8 602 643	-128 725	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 144 mnok (tilsvarende 1,7 pst) når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettet. Avviket skyldes høyere bemanning enn budsjettet. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mnok lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 15 mnok kroner per august.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	1 626 094	1 624 250	-1 844	Varekostnadene inkluderer økte medikamentkostnader til kreftmedikamentet Ipiliumabab som forventes kompensert via RNB.
Andre driftskostnader	2 225 865	2 259 209	33 344	Andre driftskostnader er 33 mnok lavere enn budsjettet. I dette inngår blant annet lavere avskrivningskostnader med 10,7 mnok og noe lavere IKT-kostnader enn budsjettet. Ut over dette er det positive og negative avvik på flere konti.
Sum driftskostnader	12 583 327	12 486 102	-97 225	
Driftsresultat	-193 536	-82 157	-111 379	
Netto finans	61 720	58 847	-2 873	Hittil i 2013 er rentekostnadene 12,6 mnok lavere enn budsjettet. I netto finans inngår i tillegg avvik for AS'ene. Per august er det et positivt avvik for AS'ene på om lag 1 mnok. Interne elimineringsrelatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader) reduserer avvik for netto finans til 2,9 mnok.
Resultat OUS	-255 256	-141 004	-114 252	
Resultat ekskl ekstra pensjonskost.	-270 206	-141 004	-129 202	

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

4.2. Årsestimat

Foretaket rapporterer fortsatt et estimert årsresultat som budsjettet. Det er da hensyntatt at lønnsoppgjøret for 2013 blir noe lavere enn forutsatt i budsjettet og at tilbakeførte midler til etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommenene gir en positiv resultateffekt. Videre er det forutsatt at ISF-enhetsprisen forventes å øke og at kostnader til bruk av kreftlegemiddelet Ipilimumab blir kompensert (ref RNB 2013). Påløpte kostnader til Ipilimumab er per august omlag 6,5 mill kroner. Det vises også til sak om nye tiltak 2013. Trass i disse forholdene er det en betydelig risiko for et negativt budsjettavvik ved årets slutt. Det blir gjort en ny vurdering av dette ved regnskapsavslutning for september.

Videre fremkommer det av Oppdrag og bestilling for 2013 fra Helse Sør-Øst RHF at det i basisrammen er innarbeidet 9,0 mill kroner til brystrekonstruksjoner for 2013, og at dette utgjør 50 prosent av den bevilgningen som er lagt til grunn. Det er forventet at aktiviteten knyttet til brystrekonstruksjoner på årsbasis skal tilsvare 525 DRG-poeng, og foretaket er bedt om planlegge ut i fra dette. Den resterende del av bevilgningen er det skrevet er holdt

tilbake på det regionale helseforetaket og at det i løpet av året vil bli foretatt en samlet vurdering av denne virksomheten. Ut fra utført aktivitet per august (omlag 450 DRG-poeng knyttet til Brystprosjektet), er det foretakets vurdering at aktiviteten på årsbasis minst vil utgjøre 525 DRG-poeng, og at den resterende delen av finansieringen således bør utbetales til Oslo universitetssykehus HF.

På samme måte som i 2012 gjennomgås nå arealbruk sett opp mot balanseførte verdier for å identifisere eventuelle resultatmessige konsekvenser av endret arealbruk i 2013. Styret vil bli orientert om resultatene av dette arbeidet i oktober. Sykehusledelsen er på dette tidspunkt ikke kjent med at det er vesentlige endringer i arealer som ikke lenger brukes til sykehusformål og som dermed må nedskrives.

4.3. Gjennomføring av opprinnelige tiltak 2013

Oslo universitetssykehus HF har i 2013 planlagt å gjennomføre til sammen 216 konkrete tiltak som vil redusere kostnadene med 280 millioner kroner og 224 årsverk. Noen av tiltakene er forventet å ha effekt siste del av 2013 mens andre ble iverksatt allerede ved begynnelsen av 2013.

Klinikkene rapporterer hver måned på gjennomføring av tiltakene. Klinikkene rapporterer at de månedlige kostnadene i august er redusert med 16 millioner kroner som følge av tiltak som er gjennomført hittil i år. Dette er 9 millioner kroner lavere enn den budsjetterte effekten på 25 millioner kroner. Avviket mellom budsjett og gjennomføring har vært relativt stabilt gjennom 2013.

Etter august var det planlagt at tiltakene skulle ha redusert bemanningen med 220 årsverk, den rapporterte reduksjonen knyttet til de spesifikke tiltakene er på 110 årsverk. Avviket mellom budsjettet og faktisk reduksjon i årsverk har økt noe gjennom 2013.

Som for tidligere måneder er det stor variasjon i klinikkens gjennomføringsgrad. Det rapporteres om mange ulike årsaker til at tiltakene ikke kan gjennomføres. Klinikken for psykisk helse og avhengighet har hatt den høyeste gjennomføringsgraden med 13,5 millioner kroner i akkumulert effekt av tiltakene hittil i år og 20 årsverk. Oslo sykehusservice melder om størst effekt av tiltakene med hele 30 millioner kroner og 55 årsverk. Detaljert status for klinikkens tiltaksgjennomføring ble lagt frem i styresak 37/2013 Rapportering per mai 2013 under punkt 4.2.

Av en total budsjettert effekt av tiltak på 280 millioner kroner, er tiltak til en verdi av 60 millioner kroner forsinket og 77 millioner kroner ikke gjennomført. Der det er tiltak som ikke lar seg gjennomføre jobbes det med alternative tiltak.

Som en del av arbeidet med nye tiltak for 2013 har klinikkene sett på muligheten for å øke gjennomføringen av eksisterende tiltak. Det har høy prioritet å gjennomføre de kostnadsreducerende tiltakene både for å forbedre inneværende års resultat, men også for å redusere kostnadene før neste budsjettår.

Status	Budsjettert økonomisk effekt i 2013 (1000 kr)	Budsjettert økonomisk effekt per rapp mnd (1000 kr)	Realisert økonomisk effekt	Budsjettert reduksjon i årsverk per desember 2013	Budsjettert bemanningsreduksjon i perioden	Realiserte reduserte årsverk
forsinket	61 437	39 366	7 047	48	48	20
gjennomført	139 800	90 252	94 686	99	88	80
ikke gjennomført	77 527	48 684	2 554	78	82	8
Budsjettert effekt av tiltak	278 764	178 302	104 288	225	217	109

4.4. Gjennomføring av budsjett 2013 – NYE tiltak

Ved behandling av sak 37/2013 fattet styret følgende vedtak:

”Styret ser alvorlig på utviklingen i driftsøkonomien og ber administrerende direktør legge frem en oppdatert tiltaksplan i styremøte 26. september for å sikre budsjettert resultatkrav for 2013 og en god prosess med budsjett 2014.”

Dette er fulgt opp i ledermøtet i Oslo universitetssykehus HF, og klinikkene fikk i oppgave å identifisere ytterligere tiltak som søker å:

- Maksimere aktiviteten i inneværende år, uten at det brukes mer personalressurser
- Øker gjennomføringstempoet for allerede etablerte tiltak
- Redusere bemanningen der produktiviteten er gått ned
- Arbeide frem nye tiltak som gir effekt i 2013 og som også gir effekt i 2014

Klinikkene leverte den 11. september i alt 99 nye tiltak. Disse har vært drøftet med tillitsvalgte i klinikkene. Drøftingsprotokollene viser at tillitsvalgte opplever den økonomiske situasjonen i klinikkene som presset. Det har vært krevende å finne nye tiltak med effekt allerede for 2013. Klinikkene har likevel meldt inn nye tiltak med en samlet effekt på om lag 31 millioner kroner og 17 årsverk i 2013. Det største bidraget kommer fra klinikk for diagnostikk og intervensjon med 11 millioner kroner. 8 millioner kroner av disse tiltakene er tiltak Klinikk for diagnostikk og intervensjon har jobbet med som en del av daglige driftsforbedringer, men som ikke tidligere har vært rapportert som en del av tiltaksrapporteringen.

I tabellen under vises klinikkens tiltak inndelt i fem tiltakgrupper.

Klinikk	Størrelse, bem. norm og drift av sengeposter	Økt kap. utnyttelse, effektivitet poliklinikker	Økte innt/Red. kost, innleie med mer	Annet	BUD EFFEKT i 2013 (1000 kr)	BUD EFFEKT i 2013 (Årsverk)
MED	800	0	0	0	800	5
KKN	0	0	4 200	0	4 200	0
KVB	100	1 100	100	0	1 300	0
KKT	1 400	3 800	700	0	5 900	5
HLK	2 600	0	700	0	3 300	0
AKU	0	0	1 600	2 500	4 100	8
KDI	0	0	2 100	9 300	11 400	0
Totalt	4 900	4 900	9 400	11 800	31 000	17

Dersom man ser på risikoen ved tiltakene er denne delt i to dimensjoner:

- Risiko for manglende gjennomføring

- Risiko for pasientbehandling, omdømme og medarbeidertilfredshet dersom tiltaket gjennomføres.

	Risiko for effekt på pasientbehandling, omdømme eller medarbeidere			
	Lav	Medium	Høy	Totalt
A - lav risiko for at tiltaket ikke lar seg gjennomføre	4 300	4 800	3 700	12 800
B - moderat risiko for at tiltaket ikke lar seg gjennomføre	5 400	9 300	1 000	15 700
C - høy risiko for at tiltakene ikke lar seg gjennomføre	2 500	0	0	2 500
Totalt	12 200	14 100	4 700	31 000

Som det fremkommer av tabellen ovenfor er det vurdert at 3,7 millioner kroner av tiltakene har lav risiko for gjennomføring, men kan medføre uheldige konsekvenser for enten pasientbehandling, omdømme eller medarbeidere. Dette gjelder primært to tiltak:

- Klinikk for diagnostikk og intervensjon foreslår å tilpasse Swisslab for å unngå tap av inntekter. Klinikken frykter konsekvensene av lang responstid på kritiske IKT utfordringer.
- Medisinsk klinikk foreslår å jobbe videre med bemanningsnormering, noe som vil innebære at de bruker ordinær dagbemanning de to dagene i uken hvor respiratorpasienter kommer til kontroll. Dette vil kunne gi økt sårbarhet på sengeposten.

Tilsvarende er det meldt noen tiltak der det er høy risiko for at tiltakene ikke lar seg gjennomføre:

- Akuttklinikken melder om utskiftning av utstyr, noe som avhenger av en pågående anbudsprosess.
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken foreslår bedret kapasitetsutnyttelse for øyeblikkelig hjelp-kirurgi på Ullevål og HPB-kirurgi ved Rikshospitalet.

4.5. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, herav er 292 millioner kroner allokert til investering i MTU. Ved utgangen av august er det inngått forpliktelser for om lag 336 millioner kroner av investeringsbudsjettet, hvorav om lag 264 millioner kroner gjelder MTU.

Investeringsbudsjettet for MTU på 292 millioner kroner skal både finansiere sammenbrudd og elektivt utstyr. Sammenbruddpotten for 2013 er forpliktet i sin helhet. Etter fullmakt fra styret, jamfør styresak 38/2013, er det ved utgangen av august inngått forpliktelser for om lag 11 millioner kroner av investeringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av MTU i 2013. Investeringsprognosen for 2013 er redusert med 30 millioner kroner, som følge av at anskaffelsen av LINAC blir ferdig installert i februar 2014.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (2011-2015) for omstillingsinvesteringer Fase 1 er 1.500 millioner kroner (2012-kroner), eksklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av august er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Budsjett for 2013 er på 462 millioner kroner og hittil i år er det bokført omstillingsinvesteringer for 260 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at likviditet tilgjengeliggjøres for Oslo universitetssykehus HF slik at investeringer i tilsynspålegg mer videre kan beløpe seg til 160 millioner kroner i 2013. Ved utgangen av august er det inngått forpliktelser for om lag 130 millioner kroner av denne finansieringskilden. Investeringer i tilsynspålegg mer videre finansieres også av andre finansieringskilder. Totalt er det ved utgangen av august fattet vedtak for om lag 200 millioner kroner.

4.6. Likviditet

Kontantstrømbudsjett for 2013 viser at benyttet driftskreditt vil øke med om lag 400 millioner kroner i løpet av året. Dette er avledet av budsjettert årsresultat på minus 200 millioner kroner og investeringsbudsjettet. I tillegg er det tatt hensyn til negative effekter knyttet til pensjonspremie og utbetalinger til Sykehuspartner for tidligere års planlagte investeringer i IKT. Kontantstrømbudsjettet er videre basert på en forutsetning om uendret arbeidskapital. Kontantstrømbudsjettet viser at det kan være nødvendig med midlertidig økt driftskredittramme i november. Likviditetsbehovet følges tett opp med ukentlige likviditetsprognoser og nødvendige tiltak vil eventuelt bli iverksatt i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Ved utgangen av august var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF om lag 2570 millioner kroner mot budsjettert om lag 2740 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro positivt med om lag 120 millioner kroner. Dette forklares i stor grad med senere betaling av arbeidsgiveravgift på pensjonspremie. Kontantstrøm fra investeringer og finansiering bidro netto positivt med om lag 50 millioner kroner og skyldes i stor grad at betaling for tidligere års investeringer i IKT ikke er betalt. Det positive avviket fra investeringer medfører at lån og tilskudd som skal finansiere omstillingsinvesteringer ikke er fakturert, slik at det er et tilsvarende negativt avvik på finansieringssiden.

5. Bemanning, sykefravær

5.1. Utvikling månedsverk

Brutto månedsverk har økt betydelig gjennom sommeren. Fra juni til september økte antall brutto månedsverk med 331, fra 17180 til 17511. Dette er en økning som i hovedsak knyttes til sommerferieavviklingen. Økningen er imidlertid noe større enn lagt til grunn i periodisert budsjett. Eksternt finansierte månedsverk holder seg stabilt i perioden og det er således i hovedsak internt finansierte månedsverk som øker. Den variable komponenten av brutto månedsverk øker med 17 prosent i perioden til 1436, mens den faste komponenten øker med ca 1 prosent til 16075. Videre øker midlertidig ansatte med litt over 10 prosent i perioden, mens fast ansatte ligger stabilt.

Økningen i midlertidig ansatte og variabel lønn knyttes til sommerferieavvikling, og man burde normalt kunne forvente en tilsvarende reduksjon de neste månedene. I 2012 ble

imidlertid reduksjonen utover høsten mindre enn økningen om sommeren, og årsverkene økte igjen i desember.

Etter september er brutto månedsverk 328 høyere enn budsjettet. Avvik i forhold til budsjett må vurderes på bakgrunn av at antall årsverk med ekstern finansiering er 21 månedsverk lavere en budsjettet samtidig som det er frikjøpt om lag 40 månedsverk til DIPS-innføringsprosjektet (månedsverk finansiert av investeringer er ikke budsjettet). Klinikken får resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene blir ikke korrigert.

Sammenlignet med samme periode i 2012 (januar – september), har brutto månedsverk økt med 174, hvorav 8 månedsverk gjelder eksternt finansierte årsverk. Antall internt finansierte månedsverk (eksklusive eksternt finansierte) er redusert innenfor Klinik for psykisk helse og avhengighet, men økt i de andre klinikkene. Deler av økningen i årsverk i klinikkene skyldes årsverk frikjøpt av DIPS-innføringsprosjektet.

Antall innleide årsverk hittil i år er 48 høyere enn budsjettet. Dette kommer i tillegg til avviket for brutto månedsverk som er omtalt ovenfor.

5.2. Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den relative andelen av månedsverk pr stillingsgruppe forholder seg stabile så langt i 2013, og avviker heller ikke betydelig mot de relative andelen fra 2012. Den eneste entydige trenden er at den relative andelen i gruppen Helsefagarbeider/hjelpepleier synker svakt.

5.3. Sykefravær

Per juli 2013 er sykefraværet 7,5 prosent, fordelt på 2,5 prosent korttidsfravær og 5 prosent langtidsfravær. Det totale sykefraværet ligger fortsatt 0,2 prosent lavere enn samme tidsrom i 2012. Utviklingen gjennom sommeren viser et langtidsfravær på omtrent samme nivå som før ferien, mens korttidsfraværet går ned. Tidligere år har sykefraværet gått noe opp i samme periode.

Kort- og langtidsfraværet frem til juli 2013 har gått noe ned sammenliknet med tilsvarende periode i 2012. Klinikken har gjennom 2013 en utvikling som forventet med hensyn til sesongbasert variasjon i sykefravær. Klinikker med særskilte utfordringer med langtidsfravær arbeider videre med målrettede tiltak.

5.4. Inkluderende arbeidsliv

IA-avtalens tre delmål, hvorav delmål 1 omhandler sykefravær, er en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet ved Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides kontinuerlig med sykefraværstiltak på flere nivå.

Ved enheter som har høyt sykefravær er det iverksatt tiltak som

- rekruttering i utsatte yrkesgrupper,
- oppfølging av arbeidstakere med hyppig fravær, og
- oppfølging av arbeidstakere med langtidsfravær og gravide arbeidstakere

Arbeidet med å sikre samarbeid mellom avdeling, HR og Arbeidsmiljøavdeling i håndteringen av arbeidsrelatert fravær fortsetter som før. Avtalen om inkluderende arbeidsliv og handlingsmålene under denne blir fulgt opp i klinikk AMU, sentralt AMU og i HMS-rapporteringen.

Styresak 48/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Månedrappport august 2013

(Bemanningstall for september 2014)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.4 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 Likviditet
- 3.6 Tiltaksrapportering

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

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 transplantasjonsklubben
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubben
AKU	Akuttklubben
KDI	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehusservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

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 – somatikk

AUGUST	Budsjett	Status per AUGUST			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	26 720	1 994	-52	-2,5 %	17 212	-295	-1,7 %	-336	-1,9 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	4 249	-117	-2,7 %	38 226	-1 058	-2,7 %	-552	-1,5 %
Kvinne- og barneklirikken	35 314	2 647	-197	-6,9 %	23 166	-124	-0,5 %	-195	-0,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 364	4 378	52	1,2 %	38 832	626	1,6 %	688	1,8 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 709	2 261	46	2,1 %	20 695	-298	-1,4 %	-76	-0,4 %
Akuttklinikken	4 167	650	302	86,8 %	2 951	180	6,5 %	-110	-3,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	5	-4	-44,4 %	64	-19	-22,9 %	-23	-27,1 %
Stab, Utenlandskontoret		0	0	-	27	27		-43	-48,3 %
Biologiske legemidler	1 793	30	-100	-77 %	791	30	2 %		
Fellesposter	-1 398	171	185	-181 %	-237	426	-44 %		
SUM	217 038	16 295	115	0,7 %	141 991	-493	-0,3 %	-647	-0,5 %

Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vektor
- Lagt inn forventet effekt av etterregistrering (150 DRG-poeng) på sykehusnivå
- LV = Legevakten
- Biol = Biologiske legemidler

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	August				Hittil i år				2013 mot 2012			
	2013	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	Resultat	Budsjett	Bud.awik	%	HiÅ 2013	HiÅ 2012	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen (inkl private)													
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling (VOP)	1 256	118	96	22	22,9 %	1 148	824	324	39,3 %	1 148	937	211	22,5 %
Antall liggedøgn døgntil behandling (VOP)	84 815	5 301	6 537	-1 236	-18,9 %	52 738	57 950	-5 212	-9,0 %	52 738	57 977	-5 239	-9,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	0	0	0		115	0	115		115	392	-277	-70,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	5 547	5 942	-395	-6,6 %	51 340	50 950	390	0,8 %	51 340	53 907	-2 567	-4,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling (BUP)	96	8	5	3	60,0 %	64	64	0	0,0 %	64	64	0	0,0 %
Antall liggedøgn døgntil behandling (BUP)	4 121	247	321	-74	-23,1 %	2 855	2 651	204	7,7 %	2 855	2 547	308	12,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	217	262	-45	-17,2 %	1 869	1 926	-57	-3,0 %	1 869	1 837	32	1,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	3 158	3 368	-210	-6,2 %	29 317	32 687	-3 370	-10,3 %	29 317	29 174	143	0,5 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling (TSB)	2 815	276	235	42	17,7 %	1 972	1 854	118	6,4 %	1 972	1 841	131	7,1 %
Antall liggedøgn døgntil behandling (TSB)	29 001	2 060	2 457	-397	-16,2 %	15 846	19 330	-3 484	-18,0 %	15 846	19 230	-3 384	-17,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	49	81	-32	-39,5 %	497	628	-131	-20,9 %	497	455	42	9,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	639	817	-178	-21,8 %	5 488	6 685	-1 197	-17,9 %	5 488	5 639	-151	-2,7 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modaliet	2012 August		2013 August		Akkumulert 2012		Akkumulert 2013		%vis endring 2012-2013 August		%vis endring 2012-2013 Akkumulert	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	275	6	246	4	2 109	27	2 043	35	-10,5 %	-33,3 %	-3,1 %	29,6 %
CT	4 694	1 155	4 813	1 112	37 202	9 536	37 009	9 530	2,5 %	-3,7 %	-0,5 %	-0,1 %
MG	724	6	592	7	5 326	46	5 321	80	-18,2 %	16,7 %	-0,1 %	73,9 %
MR	2 090	710	2 179	710	17 351	6 102	17 843	6 206	4,3 %	0,0 %	2,8 %	1,7 %
NM	731	22	626	15	5 504	212	5 172	170	-14,4 %	-31,8 %	-6,0 %	-19,8 %
PET	314	4	323	6	2 439	57	2 883	85	2,9 %	50,0 %	18,2 %	49,1 %
RG	12 663	266	12 636	218	107 857	2 393	109 694	2 197	-0,2 %	-18,0 %	1,7 %	-8,2 %
Ukjent	10		5		33	0	48	2	-50,0 %		45,5 %	
UL	3 000	67	3 076	68	24 698	620	25 399	701	2,5 %	1,5 %	2,8 %	13,1 %

H = henvisninger

Mer informasjon finnes i LIS'et under rapportmeny: RIS OUS

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

UL = ultralyd

PET = PET-scan (positron emission tomography)

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

Aktivitetsdatarapport for 2013						Oslo sykehuservice			
Produksjon	Måleenhet	Aug i fjor	Aug i år	Endring Aug 2013 mot 2012	Endring Aug 2013 mot 2012 i %	Per Aug 2012	Per Aug 2013	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012 i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 245	3 719	474	13 %	3 341	3 635	294	8 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	2 827	3 241	414	13 %	2 929	3 177	248	8 %
Arealer	Kvm	1 001 494	1 007 687	6 193	1 %	1 000 933	997 975	-2 957	0 %
Forbruk av energi	KWH	14 820 000	15 960 000	1 140 000	7 %	189 262 000	195 080 000	5 818 000	3 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	262	249	-13	-5 %	2 229	2 204	-25	-1 %
Middager	Antall	52 019	51 221	-798	-2 %	482 418	481 377	-1 041	0 %
Sengevask/reing	Antall	10 277	11 475	1 198	10 %	86 288	88 074	1 786	2 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	72 %	77 %	5 %	6 %	76 %	82 %	0	7 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%			0 %	#DIV/0!	100 %	100 %	-	7 %
Portøroppdrag	Antall	39 403	31 664	-7 739	-24 %	331 427	296 963	-34 464	-12 %
Faktura forfall u.anvisning OUS	%	19 %	26 %	0 %	27 %	0 %	0 %	-	-9 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall - snitt	2 103	2 649	546	21 %	2 373	2 569	196	8 %
Antall søknader BHM	Antall	175	161	-14	-9 %	1 739	1 918	179	9 %
Pasienttilstrømmning BHM	Antall	64	73	9	12 %	641	793	152	19 %
Utlån utstyr BHM	Antall	175	212	37	18 %	1 809	2 334	525	23 %
OUS aktivitetsdata									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	5 362	5 355	-7	0 %	46 381	45 556	-825	-2 %
Liggedøgn somatikk	Antall	36 065	36 342	277	1 %	323 692	314 092	-9 600	-3 %

Merknad: det foreligger ikke tall for hotellbelegg. Portøroppdrag Aker mangler. I arealoversikten er det solgt fire leiligheter som det ikke forelå arealopplysninger på.

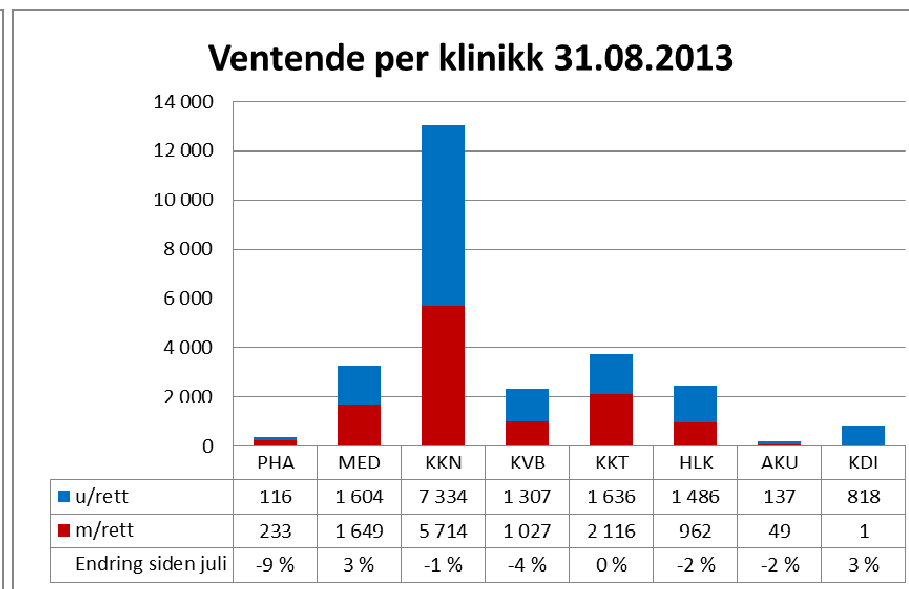
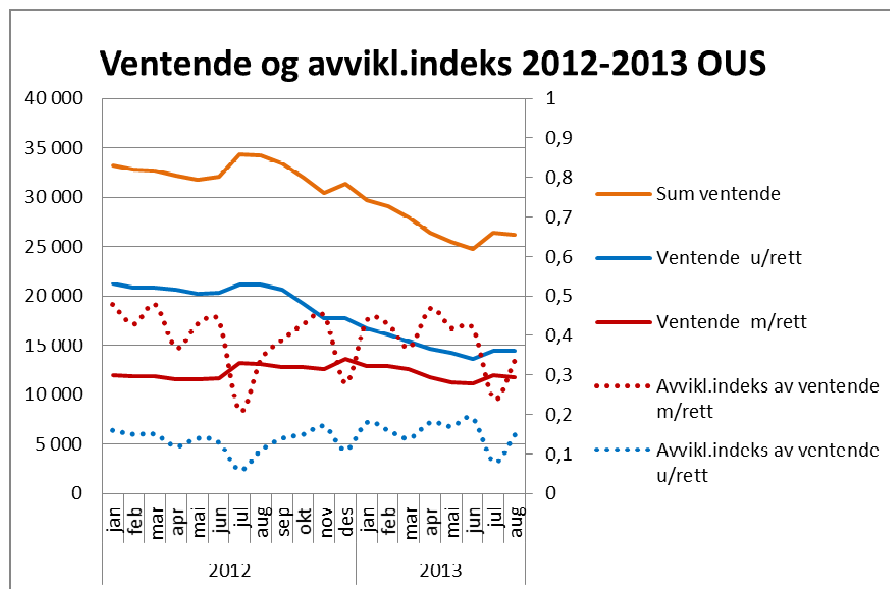
2.1 Aktivitet postoperativ- og intensivvirksomhet i Akuttklinikken

Aktivitet	August 2013	Akkumulert aktivitet August 2013	August 2012	Akkumulert aktivitet August 2012	Akkumulert endring 2012-2013	Endring 2012-2013 i %
Antall intensivpasienter	283	2 182	252	2 260	-78	-3,5 %
Antall intensivdøgn	1 155	9 261	1 066	9 341	-80	-0,9 %
Antall respiratordøgn:						
Intensiv, Aker	0	17	5	89	-72	-80,9 %
Intensiv 2, Ullevål	183	1 453	269	1 512	-59	-3,9 %
Intensiv 3, Ullevål	87	730	-	690	40	5,8 %
Generell int, RH	191	1 650	224	1 812	-162	-8,9 %
Barneintensiv, RH	83	660	70	753	-93	-12,4 %
Generell int 2, RH	89	821	47	389	432	111,1 %
PO, Radium	4	14	-	44	-30	-68,2 %
PO, Ullevål	29	156	13	142	14	9,9 %
SUM Antall respiratordøgn	666	5 501	628	5 431	70	1,3 %

For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

PO = Postoperativ

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

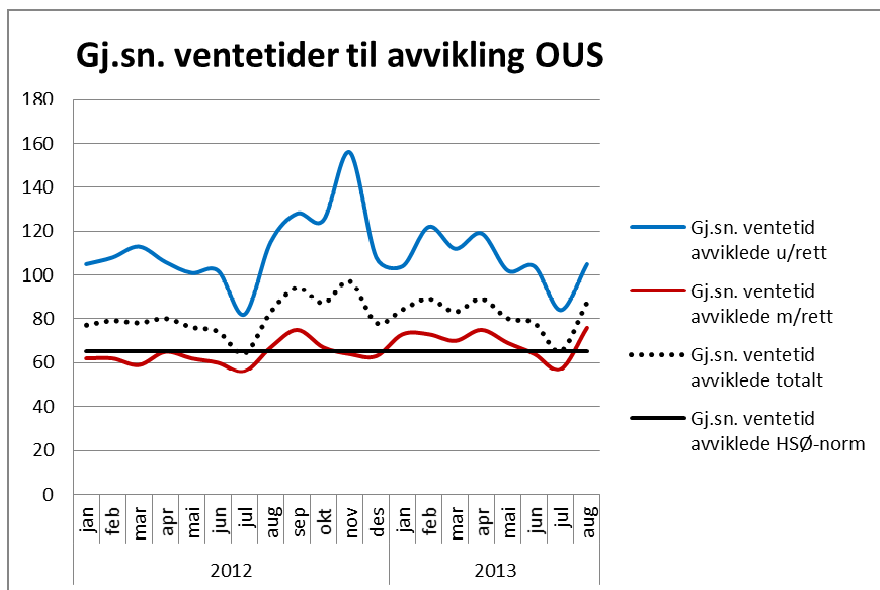


Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Sum ventende	2012										2013										Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	285	310	295	305	299	330	307	367	345	337	379	424	491	484	445	462	345	385	349	385	
MED	3 147	3 110	3 126	3 094	3 119	2 922	3 053	3 520	3 729	3 306	2 946	2 927	2 947	2 917	2 934	2 901	2 867	3 146	3 253	3 042	
KKN	19 247	19 231	19 138	18 869	19 121	18 991	19 037	19 884	19 792	19 426	15 351	15 008	15 121	14 030	14 878	13 153	12 590	13 215	13 048	13 002	
KVB	2 414	2 329	2 238	2 267	2 312	2 173	2 123	2 487	2 382	2 291	2 277	2 238	2 431	2 365	2 328	2 366	2 249	2 421	2 334	2 343	
KKT	3 449	3 435	3 500	3 428	3 453	3 336	3 398	3 617	3 413	3 441	3 618	3 520	3 559	3 450	3 537	3 468	3 431	3 743	3 752	3 599	
HLK	3 082	2 932	3 022	2 863	2 975	2 786	2 887	3 229	3 288	3 048	2 685	2 533	2 404	2 282	2 476	2 269	2 300	2 497	2 448	2 379	
AKU	416	409	372	330	382	266	236	263	278	261	182	165	172	163	171	140	186	190	186	176	
KDI	963	855	862	857	884	873	880	902	918	893	622	586	720	636	641	665	708	794	819	747	
Sum klinikker	33 003	32 611	32 553	32 013	32 545	31 677	31 921	34 269	34 145	33 003	28 060	27 401	27 845	26 327	27 408	25 424	24 676	26 391	26 189	25 670	
Diff vs. 2012											-4 943	-5 210	-4 708	-5 686	-5 137	-6 253	-7 245	-7 878	-7 956	-7 333	
Diff %											-15 %	-16 %	-14 %	-18 %	-16 %	-20 %	-23 %	-23 %	-23 %	-22 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

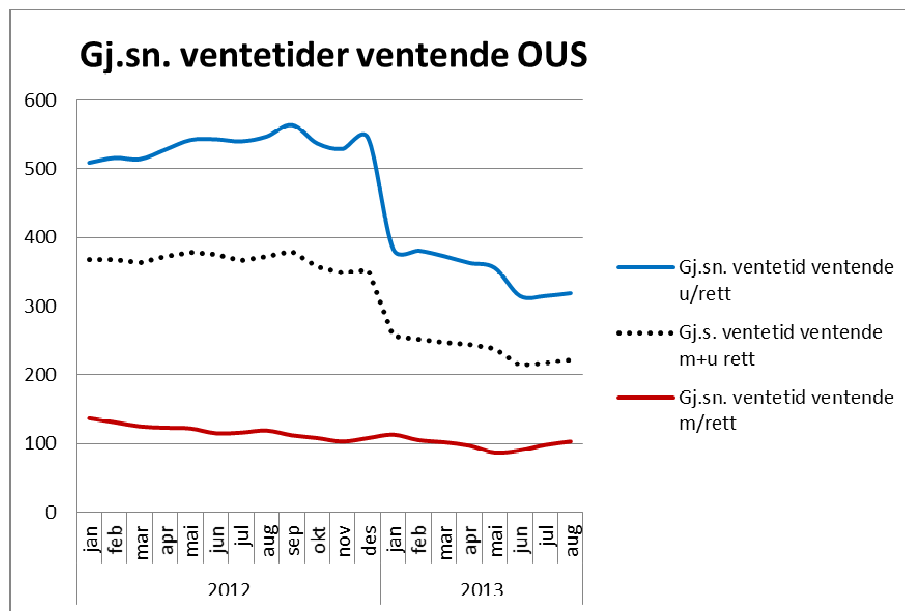
2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2012										2013										Utvikling
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	48	55	42	41	46	38	38	36	47	40	56	44	43	45	48	38	40	35	48	40	
MED	65	67	66	59	65	62	57	41	55	56	66	52	59	73	63	55	60	40	60	55	
KKN	101	99	103	108	103	112	106	95	119	109	116	142	120	124	125	116	113	98	127	115	
KVB	64	64	53	60	60	60	58	40	66	58	63	59	57	65	61	65	54	36	60	56	
KKT	52	57	52	58	54	55	58	50	60	56	64	59	61	65	62	59	65	57	78	65	
HLK	133	130	121	119	126	108	88	122	130	109	115	98	107	100	105	86	85	89	101	90	
AKU	80	103	95	107	97	87	98	73	97	92	77	68	70	79	74	85	70	92	77	80	
KDI	37	27	38	44	36	39	25	25	54	36	37	49	52	32	41	26	45	22	28	31	
OUS	77	79	78	80	78	78	76	65	84	77	84	89	85	89	87	80	78	65	87	79	
Diff vs. 2012											7	10	7	9	8	2	2	0	3	2	
Diff %											9%	13%	9%	11%	11%	3%	3%	0%	4%	2%	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

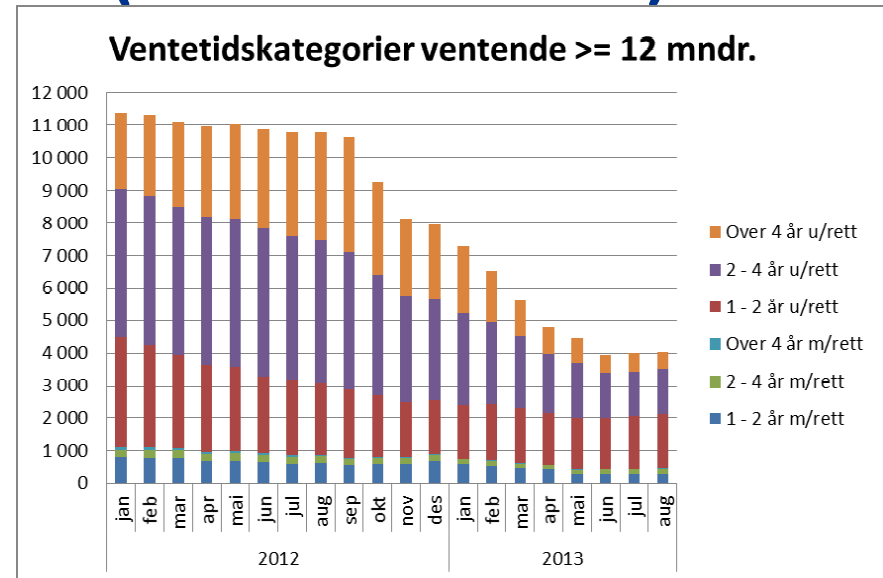
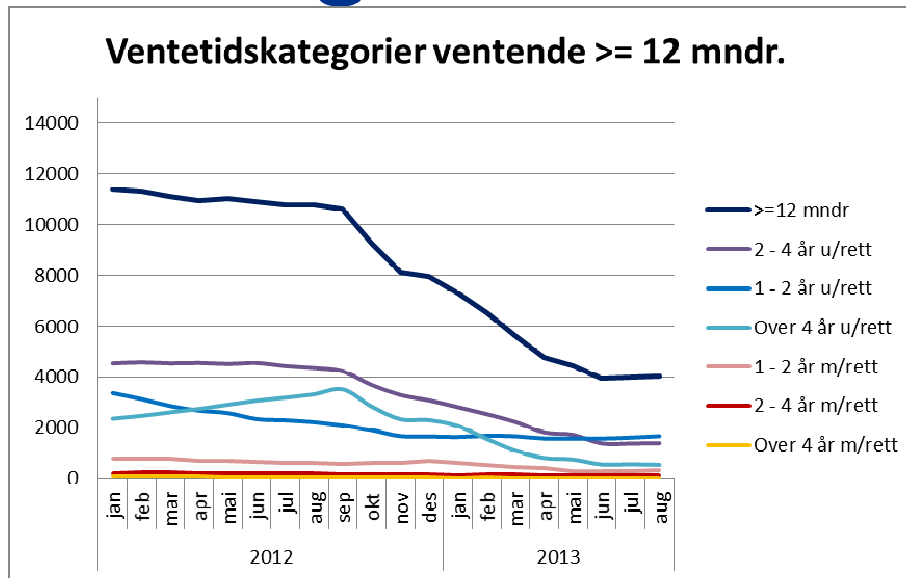
2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012										2013										Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	50	39	38	44	43	40	40	45	44	42	44	40	43	42	42	47	53	62	66	56	
MED	132	114	93	93	108	191	180	178	178	181	82	82	84	78	82	78	78	90	91	85	
KKN	503	510	517	531	515	609	615	606	622	613	391	389	386	388	389	384	339	340	346	352	
KVB	233	217	210	210	218	213	196	189	191	197	90	88	86	81	86	72	74	87	90	81	
KKT	116	111	104	107	109	111	102	108	94	104	66	62	62	56	62	59	61	73	79	68	
HLK	164	159	143	149	154	164	159	160	158	160	124	116	118	111	118	107	113	123	133	119	
AKU	97	95	89	94	94	92	73	89	78	83	79	81	100	100	90	97	85	97	100	95	
KDI	518	550	507	516	523	589	596	611	622	605	149	125	128	135	134	143	132	139	152	142	
OUS	368	368	364	373	368	442	440	428	436	436	256	252	248	245	250	238	214	217	222	223	
Diff vs. 2012											-112	-116	-116	-128	-118	-204	-226	-211	-214	-214	
Diff %											-30%	-32%	-32%	-34%	-32%	-46%	-51%	-49%	-49%	-49%	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Tertial her = vektet gj.sn. månedsverdier

Antall ventet ≥ 1 år	2012										2013										Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	7	1	1	1	3	1	2	1	1	1	0	2	3	3	2	3	5	7	6	5	
MED	479	487	455	427	462	414	397	404	400	404	69	94	86	55	76	51	52	48	57	52	
KKN	9 115	9 210	9 242	9 159	9 182	9 292	9 326	9 226	9 344	9 297	6 782	6 218	5 284	4 538	5 706	4 208	3 695	3 724	3 729	3 839	
KVB	466	407	357	351	395	339	288	285	265	294	209	41	56	45	88	36	21	22	34	28	
KKT	280	283	260	265	272	249	228	220	167	216	24	30	30	22	27	22	31	39	55	37	
HLK	383	350	304	279	329	283	272	262	218	259	62	69	77	64	68	53	59	64	71	62	
AKU	11	12	11	10	11	9	4	4	2	5	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	
KDI	531	479	438	437	471	414	420	426	430	423	111	44	62	34	63	62	61	70	83	69	
Sum	11 272	11 229	11 068	10 929	11 125	11 001	10 937	10 828	10 827	10 898	7 259	6 500	5 601	4 763	6 031	4 438	3 927	3 977	4 037	4 095	
Diff vs. 2012											-4 013	-4 729	-5 467	-6 166	-5 094	-6 563	-7 010	-6 851	-6 790	-6 804	
Diff %											-36 %	-42 %	-49 %	-56 %	-46 %	-60 %	-64 %	-63 %	-63 %	-62 %	

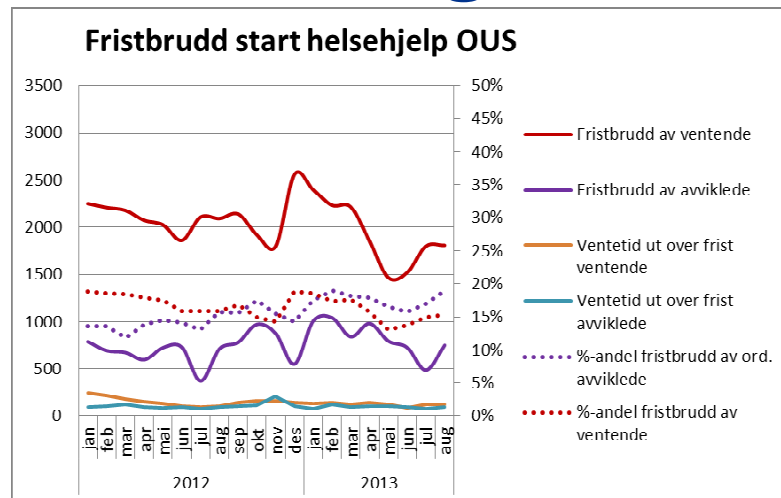
2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

Fagområde	Per 31.1	Per 28.2	Per 31.3	Per 30.4	Per 31.5	Per 31.7	Per 31.8	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	2 071	1 990	1 788	1 738	1 574	1 645	1 702	-369
090 Plastikk-kirurgi	1 529	1 547	1 501	1 467	1 430	1 385	1 396	-133
100 Nevrokirurgi	491	471	470	63	63	66	62	-429
130 Endokrinologi	37	35	37	30	28	28	31	-6
150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og karklinikken)	39	39	46	41	32	38	39	0
250 Nevrologi	1 600	1 526	1 094	838	798	293	250	-1 350
290 Øre-nese-hals sykdommer	477	100	83	82	49	55	44	-433
300 Øyesykdommer	233	266	292	302	271	261	252	19
840 Medisinsk genetikk	110	43	61	33	61	69	81	-29
Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende	7 092	6 328	5 442	4 619	4 327	3 840	3 857	-3 235
SUM TOTALT	7 430	6 517	5 615	4 764	4 458	3 989	4 039	-3 391

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 31. august 2013.

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012										2013										Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	21	14	6	7	12	11	6	7	12	9	16	12	3	6	9	8	12	4	7	8	
MED	105	78	74	80	84	59	67	25	77	57	117	130	108	81	109	65	33	14	93	51	
KKN	349	346	335	307	334	350	416	176	340	321	539	587	489	587	551	454	371	218	325	342	
KVB	66	52	37	33	47	45	29	23	31	32	56	59	43	53	53	60	56	44	47	52	
KKT	166	129	136	120	138	175	147	94	154	143	168	140	115	163	147	134	199	156	181	168	
HLK	76	70	79	45	68	83	62	45	97	72	110	112	79	89	98	73	55	48	96	68	
AKU	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	
KDI	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sum	786	690	670	595	685	724	728	371	712	634	1 006	1 041	839	981	967	794	726	484	749	688	
Diff vs. 2012											220	351	169	386	282	70	-2	113	37	55	
Diff %											28%	51%	25%	65%	41%	10%	0%	30%	5%	9%	
Fristbrudd ventende	2012										2013										Utvikling måned
	jan	feb	mar	apr	1. tert	mai	juni	juli	aug	2. tert	jan	feb	mar	apr	1.tert	mai	juni	juli	aug	2.tert	
PHA	12	10	3	4	7	7	11	19	11	12	6	7	8	13	9	21	12	26	16	19	
MED	110	104	97	74	96	51	59	89	119	80	101	143	115	58	104	21	20	50	70	40	
KKN	1 673	1 701	1 705	1 602	1 670	1 621	1 493	1 531	1 495	1 535	1 995	1 753	1 630	1 403	1 695	1 067	1 087	1 247	1 277	1 170	
KVB	110	80	68	64	81	56	50	79	75	65	56	71	81	71	70	51	92	109	98	88	
KKT	209	193	174	210	197	163	115	147	139	141	115	134	199	165	153	178	172	181	157	172	
HLK	90	86	103	96	94	104	109	158	159	133	116	116	170	146	137	122	127	175	180	151	
AKU	1	1	1	0	1	1	0	4	3	2	3	3	6	7	5	0	0	3	3	2	
KDI	20	15	13	12	15	12	11	2	1	7	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	
Sum	2 225	2 190	2 164	2 062	2 160	2 015	1 848	2 029	2 002	1 974	2 393	2 228	2 210	1 863	2 174	1 460	1 511	1 791	1 802	1 641	
Diff vs. 2012											168	38	46	-199	14	-555	-337	-238	-200	-333	
Diff %											8%	2%	2%	-10%	1%	-28%	-18%	-12%	-10%	-17%	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

2.3 Fristbrudd per fagområde

Fagområde	Mai		Juli		August	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
030 Gastroenterologisk kirurgi	17	8	31	12,3	38	19,1
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	438	25 %	502	25,4	541	27,4
070 Urologi	53	8 %	55	7,3	42	5,1
080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom	9	8 %	27	23,1	21	18,6
090 Plastikk-kirurgi	67	29 %	71	30,7	62	29,7
100 Nevrokirurgi	208	37 %	206	29,5	234	31,4
130 Endokrinologi	4	1 %	15	5,7	24	8,3
140 Fordøyelsesykdommer	7	2 %	19	5,5	26	9
150 Hjertesykdommer	109	13 %	156	19,0	155	19,9
170 Lungesykdommer	9	2 %	8	2,0	22	3,9
220 Barnesykdommer	44	8 %	94	14,6	88	16,3
250 Nevrologi	194	30 %	235	32,6	218	29,9
290 Øre-nese-hals sykdommer	123	16 %	176	25,0	159	23,4
320 Psykisk helsevern voksne	6	3 %	15	6,2	21	8,8
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	71	21 %	69	29,9	57	27,1
Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd	1 352		1 664		1 708	
Sum fristbrudd	1 465	13 %	1 792	15 %	1 796	15 %

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 31. august 2013.

2.4 Styringsparametre

Månedlige styringsparametere	201301	201302	201303	201304	201305	201306	201307	201308	HiÅ F2013
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,2 %	0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	0,9 %
2h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	85	84	46	65	34	26	33	21	394
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	206	260	174	183	112	53	48	29	1 065
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,5 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	19	14	14	14	18	17	13	14	123
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	413	346	386	362	397	356	338	347	2 945
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,9 %	5,5 %	5,7 %	6,0 %	6,4 %	6,3 %	7,0 %	6,5 %	6,1 %
7g Antall utskrivningsklare pasienter totalt TSB	23	4	2	2	3	0	1	1	36
7h Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt TSB	93	41	33	19	26	0	21	31	264
7i Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB	5,1 %	2,1 %	1,5 %	1,0 %	1,3 %	0,0 %	1,1 %	1,5 %	1,7 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	7	7	7	7	7	7	8	6	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0	0	0	0	0	0

EPJ = Elektronisk pasientjournal

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele tusen kr	Budsjett 2013	August				Hittil i 2013			
		Regnskap	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Regnskap	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	839 572	838 185	1 387	0,2 %	7 074 227	7 063 134	11 093	0,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	477 712	482 303	-4 591	-1,0 %	4 181 619	4 207 613	-25 994	-0,6 %
Andre inntekter	1 692 235	142 697	159 161	-16 464	-10,3 %	1 133 947	1 133 198	749	0,1 %
Sum driftsinntekter	18 891 948	1 459 981	1 479 649	-19 668	-1,3 %	12 389 792	12 403 945	-14 153	-0,1 %
Lønn -og innleiekostnader	13 136 508	1 048 503	1 045 655	2 849	0,3 %	8 731 369	8 602 643	128 725	1,5 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 468 248	191 130	192 675	-1 545	-0,8 %	1 626 095	1 624 250	1 845	0,1 %
Andre driftskostnader	3 406 743	260 203	273 079	-12 876	-4,7 %	2 225 865	2 259 209	-33 344	-1,5 %
Sum driftskostnader	19 011 499	1 499 836	1 511 409	-11 572	-0,8 %	12 583 328	12 486 102	97 226	0,8 %
Driftsresultat	-119 551	-39 856	-31 760	-8 096	-0,5 %	-193 536	-82 157	-111 379	-0,9 %
Netto finans	-80 449	-9 607	-6 802	-2 805	-41,2 %	-61 720	-58 847	-2 873	-4,9 %
Resultat OUS	-200 000	-49 463	-38 562	-10 901	-0,7 %	-255 257	-141 004	-114 253	-0,9 %
Resultat etter eks.ord. pensjonskostnader	-200 000	-51 511	-38 562	-12 949	-0,9 %	-270 206	-141 004	-129 202	-1,0 %

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat hittil i år

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	7 074 227	7 063 134	11 093	Awik relateres i sin helhet til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp.
ISF egne pasienter	1 482 079	1 473 937	8 142	
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	185 038	191 671	-6 634	
ISF-re fusjon kommunal medfinansiering	393 105	397 413	-4 308	De totale ISF-inntektene er omtrent 2,3 mnok lavere enn budsjettet, og har sammenheng med at aktiviteten er noe lavere enn budsjettet (0,3 %). Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell inngår i resultatet.
ISF-inntekt kostnadskrevede	21 301	20 838	463	
Utskrivningsklare pasienter	3 337	2 828	509	Antall utskrivningsklare pasienter hittil i år er noe høyere enn budsjettet.
Gjeste pasienter	345 304	376 752	-31 448	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter som også er lavere enn budsjett hittil i år. Awiket de to siste månedene er mindre enn snittet i foregående måneder.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 456 535	1 424 977	31 558	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettet. Det positive aviket er i hovedsak relatert til kurdøgn og lab-/røntgenområdet. Deler av dette må ses i sammenheng med negativt avvik som inngår i andre driftsinntekter. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil jevnes ut på årsbasis.
Polikliniske inntekter	294 920	319 197	-24 277	De polikliniske inntektene 24 mnok lavere enn budsjettet. Awiket gjelder i hovedsak innenfor lab/røntgen og psykisk helse.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	29 814	35 770	-5 956	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	596 497	656 684	-60 187	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettet, men må sees i sammenheng med andre dr.innt.
Andre driftsinntekter	507 635	440 744	66 891	Nivå for inntektsføring av andre driftsinntekter er 67 mnok høyere enn budsjettet. Det er et relativt stort positivt avvik på inntektsføring av tilskudd fra private institusjoner, men dette må sees i sammenheng med inntekter for andre øremerkede tilskudd. I tillegg inngår et negativt avvik som må ses i sammenheng med det positive aviket på salg av konserninterne helsetjenester.
	12 389 791	12 403 945	-14 154	
Kjøp av offentlige helsetjenester	13 949	45 081	-31 131	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 31 mnok lavere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med merforbruk for kjøp av private helsetjenester.
Kjøp av private helsetjenester	169 388	134 173	35 215	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 35 mnok høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende mindreforbruk for kjøp av off. helsetjenester.
Varekostnader	1 412 559	1 414 140	-1 581	Varekostnadene er omtrent som budsjettet.
Innleid arbeidskraft	116 830	55 996	60 835	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettet. Kostnader til innleie er 27 mnok høyere per august 2013 enn samme periode i 2012. Deler av dette skyldes nye avtaler for innleie av helsepersonell. Merforbruket er størst innenfor operasjons- og intensivområdet, men er også høyt ved thoraxkirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling og nevrokirurgisk avdeling.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	30 198	30 857	-659	Kjøp av konserninterne helsetjenester er omtrent som budsjettet hittil.
Lønn til fastansatte	5 765 343	5 654 963	110 380	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 82 mnok når det korrigeres for lavere pensjonskostnader enn budsjettet. Lønnskostnadene per august er redusert med 22 mnok knyttet til årets lønnsoppgjør som viser seg å bli noe lavere enn budsjettet. Dette påvirker akkumulert avvik tilsvarende. Akkumulert avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettet, blant annet som følge av forsinkelser i gjennomføring av tiltak mv. Videre er deler av dette relatert til kostnader til frikjøp av personell i forbindelse med DIPS-innføringsprosjekt (30-40 månedesverk). Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mill kroner lavere enn forutsatt i budsjettet, hvorav 15 mnok per august.
Overtid og ekstra hjelp	665 761	669 789	-4 028	
Pensjon	1 586 202	1 601 152	-14 950	
Off tilskudd og ref ved arbeidskraft	-390 575	-359 609	-30 966	
Annen lønn	987 807	980 352	7 455	
Avskrivninger	515 962	526 667	-10 705	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	0	0	0	i/a
Andre driftskostnader	1 709 903	1 732 542	-22 639	Det er små mindreforbruk på flere poster, blant annet er IKT-kostnadene og konsulentkostnader noe lavere enn budsjettet. Høyere energikostnader enn budsjettet, blant annet inngår kostnad relatert til 2012 med om lag 10 mnok, bidrar til reduksjon av mindreforbruket. Totalt er det mindreforbruk på 22,6 mnok.
	12 583 327	12 486 102	97 225	
Finansinntekter	-1 212	14 263	-15 475	Awiket skyldes effekt av interne eliminerings relatert til kjøp og salg fra AS'ene som er bokført på andre linjer (andre driftsinntekter og -kostnader). Bidrag fra datterselskap er om lag 0,9 mnok høyere enn budsjettet per august. Dette antas å jevnes ut i løpet av høsten.
Finanskostnader	60 508	73 110	-12 602	
Netto finans	61 720	58 847	2 873	
TOTALT	-255 256	-141 004	-114 252	
Avvik justert for avvik pensjon			-129 202	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

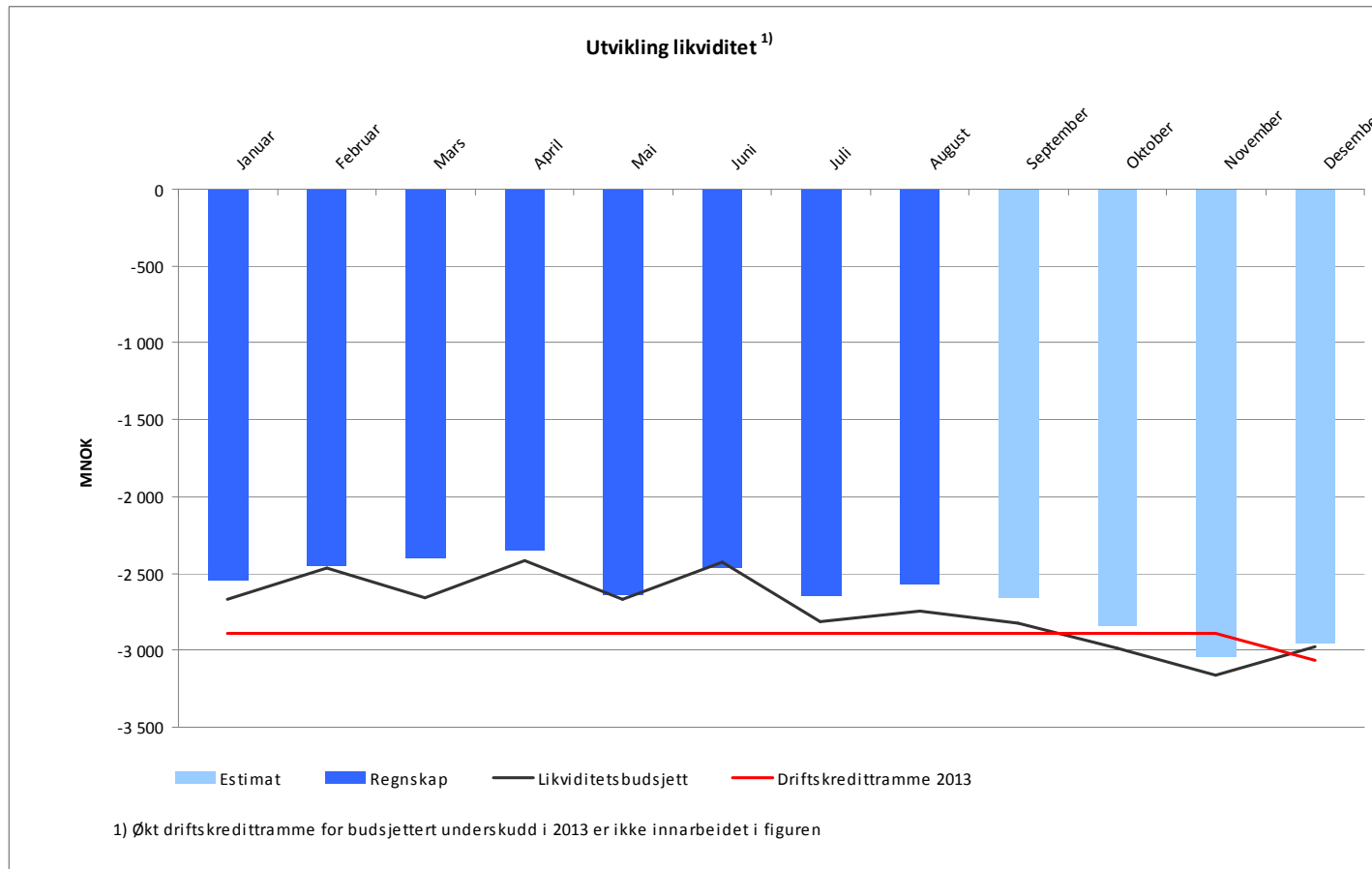
Rapportering aug 2013 tall i hele 1000 kr	August				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10 803	0	10 803	8,4 %	20 573	0	20 573	1,8 %
Medisinsk klinikk	-3 335	0	-3 335	-3,8 %	-24 494	0	-24 494	-3,4 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-14 228	0	-14 228	-8,8 %	-120 416	0	-120 416	-9,2 %
Kvinne- og barneklubben	-8 621	0	-8 621	-7,2 %	-27 223	0	-27 223	-2,8 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-7 262	0	-7 262	-3,9 %	-60 756	0	-60 756	-4,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-4 689	0	-4 689	-6,1 %	-54 063	0	-54 063	-8,1 %
Akuttklubben	-9 048	0	-9 048	-5,3 %	-72 860	0	-72 860	-5,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	298	0	298	0,2 %	-5 549	0	-5 549	-0,4 %
Oslo sykehuservice	-1 097	0	-1 097	-0,7 %	-15 405	0	-15 405	-1,2 %
Konsern	-1 340	964	-2 304	-	4 243	3 301	942	-
Fellesposter	-14 016	-39 526	25 510	-10,4 %	64 474	-144 305	208 779	4,8 %
Direktørensstab	2 973	0	2 973	2,6 %	36 639	0	36 639	4,3 %
Sum OUS	-49 463	-38 562	-10 901	-0,7 %	-255 257	-141 004	-114 253	-0,9 %
Justert for eks.ord. pensjonskostnader	-51 511	-38 562	-12 949	-0,9 %	-270 206	-141 004	-129 202	-1,0 %

Avvik i pst av totale kostnader.

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per august

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 20,5	Regnskapet viser et positivt budsjettaavvik på 20,5 mnokt. Bemanningstilpasningen knyttet til organisasjonsmessige endringer er ikke endelig avsluttet. Det er fortsatt overtallige som ikke det er funnet en endelig løsning for. Budsjettet inkl kostnader for disse etter definerte forutsetninger, samt at det er tilbakeført avsetninger foretatt pr 31.12 2012. Se ovenfor. Varigheten av tidsforløpet fram til endelig løsning av ansettelsesforholdet for de overtallige, bestemmer om det er tilstrekkelig kostnadsdekning i budsjettet og avsetning.
Medisinsk klinikk	- 24,5	Resultat for Medisinsk klinikk aug.13 er på - 24,5 mnok og august resultat isolert er marginalt forverret sammenlignet med perioden jan.13 - jul.13. Negativt resultatutvikling skyldes lavere enn forventet DRG inntjening som følger av registreringsfristen var en dag tidligere slik at registreringsetterlep er høyere enn vanlig.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 120,4	Klinikken har i august et merforbruk på 14 millioner kroner. Det er særlig på aktivitet hvor det ser noe bedre ut i august. Dette er stort sett knyttet til etterslep for tidligere måneder. Lønnsavviket er gjennomsnittlig og viser heller ingen spesiell endring i form av type lønnsavvik eller sammensetning av avvik mellom avdelingene. Noe større avvik på interne poster enn tidligere. Det skyldes nye tall fra KDI på blodutgifter.
Kvinne- og barneklubben	- 27,2	I august har klinikken et negativt avvik på ca kr 8,5 mnok. Dette skyldes lavere inntekter enn budsjettet og samtidig høyere innleie- og lønnskostnader. I tillegg har nyfødtscreeningen overført driftsmidler til investeringsbudsjettet og dette har en negativ effekt på 1,5 mnok denne måneden. Til nå i september har vi etterkodning på ca 58 drg-poeng som ikke var med i regnskapet som ville forbedret resultatet med ca 1,3 mnok. Hittil i år har klinikken et negativt resultat på 27 mnok.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 60,7	Klinikken har så langt i år aktivitet som er 1,7 prosent høyere enn budsjettet og 2,3 prosent høyere enn 2012. Samtidig er både personalkostnader, vare- og driftskostnader vesentlig høyere enn budsjettet. Av avviket på varekostnader skyldes 6,5 mnok kreftmedikamentet Ipilimumab som ikke er budsjettet.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 54,1	Klinikken har et negativt DRG avvik på -314 poeng. Dette gjelder i hovedsak på TKA og Lunge. TKA får ikke full kapasitetsutnyttelse av to intensivsenger på Akuttklubben. I akuttengene har det vært høyt belegg, og god pasientstrøm. DRG inntjeningen går ned på grunn av lavere kapasitet. Klinikken har et akkumulert avvik på -54 mnok hvorav -9,2 mnok er DRG avvik, - 14 mnok er ikke innfridde tiltak, innleie ut over plan utgjør -12,6 mnok, udefinert utgjør -7 mnok, -1 mnok lønnsnedgang etter lønnsoppgjør, -5,3 mnok er vakanser på TKA, KAR og KARD pgr. av leger som er sykemeldt fra vakt. Klinikken gjort 8 transplantasjoner mer enn i 2012.
Akuttklubben	- 72,9	Akuttklubben har et underskudd på 73 mnok hvorav 18 mnok skyldes merforbruk av innleie (80 % er relatert til PO/Intensiv), 31 mnok er lønnskostnader, i hovedsak på variabel lønn (overtid/ekstrahjelp). Dette er hovedsakelig PO/Intensiv og Prehospitalt Senter og noe på anestesiområdet. Det er et merforbruk på implantater og instrumenter på Operasjonsavdelingen og Avdeling for smertebehandling. Merforbruket på medisinske forbruksvarer er hovedsakelig på PO/Intensiv. Pasientreiser har et akkumulert underskudd på 2,3 mnok. Det er fortsatt høye kostnader knyttet til reparasjoner og driftskostnader på ambulanser i Prehospitalt Senter. PhS har fortsatt en aktivitetsvekst.
Klinikk for diagn. og intervensjon	- 5,5	Klinikken har pr august et negativt avvik på 5,5 mnok. I hovedsak skyldes dette inntektstap knyttet til Avd.medisinsk genetikk (AMG) der innføring av nytt labsystem har vært mer krevende enn forutsatt. Inntektstapet på AMG veies noe opp av positive engangseffekter på lønn og varekost samt gode inntekter fra øvrige avdelinger. Aktiviteten på AMG er nå stigende og klinikken styrer mot et resultat i balanse for 2013.
Oslo sykehusservice	- 15,4	OSS har et negativt resultat HiÅ på 15,4 mnok. Dette skyldes i all hovedsak energi. OSS styrer mot å gå i balanse for 2013.
Stab	+ 36,6	Forhold som bidrar til avviket er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, ubesatte stillinger og noe lavere IKT-kostnader.
Fellesposter mv	+ 209,7	Avviket relateres til bla ikke-fordelte budsjettmidler, mindrekostnader tariff, lavere rentekostnader, lavere avskrivningskostnader mv.
Samlet avvik	- 129,2	I samlet avvik inngår mindrekostnader for pensjon med om lag 15 mnok.

3.5 Likviditet

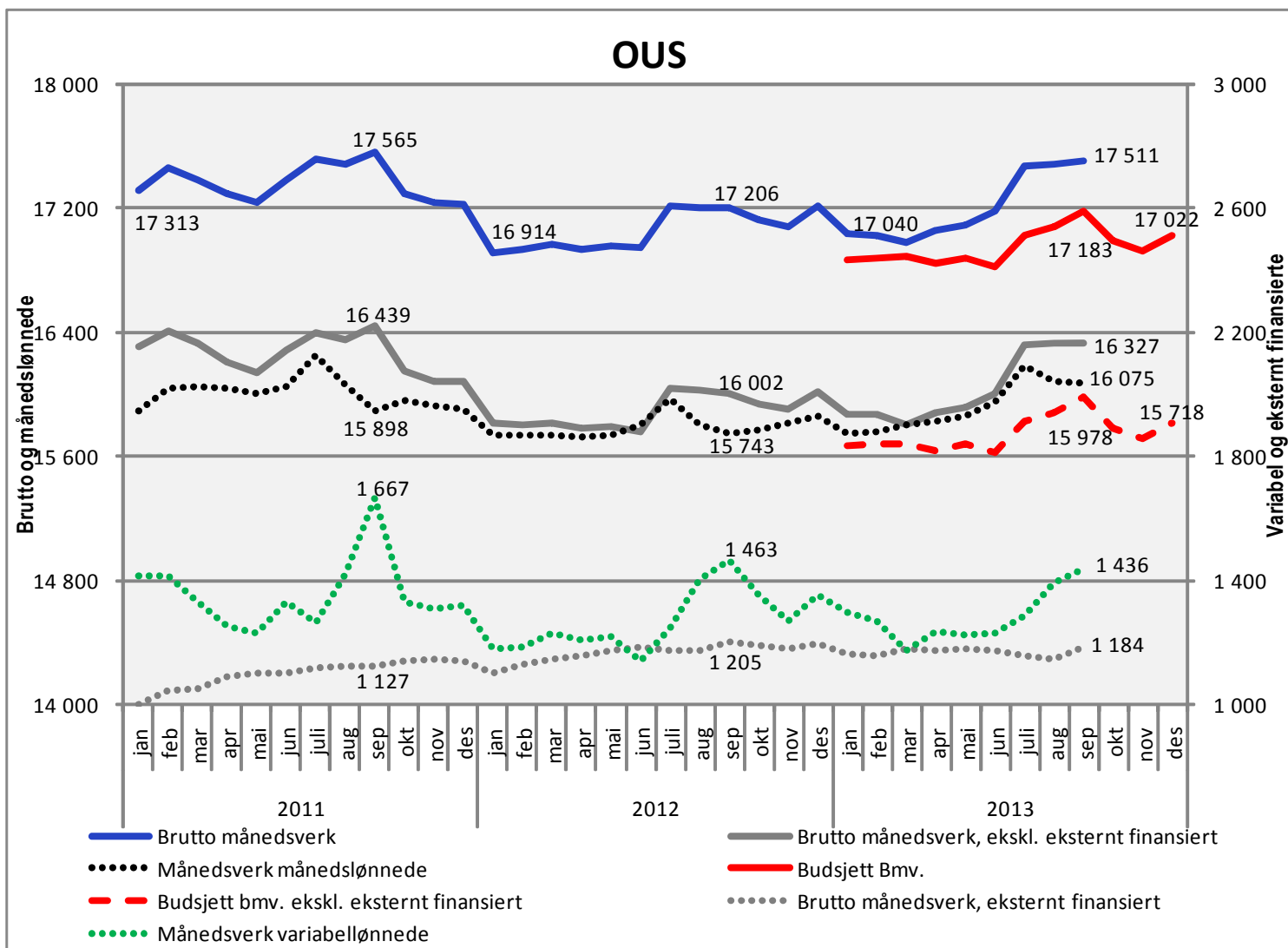


3.6 Samlet tiltaksgjennomføring OUS

Klinikk	BUD 2013 (1000 kr)	BUD AUG (1000 kr)	REALISERT AUG (i1000 kr)	Gjennom- førings %
PHA	20 670	13 558	13 55	100 %
MED	13 105	8 737	794	9 %
KKN	22 600	13 527	4 666	34 %
KVB	25 960	16 171	7 210	45 %
KKT	3 578	25 325	20 458	81 %
HLK	32 233	20 357	6 291	31 %
AKU	46 449	30 338	12 161	40 %
KDI	15 740	9 853	9 075	92 %
DSS	64 428	40 436	30 075	74 %
Budsjettet effekt av tiltak	278 764	178 302	104 288	58 %

BUD 2013 (årsverk)	BUD AUG (årsverk)	REALISERT AUG (årsverk)	Gjennom- førings %
31	20	20	100 %
19	19	0	1 %
13	13	0	0 %
13	13	10	80 %
18	18	16	91 %
29	28	0	0 %
42	46	18	40 %
6	6	4	73 %
55	55	40	73 %
225	217	109	50 %

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

Indikator	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	sep 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2013 mot sep 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	17 511	17 183	328	17 204	16 943	262	1,5 %	305	1,7 %	174	1,0 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 327	15 978	349	16 036	15 738	299	1,9 %	325	2,0 %	166	1,0 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 184	1 205	-21	1 168	1 205	-37	-3,1 %	-21	-1,7 %	8	0,6 %
Innleie fra vikarbyrå	156	112	44	149	101	48	47,3 %				
Månedsverk månedslønnede	16 075	15 903	172	15 922	15 824	98	0,6 %	332	2,1 %	145	0,9 %
Månedsverk variabellønnede	1 436	1 280	156	1 282	1 119	163	14,6 %	-27	-1,9 %	29	2,2 %
Netto månedsverk nasj. ind.	9 289	-	-	12 472	-	-	-	1 072	11,5 %	299	2,4 %
Sykefraværprosent	6,9	7,4	-0,5	7,5	7,4	0,1	1,3 %	-0,8	-5,5 %	-0,2	-2,6 %

Brutto månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2013				2013 mot 2012			
	sep 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2013 mot sep 2012	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 119	2 133	-14	2 079	2 084	-5	-0,3 %	-61	-2,9 %	-55	-2,6 %
MED	1 223	1 186	36	1 203	1 169	34	2,9 %	26	2,1 %	3	0,3 %
KKN	2 132	2 007	125	2 081	1 982	98	5,0 %	62	2,9 %	44	2,1 %
KVB	1 633	1 593	40	1 615	1 591	24	1,5 %	46	2,8 %	22	1,3 %
KKT	2 207	2 053	154	2 145	2 006	139	6,9 %	73	3,3 %	38	1,8 %
HDK	810	795	15	795	779	17	2,1 %	13	1,7 %	15	1,9 %
AKU	2 249	2 259	-10	2 252	2 221	31	1,4 %	55	2,4 %	20	0,9 %
KDI	1 921	1 902	19	1 899	1 897	2	0,1 %	28	1,5 %	30	1,6 %
OSS	1 803	1 690	113	1 745	1 666	80	4,8 %	73	4,0 %	44	2,5 %
OUS	16 327	15 978	349	16 036	15 738	299	1,9 %	325	2,0 %	166	1,0 %

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon). Timeprisen for omberegningen av innleie til B.mv. er justert i 2013 slik at det er ikke grunnlag for direkte sammenlikning fra 2012 til 2013. Se for øvrig lysbilde 3.2 – lønnskostnader der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Brutto månedsværk OUS	Denne periode			Hittil i 2013				2013 mot 2012				Stillingskategorienes gjennomsnittlige andel		
	sep 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2013 mot sep 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i før	%-vis endring	Andel hele 2013	Andel hele 2012	Gj.snittelig endring 2013 mot 2012
(1) Administrasjon/Ledelse	3 018	2 767	251	2 950	2 748	201	7,3 %	82	2,7 %	23	0,8 %	17,1 %	17,2 %	0,7 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 571	1 444	127	1 504	1 422	83	5,8 %	-19	-1,2 %	13	0,9 %	8,7 %	8,7 %	1,2 %
(3) Leger	2 286	2 303	-17	2 273	2 266	7	0,3 %	-22	-1,0 %	15	0,7 %	13,2 %	13,3 %	0,4 %
(3a) Overleger	1 388	-	-	1 387	-	-	-	-24	-1,7 %	9	0,7 %	8,1 %	8,1 %	0,4 %
(3b) LIS-leger	864	-	-	852	-	-	-	2	0,2 %	6	0,7 %	5,0 %	5,0 %	0,4 %
(3c) Turnusleger	34	-	-	34	-	-	-	-0	-0,2 %	-0	-0,4 %	0,2 %	0,2 %	-1,6 %
(4) Psykologer	257	244	14	253	242	11	4,5 %	14	5,6 %	2	0,9 %	1,5 %	1,5 %	0,9 %
(5) Sykepleier	5 538	5 623	-85	5 491	5 533	-42	-0,8 %	150	2,7 %	65	1,2 %	31,9 %	31,9 %	0,8 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	565	605	-40	574	597	-23	-3,8 %	-35	-6,2 %	-38	-6,5 %	3,3 %	3,6 %	-5,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 382	1 362	20	1 363	1 347	16	1,2 %	32	2,3 %	25	1,8 %	7,9 %	7,9 %	1,7 %
(8) Apotekstillinger	3	2	1	2	2	0	17,9 %	1	33,8 %	0	11,6 %	0,0 %	0,0 %	-23,0 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 524	1 429	95	1 483	1 407	76	5,4 %	53	3,5 %	41	2,8 %	8,6 %	8,5 %	2,6 %
(10) Ambulansepersonell	456	501	-45	465	490	-25	-5,0 %	12	2,6 %	16	3,5 %	2,7 %	2,6 %	3,2 %
(11) Forskning	819	903	-85	791	889	-98	-11,0 %	14	1,7 %	4	0,5 %	4,6 %	4,6 %	0,0 %
(99) Ukjente	85	-	-	53	-	-	-	17	19,6 %	5	9,5 %	0,3 %	0,3 %	22,7 %
SUM	17 511	17 183	329	17 204	16 943	262	1,5 %	305	1,7 %	174	1,0 %	100 %	100,0 %	0,9 %

Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert OUS	Denne periode			Hittil i 2013				2013 mot 2012				Stillingskategorienes gjennomsnittlige andel		
	sep 2013	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. sep	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ sep 2013 mot sep 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i før	%-vis endring	Andel hele 2013	Andel hele 2012	Gj.snittelig endring 2013 mot 2012
(1) Administrasjon/Ledelse	2 768	2 537	231	2 696	2 518	177	7,0 %	91	3,3 %	20	0,8 %	16,8 %	16,8 %	0,8 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 517	1 401	116	1 452	1 378	74	5,4 %	-13	-0,9 %	13	0,9 %	9,1 %	9,0 %	1,3 %
(3) Leger	2 252	2 264	-12	2 237	2 227	10	0,5 %	-16	-0,7 %	18	0,8 %	13,9 %	14,0 %	0,5 %
(3a) Overleger	1 357	-	-	1 355	-	-	-	-21	-1,5 %	12	0,9 %	8,5 %	8,5 %	0,6 %
(3b) LIS-leger	860	-	-	847	-	-	-	4	0,5 %	7	0,8 %	5,3 %	5,3 %	0,5 %
(3c) Turnusleger	34	-	-	34	-	-	-	-0	-0,2 %	-0	-0,4 %	0,2 %	0,2 %	-1,6 %
(4) Psykologer	234	234	-0	229	233	-4	-1,7 %	21	9,1 %	6	2,7 %	1,4 %	1,4 %	2,9 %
(5) Sykepleier	5 473	5 567	-93	5 427	5 477	-50	-0,9 %	146	2,7 %	58	1,1 %	33,8 %	33,9 %	0,7 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	564	604	-40	574	597	-23	-3,8 %	-36	-6,3 %	-38	-6,6 %	3,6 %	3,8 %	-5,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 297	1 284	13	1 283	1 269	14	1,1 %	26	2,0 %	17	1,3 %	8,0 %	8,0 %	1,3 %
(8) Apotekstillinger	2	1	1	2	1	1	49,3 %	1	46,3 %	0	24,2 %	0,0 %	0,0 %	33,5 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 445	1 374	71	1 408	1 352	56	4,1 %	54	3,8 %	43	3,1 %	8,8 %	8,6 %	2,8 %
(10) Ambulansepersonell	456	501	-45	465	490	-25	-5,0 %	12	2,6 %	16	3,5 %	2,9 %	2,8 %	3,2 %
(11) Forskning	229	210	18	212	196	16	8,0 %	14	5,9 %	4	2,0 %	1,3 %	1,3 %	1,0 %
(99) Ukjente	84	-	-	51	-	-	-	20	23,4 %	6	11,0 %	0,3 %	0,3 %	24,5 %
SUM	16 327	15 978	350	16 037	15 738	299	1,9 %	325	2,0 %	166	1,0 %	100 %	100,0 %	0,9 %

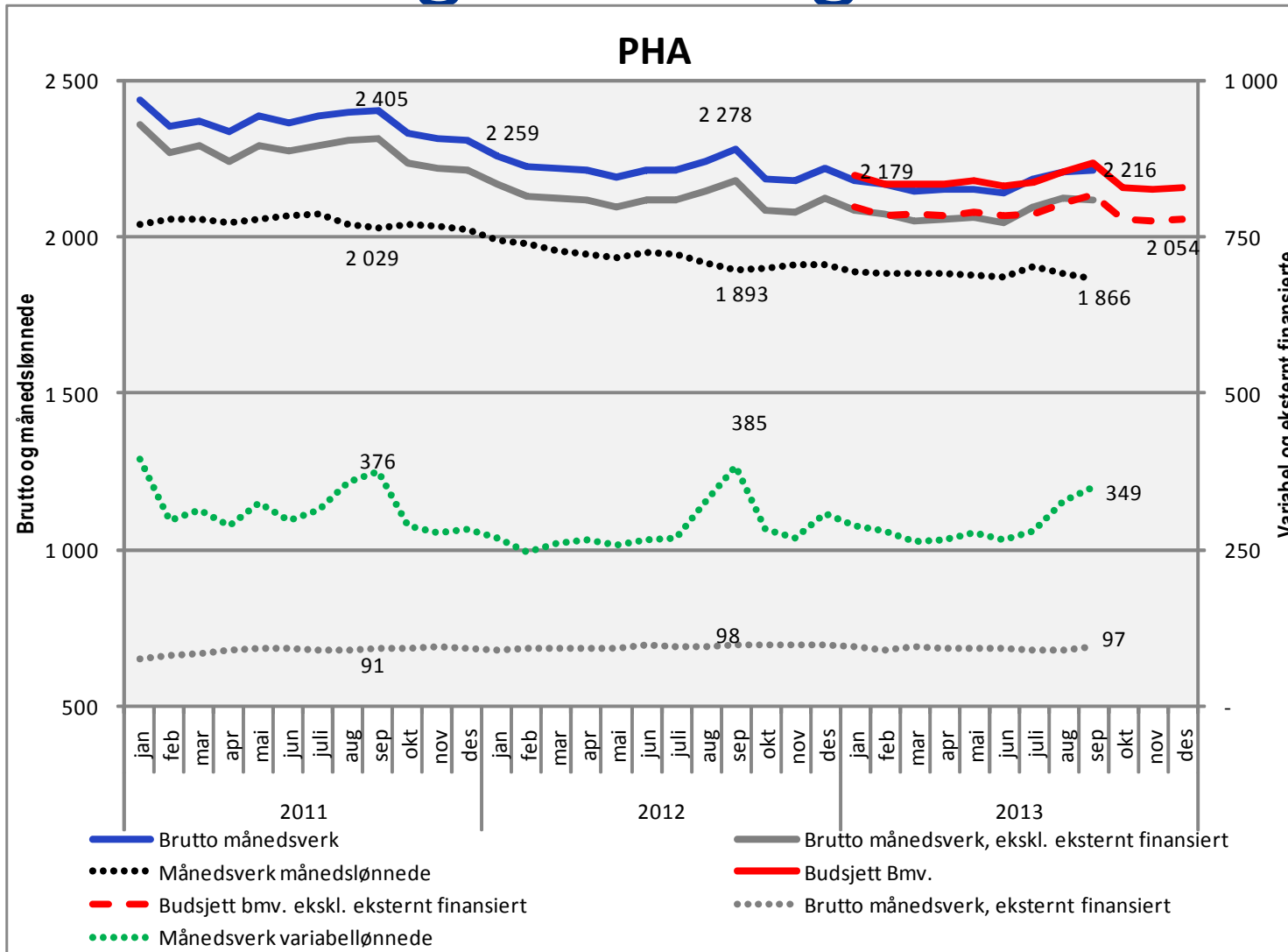
4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt sep						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 100	520	16,8 %	93,7 %	16,3 %	94,4 %
MED	1 707	378	22,1 %	96,5 %	23,6 %	97,2 %
KKN	2 575	652	25,3 %	93,3 %	18,9 %	94,5 %
KVB	2 424	783	32,3 %	92,4 %	28,6 %	93,8 %
KKT	3 059	617	20,2 %	97,6 %	15,2 %	98,7 %
HLK	973	161	16,5 %	97,0 %	9,8 %	97,9 %
AKU	2 994	508	17,0 %	99,2 %	10,6 %	99,7 %
KDI	2 377	359	15,1 %	97,4 %	7,3 %	98,4 %
OSS	2 913	260	8,9 %	97,4 %	5,1 %	97,9 %
STAB	324	25	7,7 %	96,8 %	5,4 %	97,3 %
OUS	21 766	4 133	19 %	96,6 %	14,6 %	97,5 %

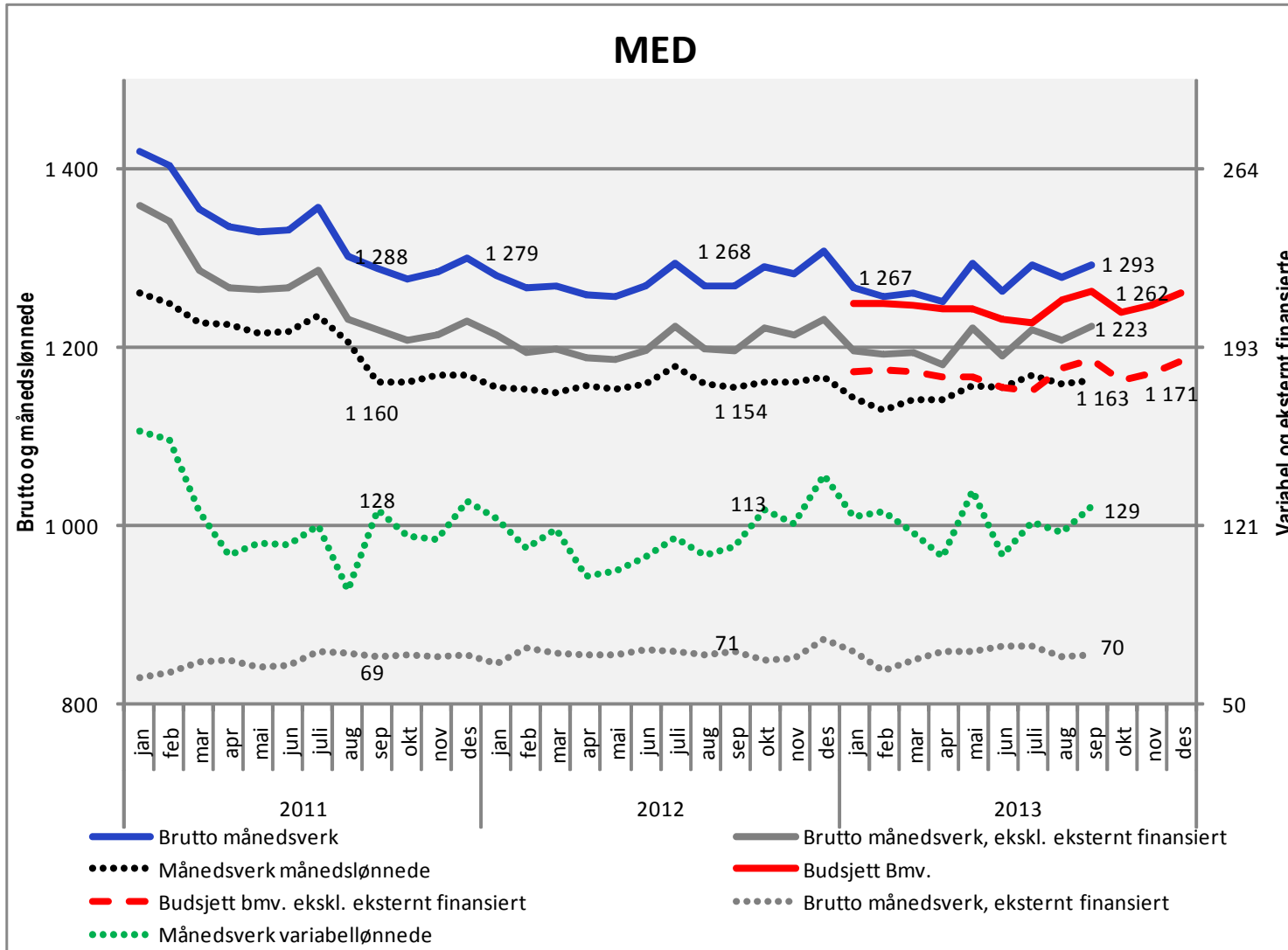
Deltid - fast ansatte - Ekskl. eksternt finansiert sep						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	2 952	482	16,3 %	93,7 %	16,2 %	94,4 %
MED	1 624	363	22,4 %	96,0 %	23,7 %	96,8 %
KKN	2 504	642	25,6 %	93,3 %	19,0 %	94,6 %
KVB	2 262	751	33,2 %	91,7 %	29,7 %	93,1 %
KKT	2 637	563	21,4 %	97,2 %	15,5 %	98,3 %
HLK	942	158	16,8 %	97,0 %	9,9 %	97,9 %
AKU	2 973	503	16,9 %	99,2 %	10,6 %	99,6 %
KDI	2 104	318	15,1 %	97,5 %	7,1 %	98,4 %
OSS	2 877	257	8,9 %	97,4 %	5,1 %	97,9 %
STAB	261	15	5,7 %	97,1 %	4,5 %	97,6 %
OUS	20 385	3 910	19 %	96,4 %	14,7 %	97,3 %



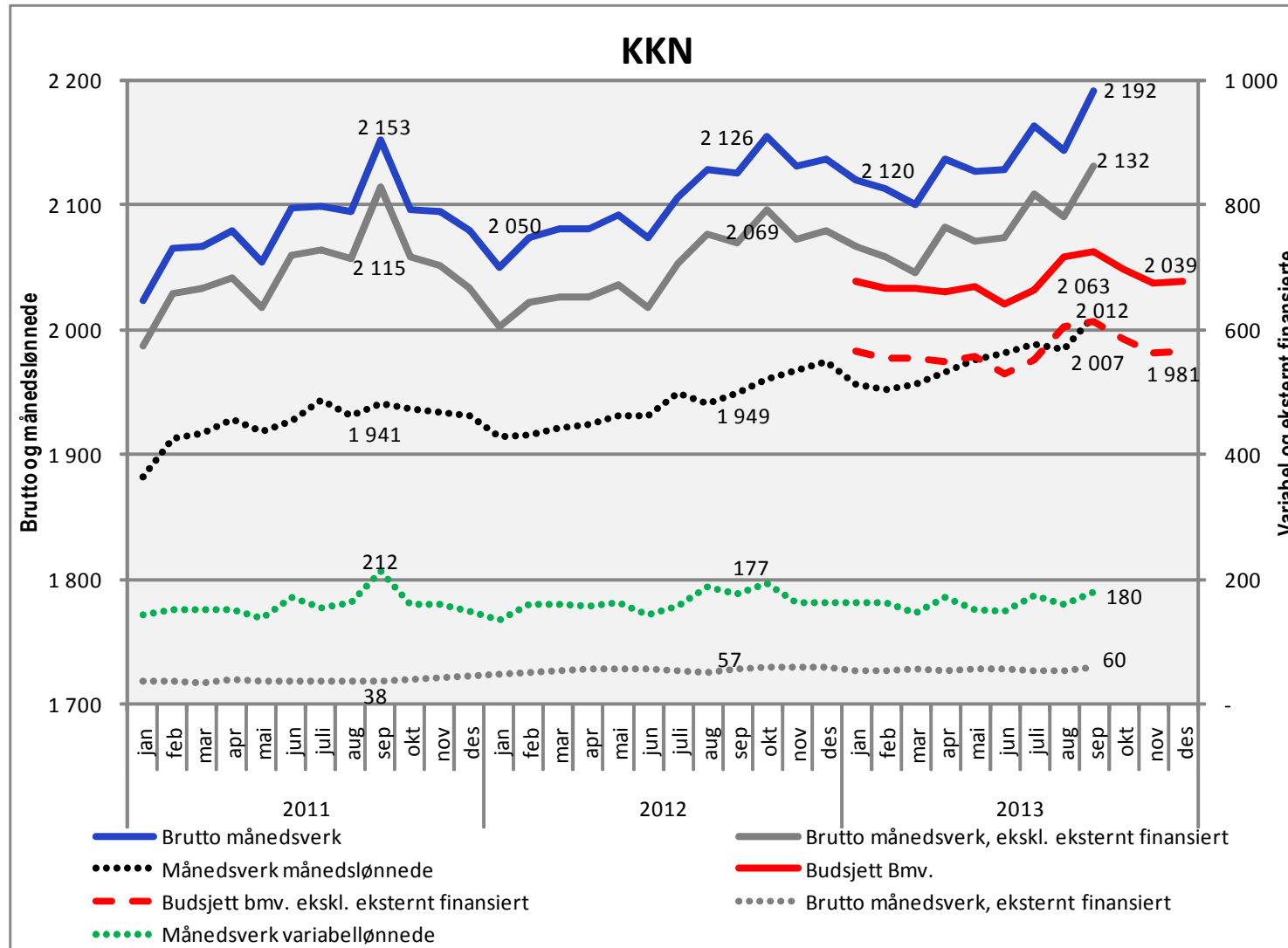
4.5 Bemanningsutvikling PHA



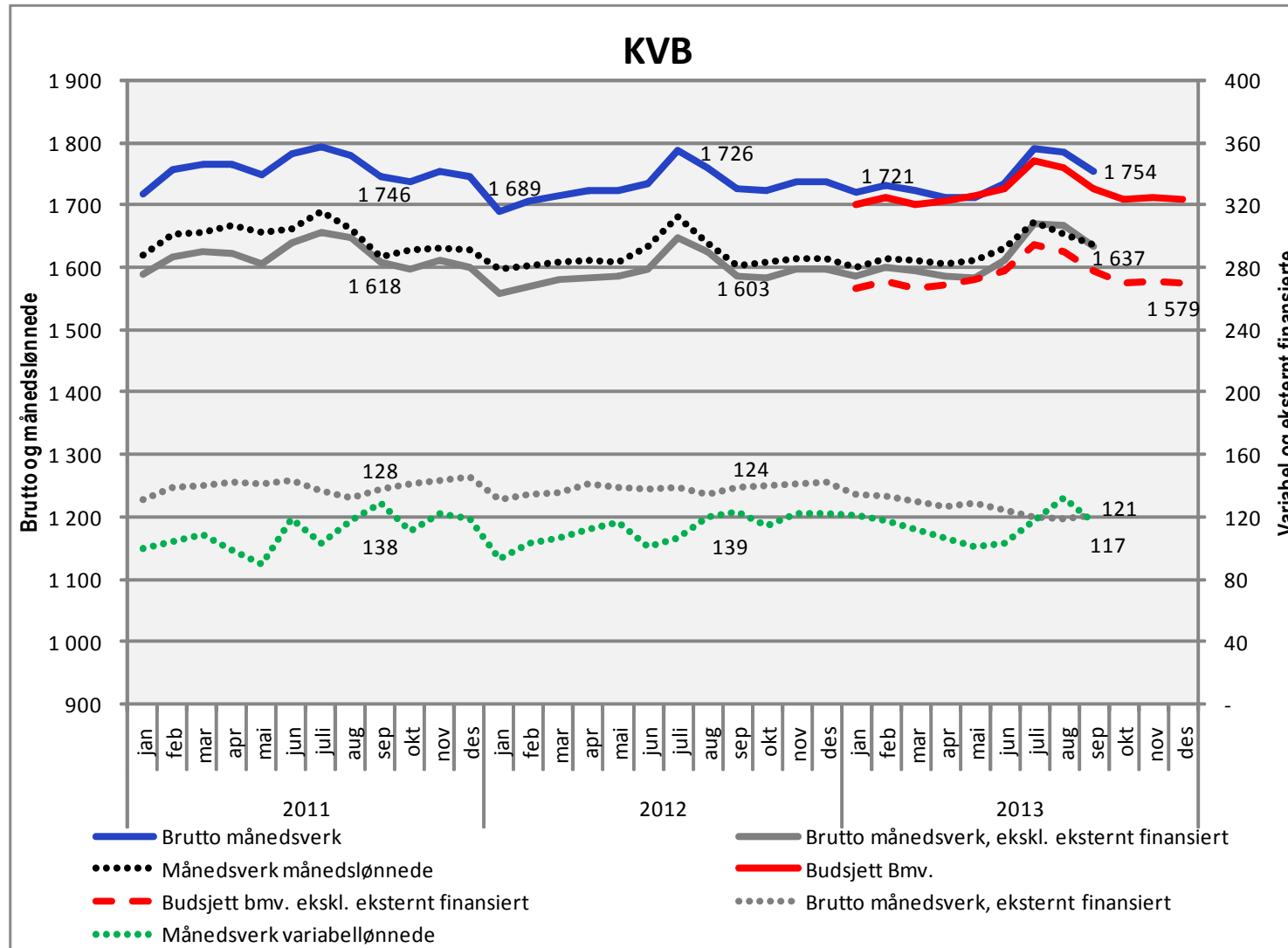
4.5 Bemanningsutvikling MED



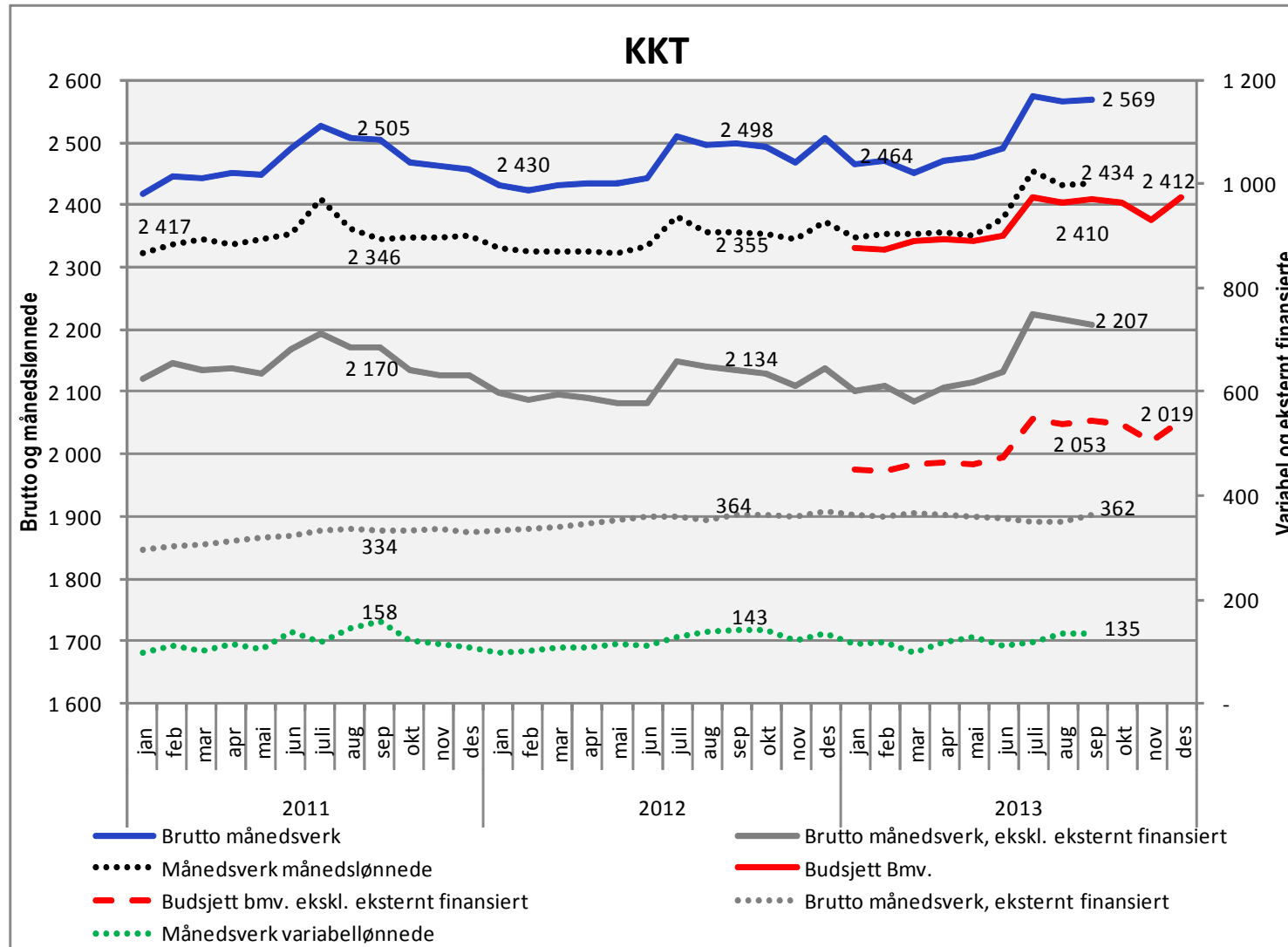
4.5 Bemanningsutvikling KKN



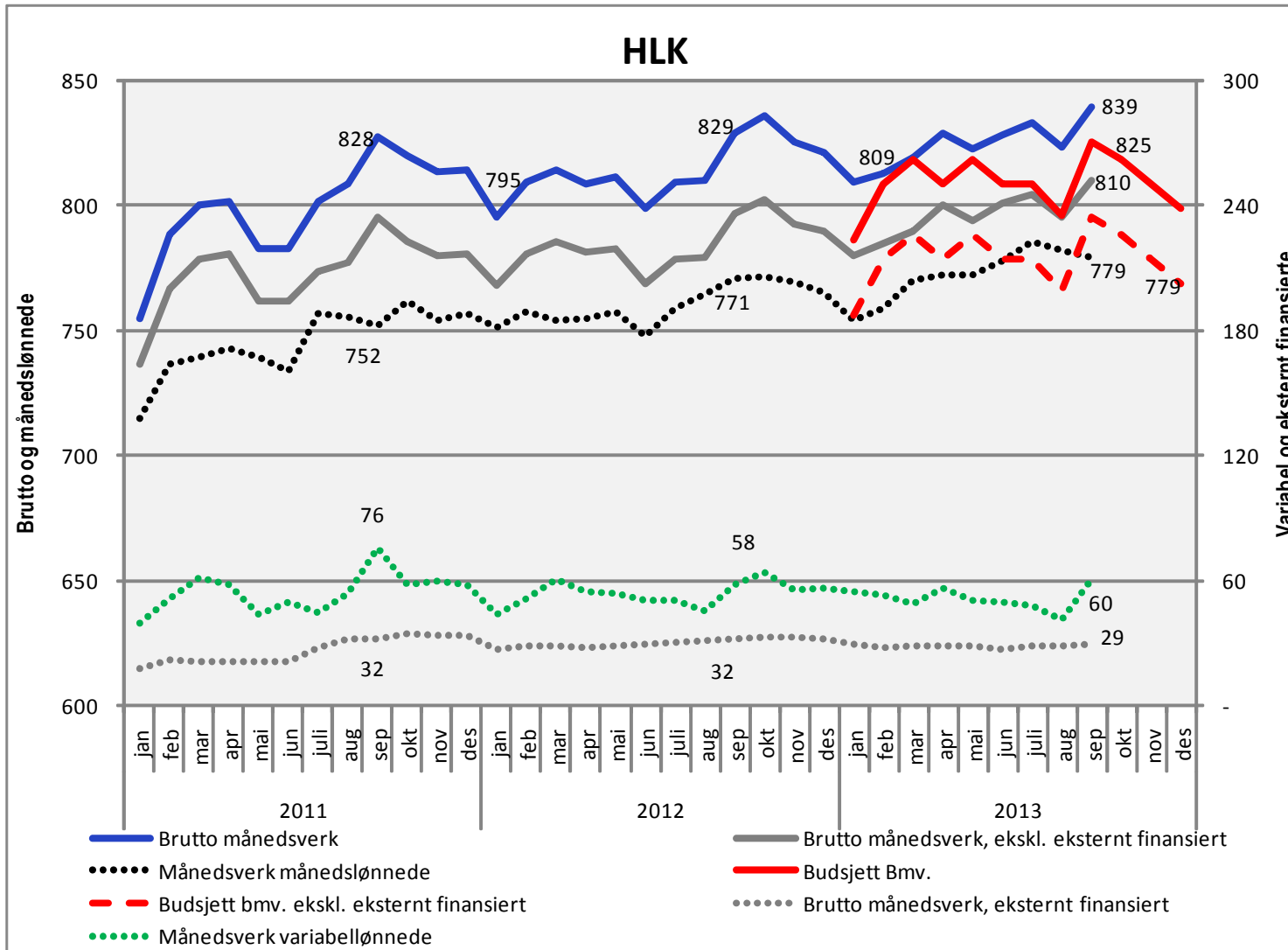
4.5 Bemanningsutvikling KVB



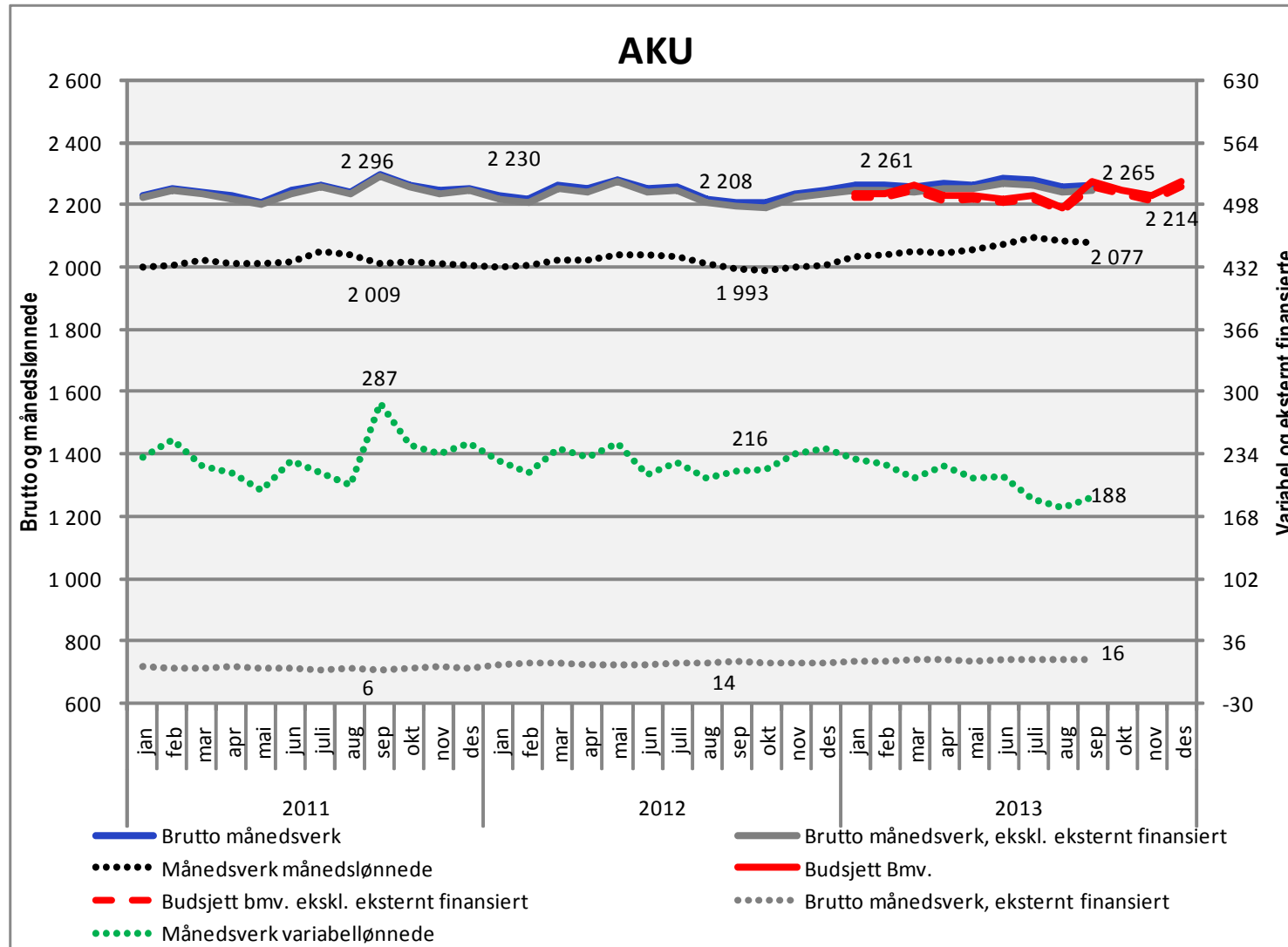
4.5 Bemanningsutvikling KKT



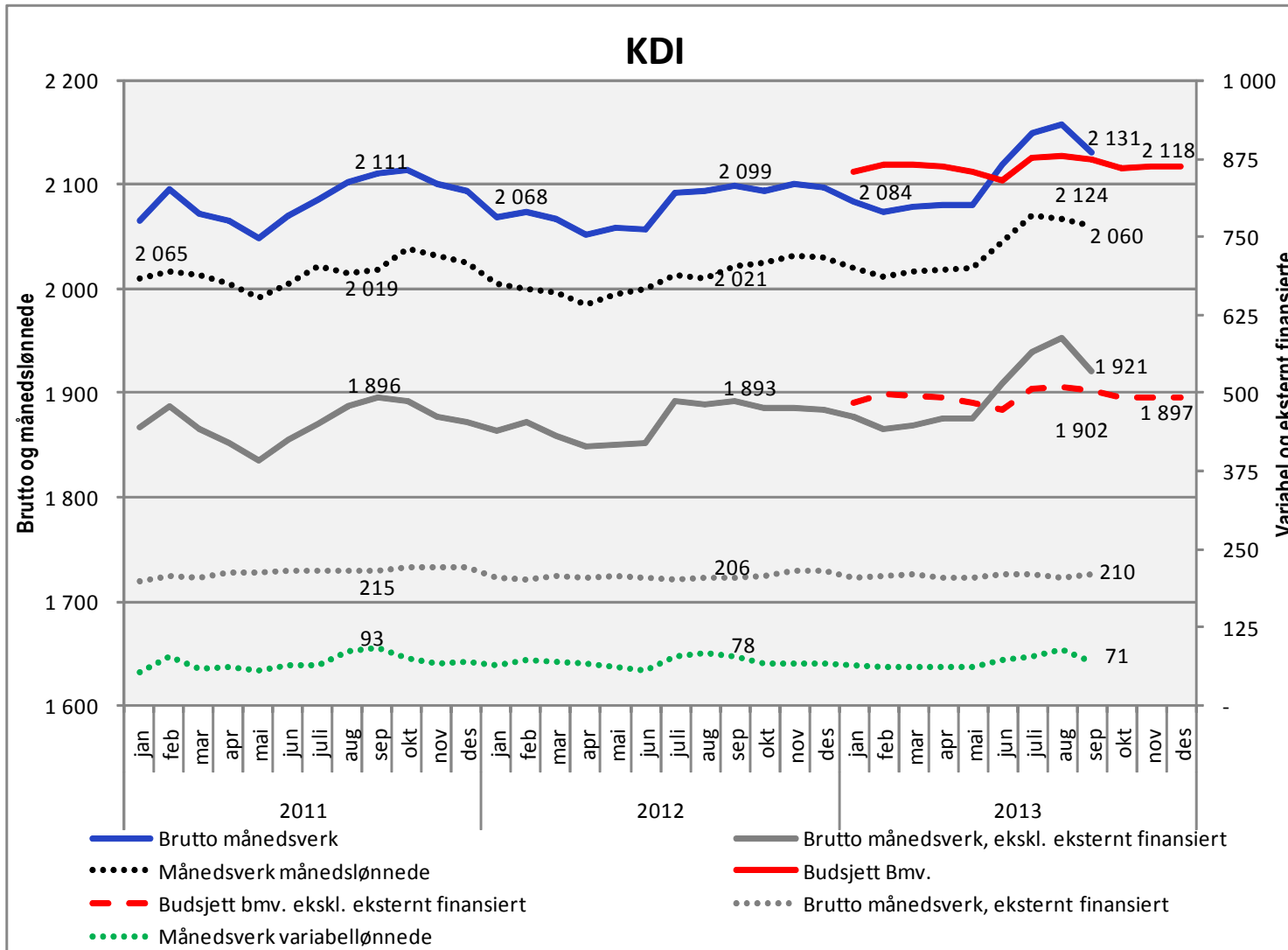
4.5 Bemanningsutvikling HLK



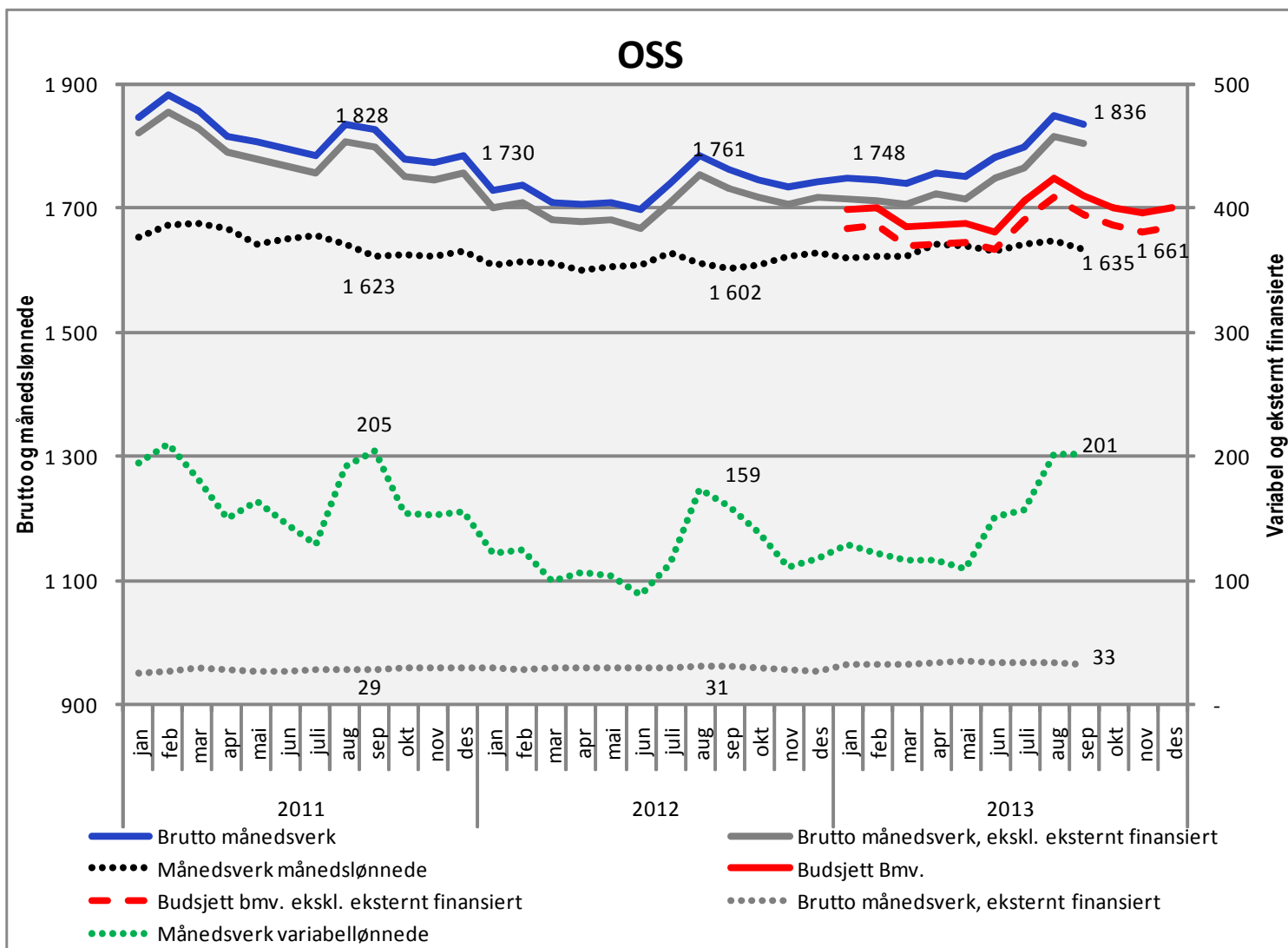
4.5 Bemanningsutvikling Akutt



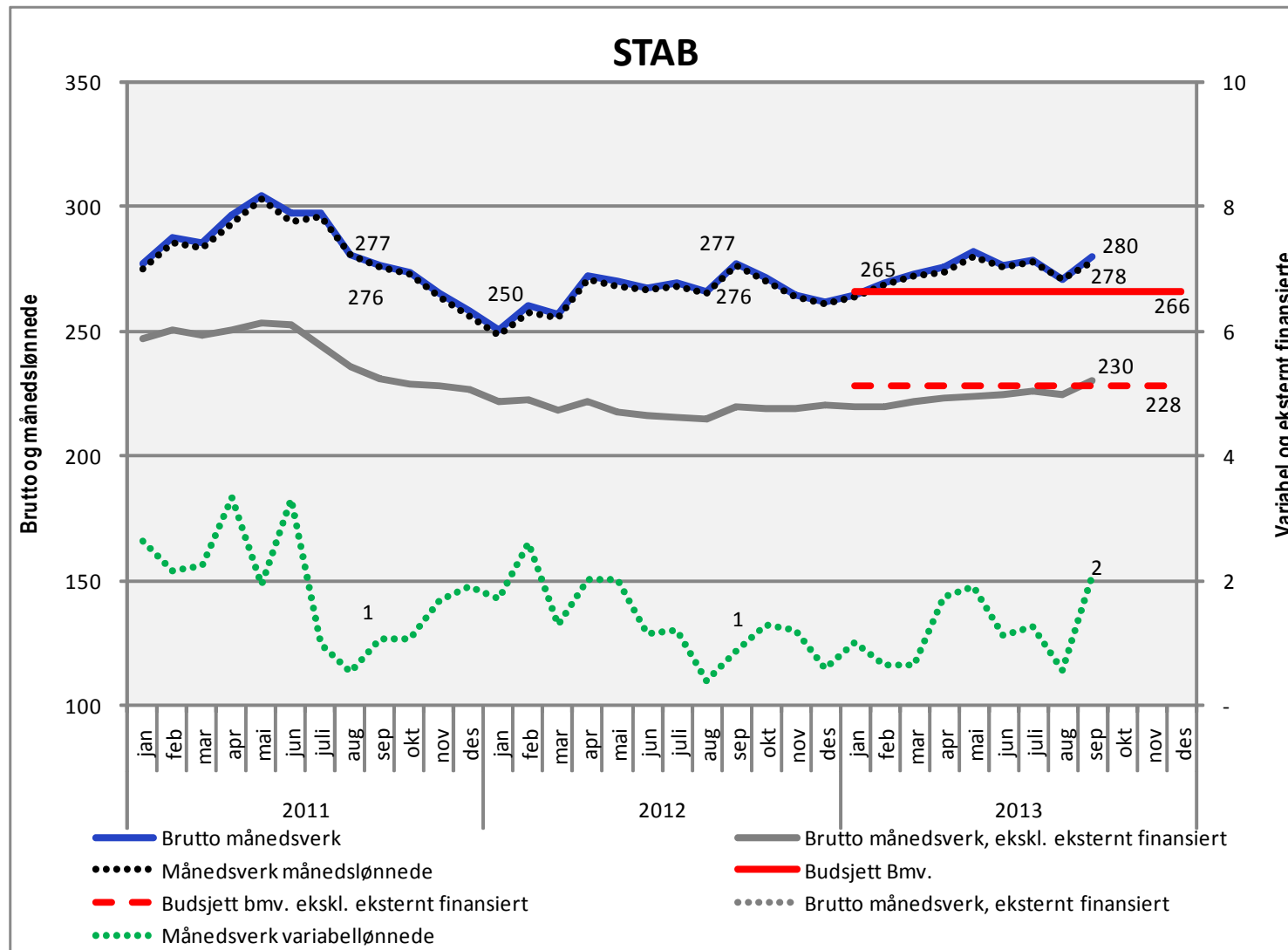
4.5 Bemanningsutvikling KDI



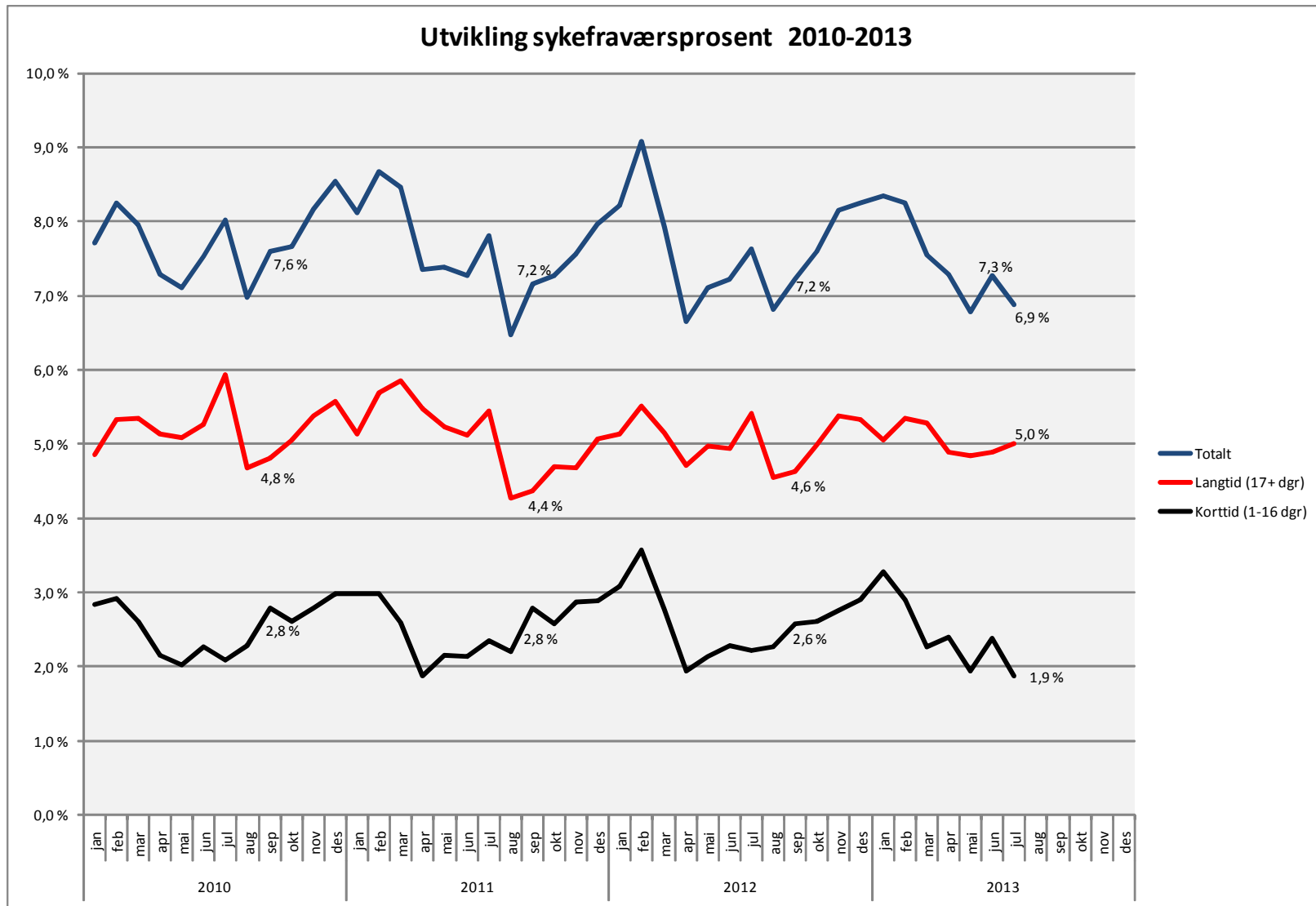
4.5 Bemanningsutvikling OSS



4.5 Bemanningsutvikling STAB



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per juli 2012

Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	4,5 %	5,8 %	8,5 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,3 %	1,2 %	3,5 %	4,8 %	7,1 %
KKN	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,5 %	3,5 %	5,0 %	7,4 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,2 %	1,6 %	4,4 %	6,0 %	8,2 %
KKT	1,1 %	1,2 %	2,3 %	1,2 %	3,0 %	4,2 %	6,6 %
HLK	1,0 %	1,1 %	2,1 %	1,4 %	3,4 %	4,9 %	7,0 %
AKU	1,3 %	1,4 %	2,7 %	1,3 %	3,6 %	5,0 %	7,7 %
KDI	1,3 %	1,2 %	2,6 %	1,1 %	3,1 %	4,2 %	6,7 %
KRG	1,3 %	0,6 %	1,9 %	0,5 %	2,2 %	2,6 %	4,6 %
OSS	1,7 %	2,3 %	4,0 %	1,9 %	4,6 %	6,5 %	10,5 %
STAB	0,4 %	0,6 %	0,9 %	0,6 %	3,0 %	3,6 %	4,6 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	3,7 %	5,1 %	7,7 %

Sykefraværslengde per juli 2013

Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,3 %	1,3 %	2,5 %	1,5 %	3,4 %	4,9 %	7,5 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,2 %	2,9 %	4,2 %	6,5 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,3 %	1,3 %	3,2 %	4,4 %	6,8 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,1 %	1,5 %	4,1 %	5,6 %	7,7 %
KKT	1,0 %	1,0 %	2,1 %	1,1 %	3,2 %	4,3 %	6,4 %
HLK	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,2 %	3,3 %	4,5 %	6,5 %
AKU	1,3 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	4,5 %	5,9 %	8,4 %
KDI	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,4 %	2,6 %	4,0 %	6,4 %
KRG	1,1 %	0,8 %	1,9 %	0,5 %	1,2 %	1,7 %	3,7 %
OSS	1,6 %	2,1 %	3,7 %	2,1 %	5,6 %	7,7 %	11,4 %
STAB	0,4 %	0,8 %	1,2 %	0,9 %	2,4 %	3,3 %	4,5 %
OUS	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	3,6 %	5,0 %	7,5 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

SAK 49/2013 BUDSJETT 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om status for arbeidet med budsjett 2014 til orientering

Oslo den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av budsjett 2014. Økonomisk langtidsplan ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF styremøte den 20. juni inklusive vurderinger knyttet til Budsjett 2014.

I denne saken blir styret presentert de oppdaterte vurderingene knyttet til inntekts- og kostnadsforutsetninger for budsjett 2014.

TIDLIGERE VEDTAK

Den 27. juni ble styret forelagt sak 38-2013 budsjett 2014. Som del av behandlingen av denne styresaken ble det fattet følgende enstemmige vedtak i saken:

- 1. Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*
- 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og å inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Arbeidet med budsjett 2014 blir fremdeles krevende, både innenfor drift og investeringer. Budsjettforutsetningene innebærer et betydelig krav til effektivisering av driften. En rekke forhold knyttet til sentrale inntekter og kostnader er imidlertid ikke avklart på dette tidspunkt. Det er derfor for tidlig til å kunne si noe om hvor langt dette kan dekkes av tiltak som ikke vil ha negative konsekvenser for driften av sykehuset.

Oslo universitetssykehus har mottatt en foreløpig ramme til investeringer for å sikre forsvarlig pasientbehandling frem til nye eller totalrenoverte bygg kan tas i bruk. På dette tidspunkt vurderes rammen til slike investeringer som svært knapp, og det må gjøres krevende prioriteringer innenfor dette området.

FAKTADEL

Oppfølging av Helse Sør-Øst RHF's behandling av økonomisk langtidsplan

Det ble etter leveranse av økonomisk langtidsplan 2014-2017 til Helse Sør-Øst RHF gjennomført dialogmøter mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Deretter ble saken behandlet i Helse Sør-Øst RHF sitt styre den 20. juni.

I Driftsbudsjett for 2014

Oslo universitetssykehus meldte i Økonomisk langtidsplan et budsjett med et nullresultat for 2014. Målet i Økonomisk langtidsplan var å gå fra et budsjettert underskudd de siste årene (og negative avvik i forhold til dette) til overskudd etter 2014 for å kunne finansiere framtidige investeringsbehov.

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet blant annet følgende vedtak i saken:

3. Det legges til grunn at årsbudsjettet for 2014 baseres på foretaksgruppens økonomiske langtidsplan 2014- 2017, men med nødvendig tilpasning til de rammebetingelser knyttet til økonomi og aktivitet mv som blir gitt i forbindelse med statsbudsjettet for 2014.

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte en dialog med Helse Sør-Øst RHF om opplæringskostnader for 120 millioner kroner ved innføring av DIPS kunne budsjetteres som et negativt resultat i budsjettet 2014. Foreløpig er ikke Helse Sør-Øst RHF kommet Oslo universitetssykehus HF i møte vedrørende denne problemstillingen. I den videre planlegging av budsjett 2014 planlegges det derfor med et krav om nullresultat for budsjett 2014.

II Finansiering av investeringer for 2014

Oslo universitetssykehus HF leverte som en del av Økonomisk langtidsplan et totalt investeringsbudsjett for 2014 på 1 333 millioner kroner. Av dette var:

- 325 millioner kroner - det ordinære investeringsbudsjettet for videreføring av drift
- 121 millioner kroner - økning av ordinært investeringsnivå med 106 millioner kroner for å gjennomføre styrets vedtak om 350 millioner kroner i årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr. I tillegg disponering av oppstartmidler RASP (regional avdeling for spiseforstyrrelser) for 15 millioner kroner.
- 400 millioner kroner - omstillingsinvesteringer Fase 2 som for 2014 budsjettet inneholder nødvendige oppgraderinger for å gjennomføre drift i dagens lokaler og lukke tilsyn (brann, arbeidsmiljø).
- 487 millioner kroner - omstillingsinvesteringer Fase 1 med total finansieringsramme 1 500 millioner kroner

Regionalt finansierte investeringer i IKT inngikk ikke i de nevnte 1 333 millioner kroner.

Som omtalt i styresak 39-2013 Budsjett 2014 er det gjennomført møter mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF for å klargjøre finansiering av investeringsbehovet for 2014. I denne dialogen er det fra Oslo universitetssykehus HF side blitt påpekt et omfattende behov for å gjennomføre oppgraderinger i den eksisterende bygningsmassen. På nåværende tidspunkt vurderes behovet å være større enn innmelding på 400 millioner kroner som ble foretatt i økonomisk langtidsplan.

Etter styrebehandlingen av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF er følgende blitt bekreftet per e-post fra økonomidirektør i Helse Sør-Øst RHF:

<<Investeringsbudsjett for 2014 er ikke lagt enda, men det er gjort foreløpige forutsetninger vedrørende en finansiering av OUS på 250 millioner kroner vedrørende utbedringer og lukking av avvik. Det kan ikke forventes noe mer endelig svar på dette før i budsjett for 2014.>>

Basert på denne tilbakemelding planlegges det nå med et totalt investeringsbudsjett (eksklusive byggelånsrenter) på 1 166 millioner kroner for 2014.

Endrede økonomiske forutsetninger

Etter styrebehandling den 27. juni av sak 39-2013 Budsjett 2014 er det gjennomført en ny vurdering av totalbudsjettet for Oslo universitetssykehus HF. Det fremkommer mange endringer fra vurderingen gjennomført i juni, disse regnes som de mest vesentlige:

- Reduserte pensjonskostnader: Det er mottatt beregninger fra pensjonskassene. Disse beregningene danner grunnlag for en foreløpig reduksjon i budsjettposten på om lag 90 millioner kroner. Blant annet siden Helse Sør-Øst RHF har etablert en gen pensjonskasse vil det måtte foretas nye pensjonskostnadsberegninger. Disse er planlagt i oktober.
- Nye DRG-vekter: Helsedirektoratet har hatt en første presentasjon av effektene av nye DRG-vekter i 2014. Det indikeres en økning i DRG-poeng (og dermed inntektene) på 0,8% for Oslo universitetssykehus HF for gitt aktivitet. Dette er foreløpig innarbeidet i Oslo universitetssykehus HF budsjettet med 40 millioner kroner.

Det er fremdeles usikkerhet knyttet til viktige forutsetninger for det totale drifts- og investeringsbudsjettet for Oslo universitetssykehus. De viktigste forholdene er statsbudsjettet (som legges frem 14. oktober), økonomiske prioriteringer i Helse Sør-Øst RHF, plantall for aktivitet, endelige pensjonskostnader (inkludert effekt av ny pensjonskasse i HSØ) og effekt av ny DRG-grouper og ISF logikk.

I tillegg er det behov for ytterligere avstemming med Sykehuspartner av IKT-kostnadene for 2014.

Rammeforutsetninger for klinikkene

Klinikkene ble i juni tildelt foreløpige inntekts- og kostnadsrammer som de planlegger etter. Disse er per 5. september justert etter en foreløpig vurdering av de endrede økonomiske forutsetningene. Rammene innebærer at alle klinikkene vil ha et betydelig krav til bedring av resultatene i 2014.

Sykehusledelsen har på dette tidspunkt foretatt noen prioriteringer i budsjettet for 2014. De viktigste er økt satsning på videreutdanning av sykepleiere og økt forskningsinnsats innenfor prioriterte områder. Videre er det prioritert midler til bedre branndokumentasjon, utarbeide og drifte en vannsikkerhetsplan, øke kapasitet til anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr, behandlingshjelpemidler og økt kapasitet i innkjøpsavdelingen..

Endelige rammer til klinikkene vil ikke foreligge før ultimo november og etter at Oslo universitetssykehus HF har mottatt endelige rammer fra Helse Sør-Øst RHF.

Organisering av arbeidet med resultatforbedring

I styresak 39-2013 ble det orientert om de områder Oslo universitetssykehus vil arbeide med for å oppnå resultatforbedringer og disse områdene vil inngå i de råd

tiltaksgruppen gir til avdelinger. Følgende områder vurderes særskilt i forbindelse med budsjett 2014:

Driftsområder:

- Effektivitet knyttet til operasjonsaktivitet
- Effektivitet poliklinikker
- Samlokaliseringer (synliggjøre mulighetsområdet)
- Normering bemanning sengeposter og størrelse sengepost

Ressursbruk – arbeidsgiverrollen:

- Tydeliggjøring av lederansvaret og særskilt leder-/arbeidsgiverrollen for fastsettelse av arbeidstid og reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelsene (opplæring), inklusive legebemannning
- Bedre kunnskapsgrunnlaget og gjennomføring av ressursplanlegging (BRASSE/GAT)
- Tydeligere oppfølging av klinikkens bemanningsstyring, inkl variabel lønn og innleie (oppfølgingsmøter/Innsatsgruppe/ lokale stillingsutvalg)
- Styrke sentral rekrutteringsfunksjon – sikre rett kompetanse til riktig tid (unngå kostbar innleie etc.)

Det er videre etablert en tiltaksgruppe som rapporterer til administrerende direktør. Tiltaksgruppen består av ledere fra driftsorganisasjonen og får støtte fra administrerende direktørs stab. Gruppen skal gi råd om endringer i drift i klinikk som gir resultatforbedring. Gruppen vil primært arbeide med forbedringer i gjennomføring av drift i avdelinger og gjennomføring av felles retningslinjer vedtatt i Ledermøtet.

Tidsplan for styrebehandling av budsjett 2014

Det legges opp til følgende behandling av budsjett 2014 i styret:

Styremøte 31. oktober: Styret blir orientert om oppdatert status for planene for gjennomføring av budsjett 2014, herunder en foreløpig oversikt over tiltak.

Styremøte 19. desember: Administrerende direktør fremlegger forslag til vedtak om investerings-, aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
:

Vedlegg: Tabell over omstillingsprosjekter

SAK 50/2013 STATUS INVESTERINGER I SAMLOKALISERINGER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Her gis en oppdatert status for alle pågående omstillingsprosjekter for samlokalisering (omstillingsinvesteringer fase 1), uavhengig av fase prosjektene befinner seg i. I tillegg er planlagte omstillingsprosjekter omtalt. Saken beskriver også finansieringskilder som tidligere redegjort for i styresak 60/2012.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Flere av omstillingsprosjektene er omtalt i tidligere styresaker og etter gjeldende fullmaktsstruktur er alle delprosjekter med en samlet ramme på over 50 millioner kroner fremlagt styret for godkjenning, ref styresak 86/2012. I statustabell over omstillingsprosjektene i vedlegg til denne saken fremkommer referanse til styresak for de enkelte delprosjektene. Siste samlede status over omstillingsprosjekter for samlokalisering ble gitt i styresak 60/2012.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at vel halvparten av alle bestilte omstillingsprosjekter er gjennomført. Av de resterende prosjektene er ca halvparten under gjennomføring og den andre halvparten fortsatt i utredningsfasen. Samlet sett ligger gjennomføringen av prosjektene fortsatt bak opprinnelig plan, men stort sett i henhold til revidert plan. Forsinkelser skyldes i hovedsak høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift og dels manglende virksomhetsavklaringer. I tillegg har det vært noen utfordringer med fremdrift i omstillingsprosjekter ved Rikshospitalet. Dette skyldes ulike problemstillinger inklusive utfordringer med nok og riktig prosjektlederressurser.

Utgangspunktet for omstillingsprosjektene var at døgn- og akuttvirksomhet skulle flyttes fra Aker sykehus til Ullevål sykehus, samt at regionale funksjoner skulle samles ved hhv Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I etterkant har man sett at det også har vært nødvendig å inkludere samlokaliseringssprosjekter fra klinikk for psykisk helse og avhengighet, samt legge til rette for understøttende funksjoner for å muliggjøre samling. Dette knytter seg spesielt til operasjonskapasitet, PO/intensivkapasitet, økt diagnostikk i form av MR og CT samt noe infrastruktur som kjøling, ventilasjon og strøm. I tillegg er det planlagt å legge en rekke funksjoner til Aker sykehus i tråd med samhandlingsreformen. Dette har endret den totale porteføljen noe i forhold til opprinnelig plan. Det videre arbeidet vil omfatte et forprosjekt som utreder utflytting av urologi døgnaktivitet fra Aker. I tillegg er det under planlegging et prosjekt sammen med Akershus universitetssykehus, for å se på hvordan den kirurgiske kapasiteten på Aker kan benyttes på best mulig måte inn i fremtiden for hele Oslos befolkning. Elektiv dagkirurgi med eventuell kort innleggelse er en mulighet det skal ses på.

Det er administrerende direktørs vurdering at det holdes et høyt tempo på alle hovedlokalisasjoner for å sikre gjennomføring av de prosjektene som er vedtatt og avklart, bortsett fra ved Rikshospitalet. Her har administrerende direktør bedt om en gjennomgang av prosjektene for å sikre kapasitet og kompetanse samt økt gjennomføringshastighet. Samlet sett overholdes budsjettestimaterne. Per august er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for nærmere 1,2 milliarder kroner av totalt 1,5 milliarder kroner.

En rekke av samlokaliseringsprosjektene tar også høyde for avvik påpekt av Branntilsyn og Arbeidstilsyn i aktuelle arealer. Dette øker kompleksiteten, fordyrer prosjektene noe, men bedrer det totale resultatet.

Tillitsvalgte og verneombud er aktive medlemmer i strategisk koordineringsgruppe som er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene og er i tillegg involvert i de enkelte prosjektene.

Administrerende direktør vurderer dagens styringsstruktur som tilfredsstillende, men ser at ledelsen må vurdere å etablere en enda tettere gjennomføringsstruktur knyttet til prosjektene da disse i høy grad påvirker driften av virksomheten og har gjensidige avhengigheter til øvrige investeringer innen IKT, medisinsk teknisk utstyr og vedlikeholdsinvesteringer. Dette vil styret holdes orientert om.

4. FAKTABESKRIVELSE

Finansiering av omstillingsinvesteringene

Oslo universitetssykehus HF fremførte tidlig i fusjonsprosessen et behov for 1500 millioner kroner til finansiering av prosjekter som raskt skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved foretaket. I Prop. 1 S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

"Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF er hovedsakelig knyttet til gjennomføring av første fase av samlokaliseringstiltak i forbindelse med omorganiseringene i hovedstadsområdet. Tiltakene er beregnet til om lag 1,5 mrd. 2012-kroner og får en samlet låneramme på 750 mill. 2012-kroner, som betales ut i perioden 2012–2013."

I tillegg til nevnte rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av egne eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

I investeringsbudsjettet for 2012 ble det budsjettert med investeringer til samlokalisering på om lag 570 millioner kroner. Resultatet for 2012 viste et pådrag på 407 millioner kroner. Dette representerer en begrenset forskyvning i tid for enkelte av investeringene og endrer ikke det samlede investeringsbehovet for samlokaliseringsprosjektene. I investeringsbudsjettet for 2013 er det budsjettert med investeringer til samlokalisering på 462 millioner kroner. Hittil i år er det bokført investeringer på 260 millioner kroner.

I resultat for 2012 inngår også investeringer på 20 millioner kroner knyttet til Samhandlingsarena Aker. I revidert nasjonalbudsjett er finansieringen av Samhandlingsarena Aker omtalt:

"Oslo universitetssykehus HF er [...] i gang med utvikling av Aker som samhandlingsarena. For å sikre at nødvendige investeringer kan gjennomføres på Aker for å etablere gode samhandlingstiltak gis Helse Sør-Øst RHF anledning til å disponere til sammen inntil 75 mill. kroner i 2012 og i 2013 av den gitte lånerammen til investeringer på Aker. Dette påvirker ikke samlet låneramme for første fase av omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF, som fortsatt vil være 750 mill. kroner. Regjeringen vil komme tilbake på et senere tidspunkt med forslag til økt lånebevilgning."

Beslutningsstruktur og gjennomføring av prosjekter

Omstillingstiltak er som omtalt initiert med utgangspunkt i behov for samling av dublerede regionsfunksjoner og flytting av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker samt klinikkenes behov for samlokaliseringer. Først gjennomføres virksomhetsavklaring som danner grunnlag for beslutning om igangsetting av forprosjekt. Forprosjektet skal både inneholde en virksomhetsbeskrivelse og i tillegg beskrive bygnings-, IKT-messige og tekniske forhold som grunnlag for en totalvurdering av omfanget. I et forprosjekt er både klinikken, verneombud, tillitsvalgte, sentral stab og Arealutviklingsenheten i Oslo sykehuservice representert. Etter dagens fullmaktsstruktur er det administrerende direktør som beslutter igangsetting av forprosjekt. Før beslutning diskuteres forslagene både i ledermøtet og i strategisk koordineringsgruppe. Sistnevnte er en rådgivende gruppe for administrerende direktør, ledet av viseadministrerende direktør for medisin helsefag og utvikling. I tillegg består gruppen blant andre av økonomidirektør, direktør Oslo sykehuservice, forskningsdirektør, direktør pasientsikkerhet og kvalitet, representant for Universitetet, tre hovedtillitsvalgte og hovedverneombud.

Alle delprosjektene inngår som del av en helhetlig plan slik at gjensidige avhengigheter ivaretas. I tillegg kvalitetssikres alle prosjekter når det gjelder tverrgående tjenester og det gjennomføres risikovurderinger. Videre vurderes alle delprosjekter opp mot vedlikeholdsplanen og andre overordnede planer.

Når forprosjektrapport foreligger fremlegges denne for strategisk koordineringsgruppe som kommer med anbefaling til administrerende direktør vedrørende eventuell gjennomføring med tilhørende fremdriftsplan og økonomisk ramme.

Når et delprosjekt er vedtatt gjennomført går bestilling om gjennomføring til Oslo sykehuservice med tildelt økonomisk ramme. Det er virksomhetsområdet Arealutvikling som både har ansvaret for å gjennomføre delprosjektene og rapportere om status vedrørende økonomi og fremdrift for hvert av dem. I statustabell over omstillingsprosjektene i denne saken fremkommer referanse til beslutningsstatus for hvert av delprosjektene. Tilbakemelding om eventuelle avvik eller behov for tilleggsmidler, skal løftes tilbake til ledelsen for beslutning.

Samtlige omstillingsprosjekter behandles i samme beslutningsstruktur for å sikre helhetlig koordinering og kontroll over fremdrift, samt at bruk av midler holdes innen de avtalte rammer. Prosjektstruktur og rapportering følger også retningslinjer, metodikk og fullmaktsstrukturer fra Helse Sør-Øst RHF.

Styringsstrukturen er under revurdering når det gjelder oppfølging av selve gjennomføringen av prosjektene og gjensidige avhengigheter til øvrige investeringen innen IKT, medisinsk teknisk utstyr og vedlikeholdsinvesteringer.

Status omstillingsprosjekter fase I

Per august 2013 er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1,2 mrd kroner. Delprosjektene knytter seg til samlokalisering av virksomhet innen eksisterende bygningsmasse i tillegg til nytt akuttbygg på Ullevål sykehus. Det er også satt i gang en rekke utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått endelige kostnadsramme, men som alle vil holde seg innenfor en samlet ramme på 1,5 milliarder kroner. I tillegg omhandler totalporteføljen Samhandlingsarena Aker-delprosjekter som gjelder tiltak for tilretteleggelse for virksomhet i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus

og andre aktører. Samhandlingsarena Aker-prosjektene trekker foreløpig på den samme totale rammen som de øvrige samlokaliseringstiltakene, men det legges til grunn egen finansiering knyttet til disse prosjektene på totalt 75 millioner kroner.

Omstillingsprosjektene er delt inn i ulike grupper og puljer. I første omgang ble det igangsatt delprosjekter for om lag 750 millioner kroner og alle inngikk i en portefølje kalt OUS-arealtiltak (også omtalt som OUS Dag 4-tiltak). I det en finansieringsramme på totalt 1,5 milliarder kroner var sikret ble alle delprosjekter som ikke var igangsatt kvalitetssikret, revurdert og prioritert på nytt i en helhetlig plan sammen med nye behov som var tilkommet.

De nye behovene som ble identifisert knyttet seg blant annet til samlokalisering av enheter innen psykisk helse og avhengighet og Helsearena Aker-prosjekter, da dette ikke var en del av de opprinnelige OUS-arealtiltakene. I tillegg ble det identifisert en del utstyrsavhengigheter som ikke var ivaretatt i opprinnelig plan. Samlingen av alle delprosjekter i en helhetlig plan sikrer flere gjensidige avhengigheter og at kvalitetssikring på tvers ivaretas samt at det tas hensyn til overordnede planer. Det er deretter suksessivt satt i gang puljer av delprosjekter ettersom kvalitetssikring og virksomhetsavklaringer er foretatt.

Oslo sykehusservice rapporterer kun på omstillingsprosjekter som er gått til gjennomføring eller forprosjekter hvor det har påløpt kostnader, og disse fremkommer i vedlagte tabelloversikt. I tillegg vises bestilte prosjekter hvor det ennå ikke har påløpt kostnader også i oversikten.

Nytt Akuttbygg Ullevål er det enkeltstående største prosjektet i porteføljen, og er et av i alt 31 prosjekter som ble ansett som nødvendig for å gjennomføre en flytting av døgnaktiviteten ut av Aker sykehus. Kostnadsrammen som ble fastlagt ved styrets godkjenning av forprosjekt og ved den etterfølgende godkjenning av forprosjektet i Helse Sør-Øst, er på 378 millioner kroner.

Initialt i byggefasen støtte man på problemer knyttet til støy og spesielt rystelser ved bruk av den spuntmetoden som vanligvis benyttes i slike prosjekter. Dette medførte problemer for kirurgiske operasjoner og da spesielt for nevrokirurgi i tilstøtende bygg. Av denne grunn ble spuntmetoden stoppet og gjennomført med en ny viberasjonsteknikk, såkalt "Silent peeling". Dette har medført en merkostnad på 9,1 millioner kroner.

Bygging går i henhold til plan og prosjektet nærmer seg nå en avslutning. Planlegging og anskaffelse av brukerutstyr pågår. Grunnet nevnte merkostnad medfører dette krevende prioriteringsrunder for å imøtekomme behovet for anskaffelse av hensiktsmessig og nødvendig utstyr. Forventet sluttkostnad, inkludert prisregulering er lik godkjent kostnadsramme.

Det neste store prosjektet i porteføljen er knyttet til bestillingen som er gitt Oslo sykehusservice knyttet utredning av etablering av et brystkreftsenter på Radiumhospitalet. Her er det bestilt utredning av fire delprosjekter som omhandler poliklinikk, brystkreftdiagnostikk, operasjonsstuer og postoperativ enhet. Av disse fire elementene vil oppgradering og utvidelse av operasjonsstuene være økonomisk tyngst og samlet innebærer etableringen av et brystkreftsenter store

investeringskostnader for foretaket. Imidlertid har Stiftelsen "Det Norske Radiumhospital" vedtatt å delfinansiere prosjektene og Oslo universitetssykehus unngår også betydelige investeringer på Ullevål sykehus ved flytting av aktivitet til Radiumhospitalet. Stiftelsen disponerer betydelige midler og har i sitt styremøte 6. november 2012 "gitt sin tilslutning til at midlene fra salg av stiftelsens eiendommer kan brukes til medfinansiering av utbygging av et samlet brystkreftsenter og ni operasjonsstuer på Radiumhospitalet". De nærmere betingelsene knyttet til stiftelsens støtte vil avklares parallelt med planleggingen av prosjektet.

Kommende omstillingsprosjekter

I tillegg til omtalte omstillingsprosjekter er det gjennomført virksomhetsavklaringer for urologi, og det er på bakgrunn av virksomhetsavklaringene under utforming en bestilling til Oslo sykehusservice om et forprosjekt knyttet til flytting av døgnaktiviteten fra Aker sykehus til Ullevål sykehus hvor arealprosjektet vil omfatte etablering av en sengepost med tilhørende fasiliteter på Ullevål sykehus. Operasjonskapasitet og PO/intensivkapasitet knyttet til en overføring av døgnaktiviteten fra Aker sykehus til Ullevål sykehus er ivaretatt gjennom nytt Akuttbygg Ullevål inklusive tilhørende ombygninger i eksisterende bygningsmasse.

Det er også gjennomført virksomhetsavklaringer for endokrinologi og her pågår det avklaringer som skal danne grunnlag for et arealprosjekt med tanke på flytting av aktivitet fra Aker sykehus til en av de andre hovedlokalisasjonene.

Når det gjelder barnemedisin og endokrinkirurgi er det fortsatt behov for endelige virksomhetsavklaringer før arealprosjekter kan bestilles og utredes.

I tillegg er det behov for å se videre på hvordan den kirurgiske kapasiteten på Aker kan utnyttes best mulig til beste for hele Oslos befolkning når alle aktuelle flyttinger er gjennomført. Det er i dag 12 operasjonsstuer, postoperativt areal og sengeareal som for eksempel kan benyttes til dagkirurgi eller kirurgi med korte opphold i sengeavdeling i etterkant (5-døgnspost). Det er derfor under planlegging et prosjekt sammen med Akershus universitetssykehus for å utrede hvordan denne kapasiteten best kan benyttes til hele Oslos befolkning fra 2015 og fremover.

Tabellarisk oversikt over omstillingsprosjekter primo september 2013

Prosjekter	DP	Stopp	Tidlig fase	Under gjennomføring	Ferdig	Forventet ibruktakelse	Godkjent budsjett	Forventet sluttkostnad	Avvik	Faktisk påløpt 2013	Faktisk påløpt totalt	For-plikket	Risiko økonomi	Risiko fremdrift	Risiko kvalitet	Vedtak*
Prosjektledelse og fellestiltak (OUS arealtiltak)	00						24,0	50,0	26,0	4,1	26,8		Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
MR4 RH	03					01.11.12	43,0	42,3	(0,8)	0,1	42,2		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
CT RH	04					01.09.11	22,0	18,9	(3,1)	-1,8	18,7		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Akutfunksjoner Ullevål	05					01.07.14	387,0	387,0	-	122,9	287,8		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	HSØ 54/2011 Prisjust.
Postop og intensiv RH	07					01.11.12	18,5	18,5	-	0,4	18,3		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
CT DNR	08					01.10.11	10,0	9,8	(0,2)	1,8	9,6		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Flytting kontorbrakker Ullevål - klargjøring for nytt akuttbygg	09					01.02.12	2,0	1,8	(0,2)	0,0	1,9		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Generell gynekologi	12					01.05.11	2,2	2,1	(0,1)	0,1	2,2		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Diagnostikk og intervensjon	15					01.08.13	49,0	40,2	(8,8)	13,2	35,9		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S 16/2012
Vaskulær nevrokirurgi	16					01.10.11	1,0	1,4	0,4		1,4		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Kardiologi og onkologi barn	18					01.09.12	7,0	7,6	0,6	-0,1	8,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Flytting administrasjon	19					01.08.12	-	0,5	0,5		0,4					S:143/2011
Hematologi RH	21					01.10.11	16,0	15,1	(0,9)	0,2	15,1		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Gynekologisk onkologi RAD	24					01.12.12	37,0	35,6	(1,4)	7,0	31,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S 143/2011
Plastikk- og kjevekirurgi	29					01.11.12	13,0	7,0	(6,0)	-0,1	7,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S 143/2011
UPS RH	31					01.10.13	10,5	13,5	3,0	3,2	6,0		Middels risiko	Middels risiko	Lav risiko	S:143/2011
Infrastruktur RH	33					01.03.14	34,5	34,5	-	0,9	3,0		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	S:143/2011 L: 21/2013 Budsj økt AD 4/7-13
8 etg AB RAD	OP1						17,0	17,0	-		17,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Automatisering lab KDI Ullevål	OP2						17,0	17,0	-	0,0	17,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
IKT basisplattform	OP3						14,0	14,0	-	0,0	18,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Kjøkken Ullevål	OP4						10,0	10,0	-	0,6	10,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:143/2011
Annet	OP5						7,2	-	(7,2)	0,0	0,0					S:143/2011
Planleggingsutgifter div. delprosj. (DP 01,02,06,13,20,23,30,32)							23,5	17,0	(6,5)	-0,2	15,5					S:143/2011
Reserve, uspes provisorer							10,0	4,0	(6,0)	0,9	5,0					S:143/2011

Prosjekter	DP	Stopp	Tidlig fase	Under gjennomføring	Ferdig	Forventet ibruktakelse	Godkjent budsjett	Forventet sluttkostnad	Avvik	Faktisk påløpt 2013	Faktisk påløpt totalt	For-pliktet	Risiko økonomi	Risiko fremdrift	Risiko kvalitet	Vedtak*
Feilført										-5,5						
Sum OUS arealtiltak							775,4	764,8	(10,7)	148,0	597,7	-				
UPA (Ungdomspsykiatrisk Akutt), Sognavannsvn. 55	50					01.03.13	7,2	12,2	5,0	0,4	10,6		Høy risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:238/2012
Avhengighetsbehandling voksne (AVA), Ullevål	51					01.10.13	20,5	20,5	-	13,3	13,6		Lav risiko	Lav risiko	Middels risiko	L:455/2012 (B4) S:73/2012
Alderspsykiatrisk poliklinikk, Ullevål	52						1,0	-	(1,0)	-0,1	0,0					L:455/2012 (B4)
Indremedisin bygg 3 Ullevål/ Samlokalisering bygg 3	53					01.03.13	35,8	39,0	3,2	8,7	39,3		Middels risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:5/2012. Budsj økt VAD MHU 3/5-13
Hjertemedisinsk stue Ullevål/ (ICD Pacemaker)	54					01.08.13	17,5	15,0	(2,5)	10,2	10,5		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	S:60/2012 Tilført 5 mill fra vedlikehold
Flytting nevrologi Ullevål for samling av ortopedi	55					01.05.12	1,0	0,8	(0,2)		0,8		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:56/2012 (B9)
Ortopedi og Gastrokirurgi bygg 7 Ullevål/Samløkalisering bygg 7	56					01.09.13	25,8	21,0	(4,8)	1,0	19,6		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	S:5/2012
Kapasitetsøkning (ny) MR RAD/ 3T MR RAD	57					01.05.13	25,0	17,7	(7,3)	16,2	17,3		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:43/2012
Kapasitetsøkning gjennomlysingslab gastromed Ullevål	58					01.06.13	15,2	15,9	0,7	11,8	12,2		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:455/2011 (B4) S:73/2012
Kapasitetsøkning Radiologi Ullevål	59						2,0	1,8	(0,2)		1,8					L:29/2012 (B9)
Prosjektledelse arealprosjekter ARU	60						10,0	-	(10,0)	4,1	4,7					L:455/2011 (B4)
Personalgarderober Ullevål, bygg 4	61					01.10.12	1,0	1,0	(0,0)	0,0	1,0					L:238/2012
IKT RIS/PACS -konsolidering Aker-Ullevål	73					01.03.12	3,0	1,0	(2,0)		0,1		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:60/2012
Utstyr knyttet til flytting av gastrokirurgi Ullevål						01.11.12	0,5	-	(0,5)	0,0	0,0					L:238/2012
Feilført									-	-0,7	-0,7					
Sum Pulje 1							165,5	145,9	(19,6)	64,9	130,9	-				
Operasjonsstuer RH/ Kapasitetsøkning 2 stk nye opstuer RH)	62					01.12.14	49,0	49,0	-	1,5	1,6		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	S:43/2012
Samlokalisering fostermedisin og reproduksjon RH	64					01.09.13	7,0	6,5	(0,5)	4,0	4,2		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:22/2013
Samlokalisering Smertebehandling Ullevål	65					01.01.14	17,0	17,0	-	2,8	2,9		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 24/2013
Utvidelse RASS Ullevål	66					01.01.14	25,0	25,0	-	7,5	7,6		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 23/2013 20 mill øremerket, 5 mill vedlikehold
Brystkreftsentor, Radiumhospitalet - utredning	67						9,0									L: 214/2012 AD 3/9-13
Kapasitetsøkning og oppgradering Intensiv 3 Ullevål	76					01.12.12	11,0	10,8	(0,2)		10,7		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:26/2012

Prosjekter	DP	Stopp	Tidlig fase	Under gjennomføring	Ferdig	Forventet ibruktakelse	Godkjent budsjett	Forventet slutt-kostnad	Avvik	Faktisk påløpt 2013	Faktisk påløpt totalt	For-pliktet	Risiko økonomi	Risiko fremdrift	Risiko kvalitet	Vedtak*
Utredning forprosjekter, pulje 2							6,0	-	(6,0)	0,0	0,0					L: 214/2012 og 238/2012
Utvidelse sterilisentralen US	35					25.09.13	31,5	29,5	(2,0)	9,8	10,7		Lav risiko	Middels risiko	Middels risiko	L:187/2013
Gen intensiv 2, RH	37						-	-		0,0	0,1					L: 214/2012 VAD MHU 18/6-13
Erstatningslokaler NAKOS/ TV/ nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse -Ullevål							2,6	1,1	(1,5)	0,0	0,0					L: 25/2013 VAD MHU 28/5-13
A02 - OUS Rehab - døgnpost Aker	69					01.06.12	0,2	0,2	-		0,2		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:214/2012 (B4)
A4 a Samlokalisering Josefinegt. DPS inkl. Ruspol. Aker	70						-	1,6	1,6	2,2	2,2					L:214/2012 (B4)
A4d- relokalisering av Karpollklinikk. Aker						01.11.13	6,4	6,4	-	0,0	0,0					VAD MHU 28/5-13
A5 Etablering av mammografiscreening ved Aker	71					01.08.13	15,0	15,0	-	12,0	12,6		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:238/12 (B4)
A6 Etablering av dagkirurgisk senter ved Aker (fase 1-2)	72					01.01.13	0,7	0,7	-	0,5	0,7		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:267/2012 og 446/2012
A01 - OUS Rehabilitering daghospital. Aker	82					01.12.13	-	1,7	1,7	1,0	1,0		Lav risiko	Lav risiko		L:214/2012 (B4)
A4 b Relokalisering ME Poliklinikk . Aker	88						-	1,0	1,0	0,0	0,0					L:214/2012
A4 c Relokalisering SSO (senter for sykkelig overvekt)	89						-	0,6		0,0	0,0					L:214/2012
Feilført										-0,1	-0,1					
Sum Pulje 2							180,4	166,1	(5,9)	41,4	54,3	-				
Utstyr til operasjonsstuer Aker							2,3		(2,3)				Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	VAD MHU 4/7-2013
AV utstyr funksjonsfordeling TKA							0,5		(0,5)				Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	VAD MHU 26/2-13
Forprosjekt karkirurgi (DP 02) RH							1,0	1,0		0,0	0,0					L: 214/2012
Forprosjekt D6/D7 - operasjon RH							0,5			0,0	0,0		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	VAD MHU 4/7-13
Forprosjekt Angio DP 02_2 RH (karprosjektet)	98									0,2	0,2		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	L: 214/2012
Prosjekt DP 02 - 3- 1 Sengevask reetablering RH (karprosjektet)							2,9	2,9		0,0	0,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 214/2012 VAD MHU 4/7-13
Prosjekt DP 02 - 3- 2 PO RH (karprosjektet)							25,1	25,1		0,0	0,0		Lav risiko	Middels risiko	Lav risiko	L: 214/2012 VAD MHU 4/7-13
Forprosjekt operasjon bygg 31 Ullevål							0,5	0,5		0,0	0,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	VAD MHU 11/3-13
Oppgradering av sengepost Aker (til ortopedi fra legevakt)							1,8	1,8		0,0	0,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	VAD MHU 28/5-13
Etablering kontorer (medisinsk bibliotek) Ullevål							0,7	0,7		0,0	0,0		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 293/13

Prosjekter	DP	Stopp	Tidlig fase	Under gjennomføring	Ferdig	Forventet ibruktakelse	Godkjent budsjett	Forventet sluttkostnad	Avvik	Faktisk påløpt 2013	Faktisk påløpt totalt	For-pliktet	Risiko økonomi	Risiko fremdrift	Risiko kvalitet	Vedtak*
Feilført										-0,2	-0,2					
Sum Pulje 3							35,3	32,0	(2,8)	(0,0)	(0,0)					
Utredning forprosjekter, samhandlingsarena Aker						01.11.12	6,0	-	(6,0)	0,0	0,0					L: 214/2012 og 238/2012
SA6 Kommunal allmennegevaktbase Aker	74						13,6	13,6	-	1,9	13,8		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	S:43/2012
SA1 Ressurscenter - kontor bygg 6	77						-	5,4	5,4	0,8	0,8					L: 238/2012 (B4)
SA2 Poliklinikk Sunnaas	78					01.10.12	1,0	1,0	-	0,0	0,4		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L:280/2012
SA3 Areal for fellesfunksjoner, kantine, møterom, hovedinngang	79					01.07.14	24,0	24,0	-	1,4	1,4		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 238/12 (B4)
SA4 Kommunal rehabilitering døgn	81					01.05.13	2,5	2,2	(0,3)	1,2	1,4		Lav risiko	Lav risiko	Middels risiko	L: 238/12 (B4)
SA5a Treningsarealer spesialisert Rehab	80						19,0	19,0	-	0,8	0,8		Lav risiko	Lav risiko		L:238/12 (B4)
SA5b Med. Tek (inkl i SA5a)	85					01.09.14	-	0,7	0,7	0,0	0,0					L:238/12 (B4)
SA7 Kommunal Akutt døgn - KAD	87					01.09.13	2,1	2,1		1,1	1,1		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	L: 360/12 MHU 28/5-13 VAD
Feilført										-1,1	-1,1					
Sum Samhandlingsarena Aker							62,2	68,0	5,8	6,1	18,6					
Sum omstilling fase 1							1 218,8	1 176,8	42,1	260,3	801,3					

* L=ledermøtesak, S=styresak, HSØ=styresak HSØ

Oslo universitetssykehus HF – Oslo Sykehusservice

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Viseadm. direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Ingen

SAK 51/2013: OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS SINE FUNKSJONER VED OSLO LEGEVAKT

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør følge opp dette overfor Oslo kommune.*
- 2. Styret forutsetter at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.*
- 3. Styret ber administrerende direktør sørge for en optimal utnyttelse av operasjonsstuene i Storgaten 40.*
- 4. Styret ber administrerende direktør arbeide for at enkelte ortopediske funksjoner kan overføres fra Oslo universitetssykehus til andre foretak i hovedstadsområdet.*

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Styret behandlet i møte 27. juni i år, i sak 40/2013, legevaktfunksjon i Oslo for de nærmeste årene framover og virksomheten ved Aker sykehus. Styret ble i saken orientert om mulighetsstudien som Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har samarbeidet om, samt hvordan Oslo universitetssykehus har håndtert den akutte situasjonen som oppstod i forbindelse med stengningen av operasjonsstuen i Storgaten i mars. Styret fattet i saken følgende vedtak:

- 1. Styret tar saken til orientering.*
- 2. Med utgangspunkt i mulighetsstudien "Legevakt 2015", ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.*

Det har vært dialog både med fagmiljøet ved foretaket og med Oslo kommune, og det er viktig at Oslo kommune og Oslo universitetssykehus nå beslutter en løsning som ivaretar både legevaktsfunksjoner og ortopedivirksomheten ved Oslo universitetssykehus på en god måte i årene fremover. Det har vært dialog mellom kommunaldirektør i Oslo kommune og administrerende direktør i Oslo universitetssykehus, og det er enighet om at en løsning som sikrer fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgaten 40 er å foretrekke. For Oslo universitetssykehus er foretrukket løsning basert på de faglige synergier som en samlokalisering av legevaktsfunksjoner og ortopedivirksomhet gir, investeringskostnader og antall operasjonsstuer tilgjengelig for foretaket. En slik løsning innebærer også at sykehuset går i dialog med andre sykehus knyttet til overføring av ortopedivirksomhet, slik at det legges til rette for andre lokaliseringmessige utfordringer for Oslo universitetssykehus.

På denne bakgrunn har Oslo universitetssykehus administrativt meldt til Oslo kommune at det er ønskelig at operasjonsstuen i Storgaten 40 oppgraderes og Oslo kommune har hatt dette som tema under sine budsjettgjennomganger for 2014. Det er lagt til grunn at Oslo kommune dekker investeringskostnadene, og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen. Endelig avgjørelse i saken kommer først etter styrebehandling i Oslo universitetssykehus og vedtatt investeringsbudsjett for Oslo kommune.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Vedtaket om igangsetting av idéfasearbeid for Oslo universitetssykehus - Campus Oslo, har ført til at Oslo universitetssykehus aktivt må være med på å finne tilfredsstillende lokaliseringsløsninger for et samlet legevaktstilbud for det tidsrommet som følger av utsatt realisering av en Storbylegevakt. Samtidig vil administrerende direktør understreke betydningen av et fortsatt godt samarbeid mellom fagmiljøene i Oslo kommune og Oslo universitetssykehus som til sammen dekker legevaktsfunksjoner, skadelegevaktsfunksjoner og ortopedi ved Storgaten 40.

For administrerende direktør har det vært viktig å se diskusjonen om bruken av Aker og Storgaten også opp mot sykehusets totale løsninger for lokalisering og bruk av samlet kapasitet innen operasjonsstuer og senger. Stengningen av operasjonsstuen i Storgaten

har forsterket motivet for å se på denne sammenhengen. I årene framover vil det være krevende for Oslo universitetssykehus å finne plassløsninger som ivaretar alle behov og tilrettelegger for en effektiv drift for alle fagområder.

Administrerende direktør vil anbefale at operasjonsstuen i Storgaten 40 blir oppgradert sammen med den oppgraderingen som må gjøres av resten av bygningsmassen. Dette er knyttet til de faglige gevinster en samlokalisering av skadelegevakt og ortopedisk virksomhet samt allmennlegevakt gir pasientene. I tillegg mener administrerende direktør det vil være begrenset kapasitet til å dekke behovet for operasjonsstuer innen bygg foretaket eier dersom en mister 5 operasjonsstuer i Storgaten. Dessuten vil de løsninger som innebærer bruk av Aker og som sees på som faglig tilfredsstillende for Oslo universitetssykehus innebære høye investeringskostnader knyttet til oppgradering og tilrettelegging av lokalene på Aker.

I forbindelse med utnyttelse av arealressurser for ortopedisk virksomhet i Oslo universitetssykehus, legger administrerende direktør vekt på at kapasiteten i Storgaten 40 må utnyttes bedre samt at en også må søke samarbeid med nærliggende sykehus om ortopedisk aktivitet. Det har i den siste tid vært utfordringer med øyeblikkelig-hjelpsvirksomheten ved Ullevål, og dette tilsier at man må se på en løsning som totalt sett ivaretar de ortopediske pasientene. Ved å samle mer ortopedisk virksomhet i Storgaten og utnytte operasjonsstuen der bedre vil en kunne samle store deler av protesekirurgien og ryggkirurgien hit. Samtidig bør sykehuset søke samarbeid og overføring av flere pasienter innen gruppen eldre med brudd til Diakonhjemmet sykehus. På denne måten kan man sikre bedre forhold for ortopedisk aktivitet også på Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Dette vil være viktige tiltak for å møte ventelistene innen fagområdet. En slik løsning vil også innebære at en i utgangspunktet ikke utvider antall steder det drives ortopedisk virksomhet ved Oslo universitetssykehus.

I den akutte situasjonen som oppstod ved stenging av operasjonsstuen ved Legevakten, har Oslo universitetssykehus allerede tilrettelagt for en mer effektiv samlet bruk av operasjonskapasiteten på Aker slik at mesteparten av den kirurgiske driften i Storgaten 40 har kunnet flytte til Aker. Fra september har også den ortopediske sengeposten i Storgaten flyttet til Aker. Dette er løsninger som vil måtte bestå inntil det er foretatt oppgraderinger i Storgaten 40.

Administrerende direktør vil anbefale at operasjonsstuen i Storgaten 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten kan reetableres og ber om fullmakt til å formelt forespørre Oslo kommune om dette.

3. Faktabeskrivelse

Mulighetsstudien Legevakt 2015 og stegning av operasjonsstuen ved Legevakten

Det vises til styresak 40/2013, hvor styret ble orientert om samarbeidet med Oslo kommune om en mulighetsstudie for å kartlegge alternativer for bruk av Storgaten 40 og Aker til legevaktsformål fram til en storbylegevakt kan stå ferdig. Etter ønske fra Oslo universitetssykehus ble det også vurdert muligheten for å gi rom for ytterligere ortopedi på Aker.

Rapporten fra mulighetsstudien pekte på et mindre antall alternativer som gjennomførbare og ga et bilde av styrker og svakheter ved disse samt

investeringskostnader knyttet til alternativene. Enkelte av løsningene innebærer at antall operasjonsstuer for Oslo universitetssykehus blir redusert, og dette kan ikke anbefales så lenge sykehuset har utfordringer med operasjonsstuekapasiteten.

Parallelt med denne mulighetsstudien har Oslo universitetssykehus også måttet håndtere den akutte situasjonen som har oppstått i forbindelse med stengningen av operasjonsstuene i Storgaten i mars. De ortopediske operasjonene som før stengningen ble utført i Storgaten, er i all hovedsak flyttet til Aker sykehus. Det samme gjelder 5-døgnsposten. Dette er uansett løsninger som vil måtte bestå, og som et minimum inntil det er foretatt oppgraderinger i Storgaten 40.

Norconsult har utarbeidet en rapport som peker på nødvendige tiltak for å ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø, sikkerhet og helse i Storgaten 40. Tiltakene er beskrevet som «umiddelbart nødvendige» for å drifte Storgaten 40 i et 5-10 års perspektiv. Det umiddelbare investeringsbehovet er anslått til ca 100 millioner kroner (inkl. mva). Av disse utgjør tiltak knyttet til operasjonsstuene ca 25 millioner kroner (inkl. mva).

Dialog med fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus

I perioden etter siste styremøte har ledelsen ved sykehuset hatt dialog med fagmiljøet som konkluderer med at foretrukket alternativ er en videreføring av hovedlegevakt ved Storgaten (med allmennlegevakt, skadelegevakt og ortopedisk virksomhet) sammen med en utvidet allmennlegevakt ved Aker for håndtering av befolkningsveksten.

Samlokaliseringen av skadelegevakten og ortopedisk virksomhet med hånd-, skopi- og fotseksjon har medført et meget godt tilbud til Oslos pasienter med akutte ekstremitetsskader. Kontakten direkte til spesialister blir forenklet og uten forsinkende og kompliserende henvisningspraksis, og sikrer rask avklaring av behandlingstiltak/nødvendig utredning som muliggjør planlagt operasjon av akutte og halvakutte tilstander innenfor de tidsrammer som ansees for god praksis. Pasientene, legene på skadelegevakten og de ortopediske spesialseksjoner profiterer alle på denne organiseringen. En varig flytting av operasjonsaktiviteten innen ortopedi fra Storgaten vil være en nedbygging av denne vellykkede modellen.

Ved en permanent stegning av operasjonsaktiviteten i Storgaten mister Oslo universitetssykehus 5 operasjonsstuer. Ved en oppgradering av arealene vil en legge til rette for bedre utnyttelse av operasjonskapasiteten ved Storgaten inklusive samling av enkel protesekirurg. Dette vil gjøre det enklere å slå sammen proteseseksjonene på Rikshospitalet og Ullevål sykehus, samtidig som det i noen grad kan avlaste sentraloperasjon ved Ullevål sykehus hvor man allerede har kapasitetsutfordringer knyttet til øyeblikkelig hjelp-kirurgi innen ortopedi.

Dialog med Oslo kommune

Det er viktig at Oslo kommune og Oslo universitetssykehus nå beslutter en løsning som ivaretar både legevaktsfunksjoner og ortopedivirksomheten ved Oslo universitetssykehus på en god måte i årene fremover. Det har vært dialog mellom kommunaldirektør i Oslo kommune og administrerende direktør i Oslo universitetssykehus og det er enighet om at en løsning som sikrer fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgaten 40 er å foretrekke. Oslo kommune bygger sine perspektiver på at det i framtiden uansett skal være to steder med

allmennlegevakt for Oslos befolkning, slik det er nå, og at befolkningsveksten i første omgang kan håndteres ved økning av kapasiteten ved allmennlegevakten på Aker.

Foretrukket løsning for Oslo universitetssykehus

For Oslo universitetssykehus er foretrukket løsning basert på ønske om opprettholdelse av et godt pasienttilbud knyttet til synergier ved felles lokalisering av allmennlegevakt, skadelegevakt og ortopedisk virksomhet. I tillegg er behovet for investeringskostnader og antall operasjonsstuer tilgjengelig for foretaket betydelig vektlagt. En løsning med reetablering av de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i Legevakten innebærer også at sykehuset går i dialog med andre sykehus knyttet til overføring av ortopedivirksomhet, slik at det legges til rette for andre lokaliseringmessige utfordringer ved sykehuset. Konkret vil sykehuset søke samarbeid og overføring av flere pasienter innen gruppen eldre med brudd til Diakonhjemmet sykehus. I tillegg planlegges det for bedre utnyttelse av operasjonsstuene i Storgaten slik at mer ortopedisk virksomhet kan samles. I første rekke er dette snakk om enklere protesekirurgi og ryggkirurgi. På denne måten kan man sikre bedre forhold for ortopedisk aktivitet også på Rikshospitalet og Ullevål sykehus.

På denne bakgrunn har Oslo universitetssykehus administrativt meldt til Oslo kommune at det er ønskelig at operasjonsstuene i Storgaten 40 oppgraderes og Oslo kommune har hatt dette som tema under sine budsjettgjennomganger for 2014. Det er lagt til grunn at Oslo kommune dekker investeringskostnadene, og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen. Det vil være rimelig å vurdere om det skal inngås en kontrakt på 10 år. Endelig avgjørelse i saken kommer først etter styrebehandling i Oslo universitetssykehus og vedtatt investeringsbudsjett for Oslo kommune.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Viseadm. dir. Medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg:

- Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse
- Drøfteprotokoll
- Rapport fra felles prosjektgruppe ”Plan for områdefunksjon innen alderspsykiatri i Oslo”

SAK 52/2013 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV ALDERS- PSYKIATRISK SEKSJON FRA OSLO UNIVERSITETS- SYKEHUS TIL DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Forslag til vedtak:

1. *Styret anbefaler at enheten alderspsykiatrisk seksjon virksomhetsoverdras fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet sykehus i henhold til de fremlagte utkast til avtale.*
2. *Styret ber om at avtalen forelegges foretaksmøte for vedtak.*
3. *Styret gir styreleder og administrerende direktør fullmakt til å godkjenne eventuelle justeringer i avtaleutkastet.*
4. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen med delavtaler etter godkjenning i foretaksmøte.*

Oslo den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn

Befolkningsfremskrivninger foretatt av Statistisk Sentralbyrå viser en sterk vekst i antall eldre fremover, spesielt fra 2015 til 2060. Den aller største veksten vil være blant de eldste eldre, noe som i all hovedsak forårsakes av økende gjennomsnittlig levealder. Fremskrivningene for Helse Sør – Øst, viser som de nasjonale fremskrivninger en sterk økning i antall eldre.

Helse Sør-Øst RHF har gjennom sin vedtatte handlingsplan for spesialisthelsetjeneste for eldre 2010 til 2020 utredet tilbudet for å kunne forberede og innrette spesialisthelsetjenesten til denne utviklingen. I tillegg ba styret i sak 18/2012 Arealutviklingsplan 2025 administrerende direktør om å sikre godt samarbeid med de andre sykehusene i Oslo sykehusområde i det videre arbeidet med utvikling av spesialisthelsetjenesten. I sak 87/2012 (temasak) la klinikkleder i Klinikk for psykisk helse og avhengighet frem klinikkens strategi. Oslos befolkning vokser spesielt i aldersgruppen opp til 39 år. Klinikken finner det nødvendig å ha et sterkere fokus på barn og unge i aldersgruppen 15 til 25 år og har gjort det til sitt satsningsområde. Det passer også godt med internasjonal forskning på området psykisk helse som viser at psykiske lidelser dominerer tidlig ungdom og tidlig voksenalder. I styresak 14/2013 Forbruksrater og pasientstrømmer ser man at Oslo universitetssykehus tar et stort ansvar for den somatiske spesialisthelsetjenesten både i Oslo sykehusområde og i hele regionen. Tall for psykisk helse er ikke like lette å finne, men Oslo universitetssykehus har mange spesialfunksjoner også innen dette området. I styresak 32/2013 (temasak) Fordeling av oppgaver i hovedstadsområdet ble styret orientert om det arbeidet som er gjennomført og i prosess. Samling av alderspsykiatri til ett sykehus ble lagt frem og med Diakonhjemmet som det aktuelle sykehus å samle funksjonen ved.

I områdeplanen for psykisk helsevern i hovedstadsområdet er alderspsykiatri fremhevet som en mulig områdefunksjon som legges til ett sykehus. I foretaksmøte 8. februar 2013 fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag å vurdere samlokalisering av alderspsykiatri med somatiske sykehus.

På denne bakgrunn satte Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus ned et felles prosjekt som fikk i oppgave å se på en mulig samling av områdefunksjonene innen alderspsykiatri. Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus har i dag denne funksjonen for 6 bydeler hver.

Prosjektet besto av en bredt sammensatt prosjektgruppe og referansegruppe, med medlemmer fra fagmiljøene, tillitsvalgte og verneombud i de to sykehusene og medlemmer fra Oslo kommune.

Prosjektet leverte sin rapport i slutten av juni 2013. Hovedkonklusjonen er at en samling vil styrke fagmiljøet og en samlet avdeling vil kunne gi enda bedre utredning og behandling til en utsatt pasientgruppe. I tillegg vil et større samlet miljø gi større mulighet for forskning og fagutvikling enn to små enheter har. Prosjektgruppen konkluderer videre med at det vil være en fordel for fagområdet at det blir en områdefunksjon. Rapporten konkluderte også med at en overdragelse av alderspsykiatrisk seksjon til Diakonhjemmet kan gjennomføres innen 1. januar 2014.

Det vises også til den prosess som Helse Sør-Øst har igangsatt mtp kapasitetsvurderinger i hovedstadsområdet, hvor bl.a videre funksjonsfordeling og bruk av de private ideelle sykehusene i Oslo er tema som dette arbeidet skal omhandle. Innstillingen i denne saken er i tråd med dette arbeidet.

Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus og administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus legger nå saken, med utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse, frem for sine respektive styrever.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aldersutviklingen i befolkningen gjør det nødvendig å legge grunnlag for å styrke det alderspsykiatriske tilbudet og fagmiljøet. Gjennomgangen i det felles prosjektet med Diakonhjemmet konkluderer med at en samling av de to viktigste fagmiljøene i hovedstadsområdet vil bidra til å styrke både pasientbehandling, forskning og utdanning. En samling vil kunne styrke rekrutteringen til faget i tillegg til at en samlet kapasitet kan utnyttes på tvers av tidligere organisering til det beste for pasientene.

I utredningsarbeidet hadde prosjektet egne arbeidsgrupper som vurderte arbeidsmiljømessige og andre konsekvenser for de ansatte ved virksomhetsoverdragelse. Risikovurderingene fra dette arbeidet bidrar til å få gjennomført virksomhetsoverdragelsen på en god måte.

Etter overdragelsestidspunktet vil virksomheten fortsette på samme sted som før. Det er lagt opp til å bruke god tid på samordning av virksomheten og over en lengre periode gradvis flytte pasienter, funksjoner og personale. Full nytte av den organisatoriske samlingen vil man først ha når virksomheten er samlokalisert i Oslo.

Ledelsen i avdeling og klinikk støtter en samling av de to alderspsykiatriske enhetene. En samling er også i tråd med områdeplan for psykisk helse i Oslo sykehusområde som ble fremlagt for styret i sak 30/2012, hvor også etablering av alderspsykiatri som en områdefunksjon er omtalt. I Oslo sykehusområde samarbeider Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo universitetssykehus om spesialisthelsetjenesten til befolkningen. Oslo universitetssykehus har de fleste spesialfunksjonene, men Diakonhjemmet har blant annet regional funksjon i rheumakirurgi og også en stor reumatologisk avdeling for hele byen. Det er viktig at man i Oslo sykehusområde utnytter kapasitet, kompetanse og satsninger på en best mulig måte. Helse Sør-Øst RHF er godt orientert om både arbeid og konklusjon.

Det vedlagte utkastet til overdragsavtale er utarbeidet av de to partene i fellesskap.

På denne bakgrunn fremmes det forslag om at styret godkjenner en virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatrisk seksjon til Diakonhjemmet sykehus fra 1. januar 2014.

3. Den alderspsykiatriske virksomhet ved de to sykehusene

Alderspsykiatrisk seksjon i Oslo universitetssykehus har 97,6 årsverk fordelt på en døgnavdeling på Vardåsen i Asker med ca 8500 kvm. brutto arealer hvorav ikke alt er i bruk og en poliklinikk på Grønland i Oslo som disponerer drøyt 1000 kvm. brutto. Diakonhjemmet sykehus har 85,2 årsverk i sin alderspsykiatriske avdeling på Tåsen i

Oslo der poliklinikk og sengeposter er samlokalisert og integrert på i alt omlag 3000 kvm. brutto.

Resultater fra pasientbehandlingen i 2012:

	Oslo universitetssykehus	Diakonhjemmet
Døgnplasser	20	20
Døgnerheter	2	3
Liggedøgn	6860	6030
Innleggelser	130	154
Gjennomsnittlig liggetid	52,7 dager	39 dg (35 dg gj.snitt 2013)
Polikliniske kons. (%)	7167 (100 %)	6110 (100 %)
Herav telefonkonsultasjoner	1882 (26 %)	2399 (39 %)
Ambulante konsultasjoner	733 (11 %)	648 (11 %)
Gruppekonsultasjoner	2739 (38 %)	606 (10 %)
Individuelle konsultasjoner	1813 (25 %)	2457 (40 %)
Årsverk polikliniske behandlinger	15,5	12,8
Antall ECT behandlinger	130	700

Diakonhjemmet hadde i 2012 55 avtalte kortvarige (1-2 døgn) innleggelser til vedlikeholds-ECT. Disse er ikke tatt med i oversikten ovenfor.

Pasientenes tilstander er sammensatte og kompliserte med risiko for betydelig helsetap. Hovedkategorier er pasienter med betydelig depresjon, psykose eller alvorlige psykiske eller atferdsmessige symptomer ved demens. Spesialisert utredning og behandling kan gi en vesentlig bedring av helse og livskvalitet for disse pasientene.

Enhetene ved Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus har lang erfaring og høy kompetanse innen utredning og behandling på dette området. Det drives i dag forskning ved begge enheter, og flere ansatte er i PhD- og mastergradsløp. Videre har både Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus flere pågående fagutviklingsprosjekter. Begge enheter har også praksisplasser for studenter innen ulike helsefag.

4. Utvikling etter overdragelsen

Etter virksomhetsoverdragelsen vil det være drift på de samme tre lokalisasjonene som før virksomhetsoverdragelsen. Diakonhjemmet sykehus vil inngå leieavtaler for lokalene på Vardåsen og Grønland frem til 1. juni 2015. I denne perioden vil det skje en gradvis samordning av virksomheten, med sikte på full samlokalisering i nye lokaler i Diakonhjemmet sykehus sine lokaler på Tåsen fra sommeren 2015. Den polikliniske virksomheten på Grønland vil etter hvert bli samlokalisert med den øvrige virksomheten i Oslo, på Tåsen eller etablert på Diakonhjemmets eiendommer på f.eks. Vindern eller Steinerud.

Diakonhjemmet sykehus vil installere eget IKT-ustyr, slik at det fra overdragelsestidspunktet vil være samme pasientadministrative system (DIPS) som benyttes i hele den samlede avdelingen. Dette vil sikre ett pasientinntak og tilfredsstille formelle krav til journalhåndtering. De ansatte det gjelder vil få opplæring i nye IKT-systemer før overdragelsen.

5. Virksomhetsoverdragelse

Virksomhetsoverdragelsen vil bli gjort med utgangspunkt i virksomheten i alderspsykiatrisk seksjon i Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF. Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar 2014, overtar Diakonhjemmet sykehus ansvar for alderspsykiatri som områdefunksjon og å yte den pasientbehandlingen som ligger til virksomheten i alderspsykiatrisk seksjon.

Overdragelsen er en arbeidsrettslig virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16.

Loven gir anvisning på at ny arbeidsgiver kan bli bundet av overenskomster og særavtaler hos tidligere arbeidsgiver. Diakonhjemmet sykehus vil ikke reservere seg mot dette, men overta tariffavtalene inn til disse utløper.

De berørte ansatte ved Oslo universitetssykehus har medlemskap i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) og Oslo Pensjonsforsikring (OPF). Diakonhjemmet har KLP som sin pensjonsordning. Oslo universitetssykehus har imidlertid fått avklart at det lar seg gjøre å få til en videreføring av OPF-medlemskapet for de ansatte dette gjelder ved at det opprettes en egen lukket pensjonsordning i OPF for Diakonhjemmet sykehus. Diakonhjemmet sykehus ønsker å videreføre eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen. Det arbeides derfor med snarest å få på plass nødvendige avtaler mellom Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og de involverte pensjonskasser.

Eiendommer og utstyr overføres ikke.

6. Drøfting, informasjon og reservasjon

Virksomhetsoverdragelse av ovennevnte virksomhetsenheter er drøftet med tillitsvalgte og verneombud. Saken vil også bli lagt fram i Arbeidsmiljøutvalget.

Hvert helseforetak vil avholde informasjonsmøter med de ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsene.

Gitt vedtak i styret vil det bli sendt ut informasjonsbrev til de ansatte om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen, herunder informasjon om konsekvenser ved utøvelse av reservasjonsrett. Fristen for å reservere seg settes til 14 dager i henhold til arbeidsmiljøloven.

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

Helse Sør-Øst RHF er godt orientert om arbeid og konklusjoner og har i tillegg orientert Helse- og omsorgsdepartementet om saken.

7. Økonomi

De økonomiske forholdene i forbindelse med overdragelsen av alderspsykiatrisk seksjon vil bli regulert i en egen delavtale for økonomi.

Diakonhjemmet sykehus vil overta rettighetene til de innsatsstyrte inntektene fra virksomheten fra overtakelsestidspunktet.

Størrelsen på grunnfinansieringen som skal finansiere virksomheten fra 2014 fordeles av Helse Sør-Øst RHF. Det er lagt opp til at partene i arbeidet med delavtalen for økonomi vil komme frem til forslag til overføring av finansiering som så må godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Priser i leie- og eventuelle tjenesteavtaler i forbindelse med den videre driften på Vardåsen vil bli basert på kostnadsdekning.

8. Videre prosess

Etter behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF den 26. september 2013 og behandling i styret ved Diakonhjemmet sykehus i september 2013, vil overføringen kunne vedtas endelig i Oslo universitetssykehus sitt foretaksmøte før årsskifte.

For å sikre at alle prosesser er gjennomført før overdragelsen per 1. januar 2014, anbefales det at styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse med delavtaler.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

Alderspsykiatrisk seksjon

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

Diakonhjemmet sykehus

Dato:

Dato:

.....
Oslo universitetssykehus HF

.....
Diakonhjemmet sykehus

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
2. Virksomheten som overføres	2
3. Personale	2
3.1. Overføring av personell.....	2
3.2. Opplæring.....	3
3.3. Pensjoner	3
4. Eiendom	3
5. Medisinskteknisk utstyr.....	3
6. IKT	3
7. Overføring av pasientjournaler og annen virksomhetsinformasjon	3
8. Overføring av behandlingsansvar for pasienter.....	4
9. Undervisning og forskning	4
10. Økonomi.....	4

1. Innledning

Med bakgrunn i Helse Sør-Østs handlingsplan for spesialisthelsetjenester for eldre i perioden 2010-2020 og anbefalinger fra et felles prosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet sykehus har de to sykehusene vedtatt å overføre virksomheten i alderspsykiatrisk seksjon fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet sykehus.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom de to sykehusene.

2. Virksomheten som overføres

Virksomheten ved alderspsykiatrisk seksjon i Klinikk psykisk helse og avhengighet virksomhetsoverdras den 1. januar 2014 (overdragelsestidspunktet).

Det overføres ikke eiendeler som eiendommer, lokaler eller utstyr som er knyttet til virksomheten.

3. Personale

3.1. Overføring av personell

Ansatte overføres fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet sykehus 1. januar 2014 etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for de ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til helseforetakenes ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet sykehus. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon som fastsatt i arbeidsmiljøloven kapittel 16.

3.2. Opplæring

Oslo universitetssykehus forplikter seg til å tilrettelegge for at personell får nødvendig opplæring i Diakonhjemmet sykehus sine rutiner etc. før overdragelsestidspunktet. Diakonhjemmet sykehus forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

3.3. Pensjoner

De ansattes rett til videre opptjening av alders-, etterlatte- og uførepensjon i henhold til kollektiv tjenstepensjon, overføres til Diakonhjemmet sykehus. Diakonhjemmet sykehus vil videreføre eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen. Partene arbeider med å snarest få på plass nødvendige avtaler mellom OUS, Diakonhjemmet og de involverte pensjonskasser.

4. Eiendom

Virksomheten ved alderspsykiatrisk seksjon vil drives i samme lokaler som i dag etter overdragelsen. Over tid vil det skje en samordning av virksomheten med den øvrige alderspsykiatriske virksomheten i Diakonhjemmet sykehus.

Partene er enige om at Diakonhjemmet kan benytte lokalene på Vardåsen og lokalene til virksomheten som drives i APS Gønland frem mot juni 2015. Bruken av lokaler og eventuelle støttetjenester reguleres i egne delavtaler.

5. Medisinskteknisk utstyr

Diakonhjemmet sykehus overtar ikke noe av det medisinsktekniske utstyret i forbindelse med at de overtar virksomheten.

6. IKT

Diakonhjemmet sykehus vil benytte egen maskinvare, egne systemer, herunder pasientadministrativt system (DIPS), fra overdragelsestidspunktet. Tilgangen til Oslo universitetssykehus sine pasientbehandlingsrelaterte systemer (PAS og EPJ osv.) vil bli avsluttet for overdratt personell fra overføringstidspunktet.

Oslo universitetssykehus er inneforstått med at det forutsetter en del installasjonsarbeid i perioden før overføring finner sted.

7. Overføring av pasientjournaler og annen virksomhetsinformasjon

Diakonhjemmet sykehus vil få tilgang til pasientinformasjon fra Oslo universitetssykehus på bestilling. Overføring av relevant og nødvendig dokumentasjon overføres etter behov for enkeltpasienter. Retningslinjer for overføring av pasientopplysninger utarbeides mellom partene.

Oslo universitetssykehus vil gi Diakonhjemmet sykehus tilgang til informasjon og dokumentasjon slik at Diakonhjemmet sykehus er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Prosedyre for utlevering av informasjon og forventet leveringstid, utarbeides særskilt i samarbeid mellom partene.

Oslo universitetssykehus skal sørge for forsvarlig arkivbehandling og tilgjengeliggjøring av både elektroniske og papirbaserte arkiver.

8. Overføring av behandlingsansvar for pasienter

Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar, 2014, overtar Diakonhjemmet sykehus ansvar for alderspsykiatri som lokal og områdefunksjon og å yte den pasientbehandlingen som ligger til virksomheten i alderspsykiatrisk seksjon.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas og pasienten sikres at forsvarlig behandling kontinueres uten avbrudd.

Eventuelle ansvar knyttet til pasienter (f.eks. pasientskader, andre erstatningssaker etc.) påført før overføringstidspunktet forblir Oslo universitetssykehus sitt ansvar.

9. Undervisning og forskning

Undervisning og utdanning i den overførte virksomheten vil etter overføringstidspunktet ligge til Diakonhjemmet sykehus.

Forskning som utføres av overdratt personell etter overdragelsestidspunktet vil tilhøre Diakonhjemmet sykehus.

10. Økonomi

De økonomiske forholdene i forbindelse med overdragelsen av alderspsykiatrisk seksjon vil bli regulert i en egen delavtale for økonomi.

Diakonhjemmet sykehus vil overta rettighetene til de innsatsstyrte inntektene fra virksomheten fra overtakelsestidspunktet.

Størrelsen på grunnfinansieringen som skal finansiere virksomheten fra 2014 fordeles av Helse Sør-Øst RHF. Det er lagt opp til at partene i arbeidet med delavtalen for økonomi vil komme frem til forslag til overføring av finansiering som så må godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Priser i leie- og eventuelle tjenesteavtaler i forbindelse med den videre driften på Vardåsen vil bli basert på kostnadsdekning.

Plan for områdefunksjon innen alderspsykiatri i Oslo

Beslutningsgrunnlag for virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatrisk avdeling Oslo Universitetssykehus til alderspsykiatrisk avdeling Diakonhjemmet Sykehus.

Bakgrunn

Oslo Universitetssykehus' alderspsykiatriske avdeling har sektoransvar for 6 bydeler med en befolkning på ca. 28.000 personer > 65 år. Diakonhjemmet sykehus' alderspsykiatriske avdeling har ansvar for Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor, i alt 6 bydeler med en eldrebefolkning som også er ca. 28.000. Oslo Universitetssykehus(OUS) har døgnavdeling på Vardåsen i Asker og poliklinikk på Grønland i Oslo mens Diakonhjemmet sykehus (DS) har døgnbehandling og poliklinisk behandling samlokalisert og integrert på Tåsen i Oslo.

Pasientenes tilstander er sammensatte og kompliserte med risiko for betydelig helsetap. Hovedkategorier er pasienter med betydelig depresjon, psykose eller alvorlige psykiske eller atferdsmessige symptomer ved demens. Spesialisert utredning og behandling kan gi en vesentlig bedring av helse og livskvalitet for disse pasientene. Avdelingene ved OUS og DS har lang erfaring og høy kompetanse innen utredning og behandling på dette området. Det drives i dag forskning ved begge avdelinger, og flere ansatte er i PhD- og mastergradsløp. Videre har både OUS og DS flere pågående fagutviklingsprosjekter. Begge avdelinger har også praksisplasser for studenter innen ulike helsefag.

For å styrke fagmiljøet og også gjøre fagområdet mer robust, foreslås ressurser som nå er fordelt på OUS og DS, samlet i en alderspsykiatrisk avdeling for Oslo.

- Det er nedfelt i områdeplan for psykisk helsevern i hovedstadsområdet at det alderspsykiatriske fagfeltet er en mulig områdefunksjon.
- Oslo universitetssykehus har tidligere vedtatt at aktiviteten på Vardåsen skal flytte til Oslo.
- Fagmiljøet ved de to sykehusene har vært i dialog over lengre tid, og er enige i at en samlet alderspsykiatrisk avdeling vil styrke fagområdet til beste for en sårbar pasientgruppe.
- En samlet avdeling vil gi større muligheter for forskning og fagutvikling, og ha større potensial til å være en regional og nasjonal ressurs for hele fagmiljøet enn to små avdelinger kan.

Samhandlingsreformen utfordrer både sykehusene og bydelene til å arbeide annerledes og sammen å finne best mulige måter og samhandle på. En samlet avdeling gir større mulighet til å samordne og systematisere samhandlingstiltak slik at dette gjøres mest mulig likt for alle bydelene.

Diakonhjemmet Sykehus har eldremedisin og psykiatri som viktige satsingsområder. En utvidet alderspsykiatri vil bidra til å styrke sykehuset ytterligere på disse områdene.

Sykehusdirektørene foreslår virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatrisk avdeling ved OUS til alderspsykiatrisk avdeling ved DS , og at virksomhetsoverdragelsen bør finne sted 01.01.14.

Sykehusdirektørene ga Prosjektgruppen følgende mandat:

1) Kartlegge og beskrive de alderspsykiatriske avdelingene på Oslo Universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus i dag i forhold til:

- Disponible arealer/lokalisasjoner
- Antall ansatte i forskjellige funksjoner
- Resultattall og plantall for pasientbehandling

2) Beskrive hva virksomhetsoverdragelse vil innebære

3) Beskrive samarbeidspartnere og -arenaer i og utenfor sykehusene i forhold til pasientbehandling

4) Beskrive funksjoner knyttet til forskning, fagutvikling, grunnutdanning og utdanning av spesialister samt universitetstilknytning

5) Drøfte arealutfordringer, utrede fremtidig arealbehov, foreslå løsning for å samle områdefunksjonen mest mulig og beskrive sannsynlig behov for spesialiserte alderspsykiatriske tjenester i de kommende årene

6) Risikovurdere foreslåtte endringer i forhold til:

- Pasientbehandling
- Ansatte og HMS
- Areal/lokalisasjon
- Økonomi
- Fagutvikling og forskning

7) Sikre deltakelse av tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentanter i prosessen i tråd med arbeidslivets regler for involvering i større endringsprosesser

8) Utarbeide milepælsplan for prosjektet

Gjennomføring:

Milepælsplan (vedlegg 1) ble utarbeidet og lagt til grunn for det videre arbeidet i prosjektgruppen. Prosjektgruppen besto av deltakere fra ledelse, kliniske enheter, HR, tillitsvalgte og vernetjeneste (vedlegg 2) med avdelingssjef ved Diakonhjemmet Sykehus Bernhard Lorentzen som leder. Det er avholdt 11 prosjektgruppemøter.

Det ble opprettet en bredt sammensatt referansegruppe med oppgave å sikre involvering og fremdrift i prosjektet i følge mandatet (vedlegg 3). Det er avholdt 3 referansegruppemøter.

Det ble opprettet *arbeidsgrupper* innen:

- Demografi / sykdomsutvikling
- Samhandling
- Areal / lokalisasjon / funksjon
- Virksomhetsoverdragelse / personal
- Forskning / fagutvikling / utdanning
- Risikovurdering

Det er avholdt et orienteringsmøte for eksterne samarbeidsparter som bydeler, Oslo kommune, andre sykehusavdelinger.

IKT-avdelingen ved DS fikk i samarbeid med OUS i oppdrag å utarbeide en mulighetsstudie for hvordan IKT-utfordringene ved en mulig virksomhetsoverdragelse kunne løses. Direktør for e-helse Haakon Bränden, DS konkluderer med at dette er mulig å gjennomføre forutsatt visse rammebetingelser, se vedlegg 4.

Prosjektgruppens forslag til plan for alderspsykiatri i Oslo på bakgrunn av mandatet

1) Kartlegge og beskrive de alderspsykiatriske avdelingene på Oslo Universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus i dag i forhold til:

- *Disponible arealer/lokalisasjoner:*

OUS har døgnavdeling på Vardåsen i Asker med ca 8500 kvm. brutto (ikke alt er i bruk).

Poliklinikken ligger på Grønland i Oslo, og disponerer drøyt 1000 kvm. brutto.

Diakonhjemmet har sin alderspsykiatriske avdeling på Tåsen i Oslo der poliklinikk og sengeposter er samlokalisert og integrert, i alt ca 3.000 kvm. brutto.

Antall ansatte i forskjellige funksjoner: OUS har 97,6 stillingshjemler mens DS har 85,2 stillingshjemler, se vedlegg 5.

- *Resultattall for pasientbehandling*

Aktivitet 2012:

	OUS	DS
Døgnplasser	20	20
Døgnenheter	2	3
Liggedøgn	6860	6030
Innleggelser	130	154
Gjennomsnittlig liggetid	52,7 dg	39,0 dg (35 dg gj. nitt 2013)
Polikliniske konsultasjoner (%)	7167 (100 %)	6110 (100 %)
Herav telefonkonsultasjoner	1882 (26 %)	2399 (39 %)
Ambulante konsultasjoner	733 (11 %)	648 (11 %)
Gruppekonsultasjoner	2739 (38 %)	606 (10 %)
Individuelle konsultasjoner	1813 (25 %)	2457 (40 %)
Årsverk polikliniske behandlinger	15,5	12,8
Antall ECT	130	700

DS hadde i 2012 55 avtalte kortvarige (1-2 døgn) innleggelser til vedlikeholdsECT. Disse er ikke tatt med i oversikten ovenfor.

2) Beskrive hva virksomhetsoverdragelse vil innebære

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra avdelingsledelse, HR, tillitsvalgte samt jurister som hadde som oppgave å vurdere konsekvensene av en virksomhetsoverdragelse for de ansatte. Arbeidsgruppen har belyst de viktigste konsekvensene en virksomhetsoverdragelse vil ha for ansatte før, under og etter en mulig virksomhetsoverdragelse. (Se vedlegg 6)

3) Beskrive samarbeidspartnere og - arenaer i og utenfor sykehusene i forhold til pasientbehandling

Det er laget en oversikt over dette, se vedlegg 7.

4) Beskrive funksjoner knyttet til forskning, fagutvikling, grunnutdanning og utdanning av spesialister samt universitetstilknøytning

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra begge avdelinger som har oppsummert nåværende aktiviteter ved de to avdelingene og beskrevet mulighetene i en fremtidig sammenslått virksomhet. (Se vedlegg 8) Det ble konkludert med at en sammenslått avdeling gir et større fagmiljø, og større muligheter for forskning og fagutvikling enn to små avdelinger, og at avdelingen da vil bli en betydelig aktør i å videreutvikle faget nasjonalt. Det vil bli noe redusert kapasitet til å ta imot bachelorstudenter når antall sengeplasser totalt reduseres, men dette kan kompenseres ved å samarbeide med høgskolene om andre former for praksis slik som deltakelse i poliklinisk / ambulans virksomhet.

5) Drøfte arealutfordringer, utrede fremtidig arealbehov, foreslå løsning for å samle områdefunksjonen mest mulig og beskrive sannsynlig behov for spesialiserte alderspsykiatriske tjenester i de kommende årene

En arbeidsgruppe fikk i oppdrag å utrede demografi og befolkningsutvikling frem til 2020. For gruppen > 65 år regner man med en økning på ca. 21 % i denne perioden. Arbeidsgruppen konkluderte med at det er grunn til å anta at antall henvisninger til alderspsykiatrien vil øke noe frem mot 2020 parallelt med økningen i antall eldre, og at sykdomsspekteret og behandlingsmåter vil være omtrent som i dag.

Etter en eventuell virksomhetsoverdragelse, vil det være drift på de samme tre lokalisasjonene som før virksomhetsoverdragelsen, d.v.s. Vardåsen, APS Grønland og Tåsen. Man må bruke god tid på omstillingen og over en lengre periode gradvis flytte pasienter og funksjoner/ personale. Full nytte av omstillingen vil man først ha når virksomheten er samlet i Oslo.

Konklusjon vedr. døgnplasser (se vedlegg 9):

Det vil med enkle grep være mulig å etablere 30 døgnplasser i dagens lokaler på Tåsen. Med en gjennomsnittlig liggetid tilsvarende den man har på Tåsen i dag, vil man med 30 døgnplasser kunne opprettholde antall innleggelser tilsvarende det begge avdelinger har til sammen i dag.

Polikliniske konsultasjoner:

Inkluderer all dagbasert utredning og behandling. Antallet konsultasjoner vil trolig øke gradvis fra ca. 14.000 til ca. 17.000 dels grunnet ønsket overgang fra døgnbasert til poliklinisk utredning/behandling og dels en økning i antall eldre. Med gj.sn. 2 konsultasjoner pr. dag pr. ansatt i poliklinisk aktivitet, vil behovet for polikliniske behandlere være ca. 29 – 32. Økt poliklinisk aktivitet vil kreve større areal, dels til arbeidsplasser for medarbeidere, dels rom til

gruppebehandling og dagaktiviteter. Dagens lokaler på Tåsen anses for små til å romme all poliklinisk virksomhet i en samlet avdeling.

Arealbehov fremtidig avdeling:

Tekniske beregninger basert på anslag fra OUS for tilsvarende avdelinger anslår et arealbehov på ca. 2.400 kvm. netto (ca 4.300 kvm.brutto) når døgndrift og poliklinikk er atskilt.. Det tas da ikke hensyn til samlokalisering og integrering av døgndrift og poliklinisk drift. Dette vil redusere arealbehovet da samme areal i stor grad brukes både til døgnpasienter og polikliniske pasienter. Hvor stort areal man trenger i en fremtidig avdeling der poliklinisk og døgnbasert drift er helt eller delvis integrert, er derfor vanskelig å estimere, men dagens areal på Tåsen anses som for lite. Det er viktig for at prosjektet skal lykkes at tilstrekkelige arealer for god og effektiv drift blir stilt til disposisjon. Å finne konkrete løsninger på dette, blir en viktig oppgave etter en eventuell virksomhetsoverdragelse. Det bør etableres en arbeidsgruppe etter at sykehusstyrenes beslutning er tatt. Arbeidsgruppens oppgave vil være å utarbeide foreløpige skisse og forslag til tidsplan for utvikling av lokaler. Dette arbeidet vil videreføres av ny avdelingsledelse etter virksomhetsoverdragelsen.

Foreløpige planer vedr. døgndrift:

- Den første tiden etter 01.01.14 drives døgnetene på Tåsen og Vardåsen i hovedsak som tidligere.
- All ECT-behandling flyttes til Tåsen for å utnytte ressursene best mulig.
- Inntak av pasienter / vurderinger av henvisninger gjøres samlet for hele den nye avdelingen for på den måten å utnytte ressursene best mulig.
- Den nye avdelingsledelsen utarbeider konkrete planer for nedtrapping av døgndrift på Vardåsen og opptrapping av døgndrift på Tåsen. Arbeidsgruppens foreløpige konklusjoner legges til grunn.
- Det vil være behov for ombygginger på Tåsen slik at 2 - 4 ekstra pasientrom kan stilles til disposisjon. Under ombyggingen vil det være særskilt viktig å kunne benytte døgnplassene på begge avdelinger fleksibelt.
- Døgnetene på Tåsen planlegges ferdigstilt i løpet av våren 2015.
- Når døgnplassene på Tåsen er ferdigstilt, kan virksomheten på Vardåsen trappes ned, og nye pasienter som søkes innlagt, legges inn på Tåsen
- Personalet på døgnetene på Vardåsen flyttes til Tåsen innen 1. juni 2015.

Foreløpige planer vedr. poliklinisk drift:

- Den første tiden etter 01.01.14 drives poliklinikken på APS Grønland og den integrerte polikliniske driften på Tåsen videre som før virksomhetsoverdragelsen.
- Inntak av pasienter / vurdering av henvisninger gjøres samlet for begge avdelinger for slik å utnytte ressursene best mulig.
- Den nye avdelingsledelsen utarbeider konkrete planer for organisering og lokalisering av den nye avdelingens polikliniske virksomhet. Arbeidsgruppens foreløpige konklusjoner legges til grunn.
- Nåværende arealer på Tåsen anses for små til den totale polikliniske virksomheten.
- Ombygging på Tåsen (bassengområdet) vil gi noe mer areal for poliklinisk aktivitet.
- Den polikliniske aktiviteten vil være i behov av ytterligere lokaliteter som vil kunne stilles til disposisjon på Diakonhjemmets eiendommer f.eks. på Vindern eller Steinerud. Det kan også være nødvendig med ombygginger for å få dette til.

- Ferdigstillelse av polikliniske lokaler planlegges i løpet av våren 2015.
- Personalet på poliklinikken på Grønland flyttes til de nye lokalene innen 1. juni 2015.

6) Risikovurdere foreslåtte endringer i forhold til:

Det er gjort risikovurdering av prosjektet ved to anledninger, første gang like etter oppstart, og andre gang i juni 2013. Risikovurderingene er gjort ut ifra et pasient- og ansatt-perspektiv. Se vedlegg 10

Følgende områder ble ansett som å ha størst risiko:

- Manglende tilgang til pasientjournal
- Usikkerhet blant ansatte
- For lite areal
- Kostnader
- Forsinkelse i saksgang

Forutsatt at nødvendige tiltak blir iverksatt, fant arbeidsgruppen at risikoområdene ville bli ivaretatt.

Plan for ledelse av avdelingene etter en eventuell virksomhetsoverdragelse:

Etter et eventuelt vedtak om virksomhetsoverdragelse høsten 2013 vil det etableres en interimledelse bestående av ledere fra OUS og DS. Interimledelsen starter umiddelbart planlegging av den nye avdelingen sammen. Fra det tidspunkt virksomhetsoverdragelsen gjennomføres etableres en ny avdelingsledelse for den nye sammenslåtte avdelingen.

Konklusjon:

Prosjektgruppen konkluderer med at det er mulig å gjennomføre en virksomhetsoverdragelse 01.01.14 under forutsetning av at:

- De ansattes rettigheter ivaretas
- Det settes av nok ressurser innen IKT til at alle har tilgang til DIPS fra virksomhetsoverdragelsen
- Det etableres store nok lokaler, og tilstrekkelige økonomiske midler til omstillingsprosessen.
- At det ikke blir unødige forsinkelser i saksgangen knyttet til endelig vedtak

Prosjektgruppen konkluderer videre med at det vil være en fordel for fagområdet at det blir en områdefunksjon. Fagmiljøet vil stå sterkere og en samlet avdeling vil kunne gi enda bedre utredning og behandling til en utsatt pasientgruppe. Videre vil et større samlet miljø gi større mulighet for forskning og fagutvikling enn to små avdelinger har.

Oslo, 27.06. 2013

Bernhard Lorentzen
Leder for prosjektgruppen

Jorunn M. Rørvik
Sekretær for prosjektgruppen

10 vedlegg

	PROTOKOLL Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	18. september 2012
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatri til Diakonhjemmet sykehus, med samtidig opprettelse av områdefunksjon Saksvedlegg: Drøftingsnotat (11.09.2013) med fire vedlegg (oversikt over ansatte i ulike funksjoner, risikovurdering, videre organisering og lokalisering, og avtaleutkast om virksomhetsoverdragelse).
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Bjørn Erikstein (adm.dir), Marit Bjartveit (PHA), Morten Meyer (HR), Tone Hagedal Wright (HR), Truls Gamnes (HR) Referent: Mari Torset (HR)
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Birgit Aanderaa (NPF), Bjørn Wølsted-Knudsen (Fagforbundet), Else Lise Skjæret-Larsen (Fagforbundet), Janne Kristin Standal (NETF), David Pearson (Parat), Vibeke Kristiansen (NSF), Rita von der Fehr (NITO), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Ruth Foseide Flemming (Dnlf/YLF), Thomas Small (Dnlf), Aasmund Bredeli (Dnlf)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> -

Sak 1 Virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatri til Diakonhjemmet sykehus, med samtidig opprettelse av områdefunksjon

Administrerende direktør Bjørn Erikstein presenterte bakgrunn for utredningen om en samling av områdefunksjon innen alderspsykiatri, samt utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatri til Diakonhjemmet sykehus og andre utsendte saksvedlegg. Klinikkleder Marit Bjartveit supplerte med videre informasjon om faglige premisser for utredningen og anbefalingen om å samle alderspsykiatri innen Oslo sykehusområde og på felles lokalisasjon i 2015.

Det ble presisert at vilkåret for slik virksomhetsoverdragelse vil være at ansatte fra Oslo universitetssykehus sine rettigheter innen pensjons-, lønns- og arbeidsvilkår videreføres iht aml. kap 16. Det vil bli gjort tilpasninger i styresak og avtaleutkastet i henhold til dette vilkåret før styrets behandling av saken.

Ass. HR-direktør Morten Meyer supplerte også underveis.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden har sett klare fordeler med å samle fagmiljøet, både for pasientene og for fagutviklingen men hadde innvendinger og spørsmål til forslaget om virksomhetsoverdragelse til Diakonhjemmet sykehus.

- Mener prosessen har hatt ensidig fokus på overdragelse til Diakonhjemmet sykehus. Det presenteres ikke alternative løsninger for å samle fagmiljøet, som for eksempel muligheter innad i OUS. Dette fører til et mangelfullt og ensidig beslutningsgrunnlag
- Mener samhandling med tilgrensende fagmiljøer akuttgeriatri og somatikk (ved OUS) ikke er behandlet i utredningen
- Det stilles spørsmål om tidspunktet for virksomhetsoverdragelse er riktig all den tid man uansett ikke har mulighet til å samlokalisere før 2015
- Det stilles spørsmål om overdragelsen er sett i sammenheng med OUS sin overordnede fagstrategi
- I tillegg påpekes det at Vardåsen har vært i omstilling over lang tid og ansatte har behov for ro og å konsentrere seg om pasientbehandlingen
- Det vises dessuten til mange gule og røde faktorer i risikovurderingen, samt at mange ansatte ved Vardåsen har gitt uttrykk overfor tillitsvalgte at de vil lete etter annen jobb i nærområdet dersom det blir flytting derfra (dog uavhengig av om dette skjer innenfor OUS eller Diakonhjemmet sykehus)
- Det understrekes at avtaledokumentet (slik det er presentert i vedlegg til drøftingsnotatet) er mangelfullt i form av uavklarte spørsmål rundt pensjon og arbeidsrettslige temaer

Det vises for øvrig til vedlagte protokolltilførsler.

Arbeidsgiversidens kommentarer

- Arbeidsgiver mener at utredningen viser at samling innen Oslo sykehusområde, lokalisert til Oslo, er til fordel for fag og forskning og at det har støtte i fagmiljøene. Lokalisering til Oslo innebærer også en større nærhet til flertallet av pasientene enn videreføring ved Vardåsen. Samordning av tjenestene allerede nå (felles pasientinntak, ECT mv) forventes å gi positive effekter
- Mandatet for utredningen gjaldt virksomhetsoverdragelse til Diakonhjemmet, derfor er ikke andre alternativer beskrevet i utredningen. OUS har uansett ikke egne lokaler til en flytting av Vardåsen til Oslo, ei heller en sammenslåing med Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling innen OUS
- En sammenslåing kan også være et svar på befolkningsutviklingen i Oslo-området, hvor man antar at antall henvisninger vil øke i takt med økningen i antall eldre (65+). Det legges til grunn at løsninger for tilstrekkelige arealer for god og effektiv drift blir stilt til disposisjon i Diakonhjemmet sykehus
- Over tid har fagmiljøet ved Vardåsen erfart rekrutteringsproblemer som man antar vil avhjelpes ved sammenslåing til et større miljø og lokalisering til Oslo
- Tidsperspektivet er nødvendig for arbeidet med samordning av miljøene blant annet i forhold til eksisterende rekrutteringsutfordringer og føringene om etablering av en områdefunksjon for fagområdet i Oslo

Videre prosess for behandling av saken:

- Ledermøtet Oslo universitetssykehus HF 24.09.2013
- Styrebehandling Oslo universitetssykehus HF 26.09.2013

Arbeidsgiver
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene
(Sign)

Protokolltilførsler

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 53/2013 TEMASAK OM PERSONTILPASSET DIAGNOSTIKK

Leder i avdeling for medisinsk genetik, professor Dr.med. Dag Undlien, vil i styremøte orientere om persontilpasset diagnostikk.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Ingen

SAK 54/2013 SALG AV MONTEBELLO TERRASSE 15

Forslag til vedtak:

- 1. Styret vedtar salg av Montebello Terrasse 15, gnr. 29 bnr. 82 i Oslo kommune.*
- 2. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salget.*

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

I styresak 86/2012 ble det i budsjettokument 2013 orientert om at foretaket utredet muligheten for å realisere Montebello Terrasse 15 i løpet av 2013. I denne saken fremmes forslag til salg av denne eiendommen.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er ikke lenger virksomhet i lokalene på eiendommen Montebello terrasse 15, og et salg vil bidra til oppdraget om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendig for foretakets virksomhet og strategiske planer. Eiendommen er nedskrevet i regnskapet og med en verditakst på 8,5 millioner kroner vil et salg frigjøre likviditet og bedre foretakets økonomi.

Foretaket ønsker høyest mulig pris i markedet og vil forholde seg til styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF (sak 022-2207 og 093-2009) slik at frigjorte midler skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer. Berørte kommuner blir informert før salg avsluttes.

Etter vedtektene kan styret i helseforetaket vedta salg av eiendommer med en verdi under 10 millioner kroner. Oslo universitetssykehus har ikke lenger bruk for eiendommen og administrerende direktør anbefaler salg av Montebello Terrasse 15.

Beskrivelse

Montebello terrasse 15 grenser til hovedeiendommen på Radiumhospitalet, med beliggenhet på toppen av skrenten nord for Stråleterapibyget

Eiendommen på 6,1 dekar har et bygg på 1400 kvadratmeter som ble oppført som et tuberkulosehjem i 1934. Planløsningen er i stor grad den opprinnelige, og omfatter 18 sengerom uten bad, samt spisesal, oppholdsrom og kontorer. Bygningen bærer preg av etterslep på vedlikehold, med generell slitasje på alle overflater. De tekniske anleggene er umoderne og ikke tilpasset dagens bruk. Eiendommen er regulert til offentlig formål, og bygningens eksteriør er vernet.

Etter at Klinikk for psykisk helse og avhengighet flyttet ut i august 2010 har bygget stått tomt. Oslo universitetssykehus har i ettertid vurdert om eiendommen kunne benyttes til annen virksomhet. Med de begrensninger som følger av vernet av bygningen og behovet for oppgradering av utdatert teknisk standard og slitasje, har det ikke vært tilrådelig å benytte eiendommen til annen virksomhet. Et salg av eiendommen vil være i samsvar med foretakets vedtatte arealutviklingsplan mot 2025.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Erklæring om lederes ansettelsesvilkår.

SAK 55/2013 ERKLÆRING OM LEDERES ANSETTELSESVILKÅR

Forslag til vedtak:

Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Innledning

Etter vedtektenes § 8 skal styret i Oslo universitetssykehus HF utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og ledende ansatte. Erklæringen er etter modell fra tilsvarende krav i allmennaksjelovens § 6-16 a og skal behandles av foretaksmøte.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus følger prinsipper og retningslinjer for ledende ansattes ansettelsesvilkår i statlige foretak og selskaper. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2012 justert med i gjennomsnitt 3,15 prosent. Lønnsoppgjøret for alle ansatte i foretaket var på 4,13 prosent, inkludert overheng og glidning. Lønnsjusteringen blant de ledende ansatte var fra 1,6 prosent til 7,4 prosent. Vedlagte forslag til erklæring er utarbeidet etter mal fra tilsvarende erklæring i Helse Sør-Øst RHF.

Det anbefales at styret slutter seg til vedlagte forslag til erklæring om lederes ansettelsesvilkår, og at denne oversendes foretaksmøte for behandling.

Bakgrunn

I foretaksmøtet 10. februar 2012 ble det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus bidrar til moderasjon i lederlønningene og er kjent med og følger retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt av Regjeringen den 31. mars 2011.

For å styrke styrenes og foretakenes oppmerksomhet om ledernes ansettelsesvilkår og for å gi eier bedre innsikt i disse, ble det gitt vedtektsbestemmelse om at styret årlig skal utarbeide en erklæring om ledernes ansettelsesvilkår som skal behandles i foretaksmøtet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjeloven § 6-16 a. Foretaksmøtet forutsatte at styrene i erklæringen om lederes ansettelsesvilkår oppgir om det er elementer som ikke er i overensstemmelse med retningslinjene, og forklarer avviket.

Erklæring om lederes ansettelsesvilkår:

Oslo universitetssykehus HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktører, stabsdirektører, klinikkledere og direktør for Oslo sykehusservice som ledende ansatte.

Oslo universitetssykehus HF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, fastsatt av Regjeringen 31. mars 2011, hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2012

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 137/2011. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2012 justert med 3,15 prosent, med en variasjon blant lederne fra 1,6 prosent til 7,4 prosent.

Lønnsjusteringene for ledergruppa gjelder fra 1. januar. Klinikkleder i Klinikk psykisk helse og avhengighet ble ansatt 17. januar 2012. Klinikkleder i Akuttklinikken ble fast ansatt 3. september 2012. Klinikkleder i Klinikk for kirurgi og nevrofag ble fast ansatt 16. april 2012.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Sør-Øst generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Naturalytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, likevel begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Mobilt bredbånd
- Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avisabonnement
- Forsikringsordninger

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinært løsnings i Kommunal Landspensjonskasse, Oslo Pensjonsforsikring AS og Statens pensjonskasse.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.

- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppbåret i perioden.
- Sluttvederlag gis bare når det oppstår situasjoner av slik karakter at det av hensyn til virksomhetens videre drift besluttes at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Oslo universitetssykehus HF har i 2012 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Styret i Oslo universitetssykehus HF mener at lønnspolitikken i 2012 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2013

Oslo universitetssykehus vil tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i 2013 vil bygge på vedtatte retningslinjer og prinsipper som beskrevet over.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

SAK 56/2013 EIERSKAP I SELSKAPER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sitt eierskap i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Orienteringen baserer seg på selskapenes årsrapporter for 2012.

Oslo universitetssykehus HF har fire heleide selskaper og er deleier i to. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom. Det er ingen endring i Oslo universitetssykehus sitt eierskap i 2012.

Selskapene hadde i 2012 en samlet omsetning på 291 millioner kroner med et årsresultat på 4,7 millioner kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departementet. Selskapene hadde samlet 126 årsverk, hvorav 116,2 er ansatt i Sophies Minde AS og Inven2 AS.

2. Administrerende direktørs vurdering

Helseforetak eier virksomhet organisert i selskaper under forutsetning av at eierskapet er egnet til å fremme foretakets formål. Alle selskapene Oslo universitetssykehus HF har eierandeler i, driver og har formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet. Skulle eierskap i et selskap i fremtiden ikke lenger ha en slik sammenheng med formålet og virksomheten i helseforetaket, vil saken bli tatt opp i styret for behandling av om Oslo universitetssykehus HF skal avslutte sitt eierskap.

Oslo universitetssykehus HF forholder seg formelt til selskapene og er bevisst på at samhandling mellom helseforetak og selskap ikke skal innebære uønsket kryssubsidiering eller gi suboptimale løsninger for helseforetaket.

Oslo universitetssykehus HF velger både eksterne og ansatte til å sitte i selskapenes styre. Helseforetaket har retningslinjer og en restriktiv holdning til størrelsen på styregodtgjørelse. Hovedregelen er at ansatte i Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha særskilt godtgjørelse for styreverv i selskaper i foretaksgruppen.

3. Beskrivelse av datterselskapene

Sophies Minde Ortopedi AS

Sophies Minde ortopeditekniske verksted har sitt utspring i en privat yrkesskole fra 1892 og ble senere overtatt av en stiftelse for så å bli en integrert del av den statlige sykehusvirksomheten ved Statens Senter for Ortopedi. Virksomheten ved dette sykehuset ble slått sammen med Rikshospitalet i 1995. Selskapet ble stiftet 29. september 2003. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapet fremstiller, tilpasser og omsetter ortopediske hjelpemidler som er refusjonsberettiget i henhold til Folketrygdloven. Ortopediske hjelpemidler selskapet er alene om å fremstille og/eller tilpasse skal tilbys Oslo universitetssykehus HF i den utstrekning virksomheten har behov for dem.

Selskapet holder til i lokaler på Aker sykehus. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål sykehus og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i 2012 hatt flere studenter utplassert i praksis fra Høgskolen i Oslo og Akershus, samt egne lærlinger. Selskapet har en partnerskapsavtale med Fredskorpset frem til og med 2015 om utveksling av medarbeidere i Afrika og Asia.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Hans Erik Lie, nestleder Lena Gjevert, Tone Soltvedt, Thomas Glott, Unni Fürst og Heidi Lyrstad. Fire kvinner og to menn. Lena Gjevert og Tone Soltvedt er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2012 en omsetning på 107 millioner kroner og et overskudd på 5,2 millioner kroner. Selskapet hadde 90,2 årsverk. Samlet sykefravær var 7,1 % fordelt med 2,7 % kortidsfravær og 4,4 % langtidsfravær.

Selskapet har skattefritak og det er ikke anledning til å ta utbytte. I selskapets vedtekter § 7 heter det at selskapets eventuelle overskudd skal benyttes til ortopedisk forskning og utvikling. Selskapets finansiering av ortopedisk forskning og andre prosjekter skjer etter innhenting av faglig baserte forslag og råd fra et eksternt fagpanel. I 2012 satte selskapet av fem millioner til slike formål.

Barnehagebygg AS

Selskapet ble stiftet 15. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med oppsett, utvikling og drift av barnehagebygg for helseforetaket og annen eiendomsvirksomhet i tilknytning til dette.

For å få bedre, mer samlede og effektive lokaler for barnehagevirksomheten ved foretaket satte selskapet i 2006 opp et barnehagebygg på Oslo universitetssykehus HF sin eiendom nord for sykehusbygget på Gaustad. Bygget er nå utleid til eksterne drifter av barnehagen.

Styret har ett medlem, Øystein Solheim Lien. Selskapet hadde i 2012 en omsetning på 3,7 millioner kroner og et overskudd på 261 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Styret i Oslo universitetssykehus HF anbefalte i sak 16/2010 salg av Barnehagebygg AS sammen med eiendommen. Eiendomssalget er senere vedtatt i foretaksmøte 24. november 2010. Etter en helhetsvurdering ble avtalen med leietaker forlenget ut juni 2014. Avtalen kan ikke forlenges utover dette. Salgsoppdraget er gitt til eiendomsmegler, og salget forventes gjennomført høsten 2013, i god tid før søknadsfrist for nytt barnehageår 2013/14.

Sykehotell AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med utvidelse, utvikling og drift av sykehotellet på Rikshospitalet og annen virksomhet i tilknytning til dette.

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet er etter dette 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Norlandia Care AS til utgangen av 2015.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Tone Elisabeth Mydske Olsen og Morten Bråthen. En kvinne og to menn. Alle ansatt i helseforetaket. Selskapet hadde i 2012 en omsetning på 9,4 millioner kroner og et overskudd på 424 000 kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS

Selskapet (RadPark AS) ble stiftet 24. mars 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er på kommersielt grunnlag å drive et parkeringsanlegg for ansatte og besøkende til Radiumhospitalet i Oslo, og annen virksomhet i naturlig sammenheng med dette.

Parkeringsanlegget er de tre nederste etasjene i forskningsbygget ved Radiumhospitalet. Selskapet finansierte parkeringsanleggsdelen av bygget og forskningsbygget er organisert ved at selskapet og Oslo universitetssykehus HF har et sameie i bygget hvor RadPark AS eier 12,88 % - "Sameiet Vestenghaugen".

Oslo universitetssykehus HF leier 390 parkeringsplasser til ansatte i parkeringsanlegget. Ansatte kan få parkeringstillatelse i bygget mot et månedlig gebyr. De øvrige parkeringsplassene er for sykehusets brukere.

Selskapet har fra 2009 kjøpt vedlikeholds- og driftstjenester fra Oslo sykehusservice i Oslo universitetssykehus. Herunder håndheving av parkering.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Øystein Solheim Lien, Gjertrud R. Spillum og Esther Nygaard Norseth. To kvinner og en mann. Alle ansatt i helseforetaket.

Selskapet hadde i 2012 en omsetning på 16,8 mill kroner og et overskudd på 1,5 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Norsk medisinsk syklotronsenter AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2003. Oslo universitetssykehus HF eier 70 prosent av aksjene. De øvrige eierne er Universitetet i Oslo med 20 prosent og Akershus universitetssykehus HF med 10 prosent.

Formålet er produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka for medisinsk og forskningsmessig bruk, samt annen virksomhet i naturlig tilknytning til dette. Selskapet er lokalisert i et bygg integrert som en del av hovedbygningen på Rikshospitalet. Selskapet har også virksomhet på Radiumhospitalet i forbindelse med en PET-skanner.

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges videre til bruk i medisin og forskning. GE-Healthcare AS videreforedler isotopene til bruk i pasientundersøkelser.

I 2012 viste antall PET/CT undersøkelser i ved Oslo universitetssykehus en god utvikling, og endte på 3736 skann, mot 2850 året før. Selskapet leverte for første gang en egenprodusert PET-tracer som benyttes for å oppdage skjelettmetastaser. Forskningsaktiviteten tok seg opp i 2012 med utvikling av ulike tracere.

Selskapet skal ikke gi utbytte til eierne, men drives ellers etter økonomiske prinsipper med målsetning om å bygge opp en egenkapital som sikrer videre drift, oppgradering av utstyr, samt nødvendige nyinvesteringer etc. Selskapet får ikke tilskudd fra eierne.

Året 2012 var selskapets omsetning 29,8 mill kroner som ga et underskudd på 348 000 kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 9,2 årsverk.

Styret har syv medlemmer. Styreleder Ingar Pettersen, nestleder Erlend B. Smeland, Jan G. Bjålie, Tore Bach-Gansmo, Tormod Fladby, Petter Hurlen, Per Oscar Bremer og Einar M. Iversen. Erlend B. Smeland og Tore Bach-Gansmo er ansatte i Oslo universitetssykehus.

Inven2 AS

Innovasjonsselskapet Inven2 AS ble stiftet 24. april 2010, og eies 50 % av Oslo universitetssykehus HF og 50 % av Universitetet i Oslo¹.

Selskapet har som oppgave å gjøre forskning til samfunnsnyttige og lønnsomme produkter og tjenester. Selskapet følger opp forskningsmiljøene ved universitetet og foretakene i Helse Sør-Øst for å identifisere forskningsbaserte resultater og oppdagelser med næringsmessig potensial. Selskapet befestet sin posisjon som den ledende kommersialiseringsaktøren i Norge med 26 kommersialiseringer i 2012.

I tillegg til innovasjonsbistand og næringsutvikling, håndterer selskapet kontrakter om kliniske studier med industriell oppdragsgiver som utføres ved blant annet Oslo universitetssykehus HF. Selskapet forvalter også forskningsfond.

På virksomhetsområdet kliniske studier er det dialog med Oslo universitetssykehus for å forbedre arbeidsflyt og heve kompetansen på dette i helseforetaket. Innen virksomhetsområdet forskningsfond arbeider selskapet og Oslo universitetssykehus med å samle fondene i en mer effektiv struktur tilpasset helseforetakets organisasjon.

Selskapet hadde i 2012 en omsetning på 124 millioner kroner og et resultat på minus 3 millioner kroner. Inven2-konsernet hadde i gjennomsnitt 25,9 årsverk i 2012. Sykefraværet var 3,1 %.

¹ Oslo universitetssykehus HF har ikke bestemmende flertall i Inven2 AS, selskapet er derfor i regnskapet ikke et datterselskap til Oslo universitetssykehus HF, men et tilknyttet selskap.

For å effektivisere virksomheten infusjonerte Inven2 AS, med virkning fra 1. januar 2013, de heleide datterselskapene og tidligere kommersialiseringsenhetene Birkeland AS og Medinnova AS.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Selskapets styre består av leder Peter Pay, Egil Myklebust, Hilde Hermansen Steineger, Ragnhild Helene Hennem, Johan Magnus Gulbrandsen, Inger Sandlie, Bjørn Grønli , Erlend Bremertun Smeland, Tone Tønjum. De to siste er ansatte i Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 57/2013 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per første halvår 2013. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med juli 2013 til orientering.

Oslo, den 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 57/2013
Status oppfølging av styrets vedtak 2013

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak i første halvdel av 2013. Tidligere utkvitterte saker og orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging vedtak
44/2013	Møteplan for 2014	Vedtatt	OK
43/2013	Oppnevning av brukerutvalg	<p>Styret velger følgende medlemmer til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus for perioden juni 2013 – juni 2015:</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>Styret gir styreleder fullmakt til å oppnevne leder og nestleder for Brukerutvalget for perioden 2013-2015.</p>	OK
42/2013	Ny pensjonskasse i Helse Sør-Øst	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nødvendige avtaler, avvikle eksisterende avtaler, og avgi nødvendige erklæringer for å gjennomføre foretaksmøtets vedtak av 8. februar 2013 om at helseforetaket forutsettes å overføre egne ansatte med tilhørende kapital til den egne pensjonskassen som er under etablering i henhold til de vedtak styret for Helse Sør-Øst RHF fastsetter.	Ny pensjonskasse er etablert.
41/2013	Partikkelterapi	<p>Styret tar saken om planlegging av utbygging og bruk av partikkelterapi i Norge til orientering.</p> <p>Styret støtter at Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF melder sin interesse for lokaliseringen av et nasjonalt partikkelsenter til Oslo.</p>	Meldt til departementet via HSØ
40/2013	Legevakt 2015	Styret tar saken til orientering.	

		Med utgangspunkt i mulighetsstudien "Legevakten 2015", ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.	Fulgt opp i styresak 54/2013
39/2013	Oppgradering av vedlikeholdsplan bygg 3 Ullevål sykehus	Styret tilslutter seg planen for utbedring og oppgraderinger i bygg 3 ved Ullevål sykehus slik at pasientdrift kan opprettholdes frem til eventuelle nye pasientbygg er på plass. Planen som er utarbeidet forutsetter et rokadeareal og administrerende direktør gis fullmakt til å lage en plan som også omfatter et mulig samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus. Styret ber om å få saken til endelig vurdering i et ekstraordinært styremøte i august.	Fulgt opp i styresak 48/2013
38/2013	Budsjett 2014	Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å planlegge og å inngå investeringsforpliktelser i eiendom innenfor en samlet beløp på 100 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.	OK OK
37/2013	Rapportering per mai 2013	Styret tar rapporteringen for mai 2013 til orientering. Styret ser alvorlig på utviklingen i driftsøkonomien og ber administrerende direktør legge frem en oppdatert tiltaksplanplan i styremøte i 26. september for å sikre budsjettert resultatkrav for 2013 og en god prosess med budsjett 2014.	Fulgt opp i styresak 52/2013
36/2013	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2013	Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2013 til etterretning	Sendt Helse Sør-Øst
30/2013	IKT for forskning i Oslo universitetssykehus	Styret tar saken til orientering. Styret ber styreleder ta opp saken i neste oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF.	Gjort

28/2013	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
27/2013	Gjennomføringsprosjektet	Styret tar Gjennomføringsprosjektets sluttrapport og plan for videre arbeid til etterretning. Styret understreker at ventelister og antall fristbrudd skal følges opp og ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppfølgingsplanen.	Ventelister, fristbrudd og langtidsventende rapporteres hvert styremøte
26/2013	Økonomisk langtidsplan	Styret slutter seg til at forslaget til økonomisk langtidsplan oversendes Helse Sør-Øst RHF, men konstaterer samtidig at kravet til resultatforbedring i 2014 er krevende. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om opplæringskostnader i 2014 ved innføring av regional elektronisk pasientjournal basert på DIPS. Det er fortsatt en utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om kontinuerlig å arbeide med effektivisering av driften for å redusere risikoen knyttet til gjennomføringen av Økonomisk langtidsplan.	Sendt HSØ Fulgt opp Under oppfølging Styresak 51/2013
21/2013	Årsplan styret	Vedtatt	Under oppfølging
20/2013	Årsoppgjør 2012	Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2012. Årsberetning og årsregnskap for 2012 legges frem for godkjenning i foretaksmøte	Vedtatt i foretaksmøte. OK
17/2013	Lønnsregulering adm dir	Med virkning fra 1. januar 2013 økes administrerende direktør Bjørn Eriksteins årslønn med 76 000 kroner til en ny samlet årslønn per 1. januar 2013 på 1 976 000 kroner.	Er fulgt opp
12/2013	Suppleringsvalg til valgstyret.	Varamedlem for Kjersti Baksaas-Aasen i valgstyret, Christian Grimsgaard, erstattes med Ruth F. Flenning.	Er fulgt opp

11/2013	Forelegg for brudd på helsepersonelloven	Styret vedtar forelegg av 27. januar 2013 på kr 700 000 og gir styreleder fullmakt til å underskrive forelegget.	Er fulgt opp
10/2013	Inngåelse av prinsippavtale med Oslo kommune om samarbeid, utleie og tjenesteytelser på Aker	Styret tar orienteringen om arbeidet med en prinsippavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune om samarbeid og bruk av arealene ved Aker sykehus til etterretning. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en slik avtale med Oslo kommune.	Under oppfølging
9/2013	Vedlikehold og utbedring av bygninger.	Styret tar redegjørelsen om arbeidet med plan for vedlikeholdsinvesteringer til orientering. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre vedlikeholdsinvesteringer innenfor tildelt investeringsramme i samsvar med omtalen i denne styresak og foretakets vedlikeholdsplan.	Fulgt opp i sak 45/2013
8/2013	Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus	Styret vedtar Utdanningsstrategi 2013-2018, Oslo universitetssykehus HF, med de merknader styret ga i møtet.	Under oppfølging
7/2013	Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus, hovedprosjekt	Styret godkjenner leveransen fra forprosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF. Styret godkjenner "Prosjektdirektiv Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF Gjennomføringsfasen" med tilhørende prosjektdirektiver for delprosjektene. Styret vedtar gjennomføringsfasen slik den fremgår i prosjektdirektivet. Det vedtas et budsjett for innføring av regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF (gjennomføringsfasen) på totalt 730 millioner kroner (2013-priser) inkludert en risikomargin på 95 millioner kroner. Tallene justeres endelig i overensstemmelse med resultatene fra usikkerhetsanalysen.	Under oppfølging

6/2013	Oppdrag og bestilling 2013	Styret tar protokoll fra foretaksmøte 8. februar 2013 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
5/2013	Årlig melding 2012	Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2012 med de innspill som er gitt i møtet. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2012 og de innspill som er fremkommet i møtet.	Meldingen er behandlet i HSØ
3/2013	Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2012	Styret tar ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2012 til etterretning.	Sendt HSØ
90/2012	Leieavtale Søndre Nordstrand	Styret slutter seg til leieavtalen for Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd. 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. Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus HF når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.	Godkjent av HSØ Kontraktene er signert.
86/2012	Budsjett	Styret legger til grunn et årsresultat på minus 200 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2013. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 86/2012. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør utarbeide en flerårig plan og intensivere vedlikeholds- og utbedringsprosjekter på bakgrunn av blant annet de pålegg som er fremkommet fra tilsyn. Administrerende direktør bes om å gjennomføre en dialog	Under oppfølging Vedlikehold og utbedringer i styresak 9/2013

		<p>med Helse Sør-Øst RHF med sikte på å utvide investeringsrammen for 2013, dersom gjennomføringstakten tillater det. Styret ber om å bli orientert om status for vedlikeholds- og utbedringsprosjektene.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF til å finansiere investeringer til omstilling i samsvar med tabell 3.</p> <p>Administrerende direktør gis disponeringsfullmakt til å beslutte investeringer for bygg oppad til 50 millioner kroner.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret forutsetter at de tolv prinsipper for medvirkning legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2013 og at det tilstrebes at bemanningstilpassninger skjer uten bruk av oppsigelser.</p>	
85/2012	Mandat Idefase	<p>Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.</p> <p>Styret ber om å bli holdt løpende orientert.</p>	Under oppfølging.
82/2012	Rapport per august	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjennelse fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Prosjekt er gjennomført.</p> <p>HSØ har godkjent anskaffelse Arealavklaringer pågår.</p> <p>Godkjent og anskaffet.</p>

		Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.	Prosjekt er under gjennomføring.
74/2012	Budsjett 2013	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.	Under arbeid.
73/2012	Rapport per august	<p>Styret ser det som nødvendig å sikre tilstrekkelig fremdrift i gjennomføring av investeringer i 2013 og gir administrerende direktør fullmakt til å bestille utstyr med videre til investering for levering i 2013 på 100 millioner kroner utover tidligere godkjent beløp.</p> <p>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.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av ny gjennomlysningslaboratorium/intervensjonslaboratorium i bygg 6 ved Ullevål innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter samlokalisering av avhengighetsbehandling for voksne i bygg 21 ved Ullevål innenfor en ramme på 14,8 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer. Dersom nytt ventilasjonsanlegg må installeres økes rammen med 5,8 millioner kroner til 20,6 millioner kroner.</p>	<p>Gjennomføres som vedtatt</p> <p>Anskaffelse pågår.</p> <p>Prosjekt er gjennomført</p> <p>Prosjekt er under gjennomføring.</p>
65/2012	Oppfølgingsplaner for revisjon av ventelister og fristbrudd og intern styring og kontroll av	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.	Fulgt opp i styresak 27/2013

	det pasientadm. arbeidet i OUS		
60/2012	Status investeringer i samlokaliseringer	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.	Prosjekt er gjennomført.
49/2012	Anskaffelse av økonomi- og logistikksystem	Oslo universitetssykehus HF er positiv til at det etableres en regional løsning for økonomi- og logistikksystem i Helse Sør-Øst. Styret ber administrerende direktør i samråd med styreleder å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn på å dekke Oslo universitetssykehus HF sine behov for systemer innenfor økonomi, innkjøp og logistikk.	Under oppfølging
16/2012	Rapport per februar	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselerator for inntil henholdsvis 14 og 27 millioner kroner, i samsvar med omtale i styresaken. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sette i gang delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.	Anskaffelse pågår. Prosjekt er gjennomført.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.: 19. september 2013

Dato møte: 26. september 2013

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

SAK 58/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Revisjoner og tilsyn
3. Utviklingsprosjekter
4. Bierverv
5. Rettstvister – status per d.d.
6. Mediebildet - medieomtale
7. Referater

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 19. september 2013

Bjørn Erikstein

Innledning

Vel overstått sommer. Etter en utrolig lang og fin seinsommer jobbes det med stort fokus på pasientbehandling, effektiv drift og kostnadskontroll ved Oslo universitetssykehus. Stedlig ledelse, sentralt driftsstyre for operativ virksomhet og det arbeides med å sette sammen driftsråd ved våre fire lokalisasjoner med kirurgisk virksomhet

Administrerende direktør har også etablert en tiltaksgruppe med svært erfarne ressurspersoner fra sykehuset med god driftserfaring. Tiltaksgruppen er gitt i oppdrag å invitere seg selv inn til dialog med klinikker og avdelinger med særlig driftsutfordringer for å gi dem råd og muligheten til å se nærmere på gode løsninger for driften.

1. DRIFT

• Legionella ved Radiumhospitalet

Det vises til tidligere informasjon gitt i administrerende direktørs orienteringer om Legionella ved Radiumhospitalet. I sommer ble det oppdaget et nytt tilfelle av Legionella på Radiumhospitalet. Pasienten ble innlagt Radiumhospitalet 29/7 etter noen dagers innleggelse på Akershus universitetssykehus og utviklet tegn på pneumoni fra 8.-9. august, altså 10-11 dager etter innleggelsen. I ekspektoratprøve tatt 12/8 ble det den 14/8 påvist positiv Legionella PCR, men negativ Legionella pneumophila PCR. Analyseresultatet passer med Legionella micdadei, og pasienten fikk spesifikk legionella-behandling fra 14/8. Tilstanden til pasienten var i en periode alvorlig, deretter i bedring. Pasienten ble overflyttet Akershus universitetssykehus 16/8. Pasienten har senere vært innlagt i Radiumhospitalet for videre behandling av sin grunnsykdom.

Pasienten lå de første 2 dagene på et enerom med eget bad i 6. etg. Deretter lå pasienten på et 2-sengsrom hvor man deler dusj og WC med et annet 2-sengsrom. I begge badene er det filter på dusjene. I enerommet var det filter på servanten i pasientrommet, men ikke på servanten i badet. Det samme gjelder 2-sengsrommet. I følge gjeldende rutiner og sykepleier som tok imot pasienten, hadde pasienten fått grundig informasjon om at man bare skulle drikke vann fra spring med filter, det samme når det gjelder tannpuss og ansiktsvask. Sykepleier hadde imidlertid observert at pasienten satt og stelte seg foran vasken på badet i enerommet (altså den uten filter).

På bakgrunn av ytterligere ett tilfelle med Legionella ved Radiumhospitalet ble det umiddelbart iverksatt forsterkende tiltak. Ledelsen besluttet at det skulle settes filtre på alle vannkraner ved Radiumhospitalet som benyttes av pasienter. Dette arbeidet ble gjort i løpet av tirsdag 20. og onsdag 21. august. Kraner med fotoceller kan ikke benyttes sammen med filter, og disse kranene måtte derfor skiftes. Inntil filtrene var på plass, ble alle kraner uten filtre merket med oppslag om at de ikke skulle brukes, og der det var teknisk mulig ble disse kranene stengt. Avdeling for smittevern hadde i løpet av ettermiddagen 16.8 besøkt alle sengepostene og sørget for at omtalt merking ble etablert. Det er nå plassert ut filtre på 750 - 800 punkter, og teknisk avdeling bytter systematisk ut alle filtre når de har vært brukt i 30 dager. Det er formidlet til pasienter og ansatte at det er trygt å drikke vann og dusje fra kraner der det er påsatt filter. Filtrene vil bli beholdt inntil det er kommet på plass en mer permanent sikring av vannkvaliteten.

Siden legionellaproblemet ble avdekket i mai har det pågått en kartlegging av rørsystemene ved Radiumhospitalet, slik at man skal ha et best mulig grunnlag for å kunne sanere hele systemet

for Legionella. Saneringen må gjøres med kjemisk desinfeksjon, men en sanering vil ikke ha effekt dersom ikke alle deler av rørsystemet kan fylles med desinfeksjonsmiddel. Siden rørsystemet opprinnelig ikke ble bygget med tanke på legionellakontroll, og siden det senere også er gjort en rekke modifikasjoner som for eksempel fjerning av håndvasker ved ombygginger, er det mange blinde rørender der det ikke er vanngjennomstrømning. Disse blinde endene vil heller ikke kunne nå når man fyller rørene med kjemisk desinfeksjonsmiddel. Skal man lykkes med kjemisk desinfeksjon må man derfor ha full oversikt over alle deler av systemet, og sørge for å fjerne alle blinde ender før desinfeksjonen gjennomføres. Dette arbeidet er forståelig nok svært krevende. Sykehuset har hentet inn ekspertise på vannsikkerhet fra England, og en foreløpig rapport fra gjennomgang av vannsystemet 5.-6. september bekrefter at de tiltak som allerede er satt i verk er formålstjenlige. Rapporten kommer også med noen forslag til supplerende tiltak. Konsulentene vil fortsette med videre detaljarbeid fra 1. oktober. Foretaket har også gitt oppdrag til rådgiverfirma Norconsult om å lage en rapport med forslag til tiltak mht vannsikkerheten. Den vil bli gjennomgått internt i Teknisk avdeling og i avdeling for smittevern.

For øvrig er følgende tiltak iverksatt:

- Det foregår en ombygging av den sentrale varmtvannsproduksjonen for å sikre rett temperatur på vannet
- Det er iverksatt systematisk testing av vannkvaliteten

Tiltak som under planlegging:

- Det vil bli installert et system for kloring av vannet, og dette er planlagt iverksatt i løpet av oktober/november
- Det skal settes i gang et arbeid med å fjerne blindledninger i rørsystemet og en kritisk gjennomgang av alle tappesteder (håndvasker, kummer, dusjer etc). Dette for å vurdere om noe kan fjernes, spesielt tappesteder som blir lite eller aldri brukt. Klinikene og deres enheter vil bli involvert i dette arbeidet.
- Trivselsanlegget vil ikke bli åpnet før desinfeksjonsrutinene og driftsrutinene for bassengene er endret for å øke vannsikkerheten

• **Oppgradering og vedlikehold av bygg 3 på Ullevål**

Styret ble i sak 39/2013 orientert om behov og plan for utbedring og oppgraderinger i bygg 3 ved Ullevål. Det ble i saken presentert et behov for et rokaideareal slik at pasientdrift kan opprettholdes frem til alle sengeposter i bygningen er oppgradert. Det foreligger en rekke tilsynsavvik i bygg 3 ved Ullevål knyttet til arbeidsmiljø, elektro og brann og det foreligger en omfattende rehabiliteringsplan for bygget. Forutsetning for gjennomføring av planen er at det etableres et egnet rokaideareal/bufferareal for virksomheten i Medisinsk klinikk.

Etter siste styremøte er det videre utredet mulighet for interne løsninger, hvor det er sett på løsninger i både eksisterende bygningsmasse på Ullevål og etablering av eget modulbygg. Faglig sett vil dette gi en lite integrert løsning for det fagmiljøet som må flytte ut av bygg 3 og foreløpige analyser tilsier også at etableringen av en intern løsning vil ta ca et år og representere investeringskostnader i størrelsesorden 100 millioner kroner. Også Aker sykehus er vurdert som mulig sted for etablering av et bufferareal. Per i dag finnes det ingen ledige sengeposter, bortsett fra medisinsk overvåkningspost med 7 senger. Medisinsk sett vil heller ikke løsningen gi gode forhold da akuttmottaket ved Aker er nedlagt, slik at man vanskelig kan etablere en god mottaksløsning uten at enkelte pasienter først kommer til Ullevål. Dette vil igjen innebære krevende transportløsninger. I tillegg kommer manglende nærhet til relevante fagmiljøer og utstyr som gjør det mulig å diagnostisere og behandle akutte tilstander.

Ved etablering av en løsning eksternt vil dette innbefatte samarbeid med fagmiljøer utenfor Oslo universitetssykehus, og i vurderingen av en slik løsning har det vært vektlagt at tiltaket bør omfatte et fagmiljø som allerede er etablert ved et av de nærliggende sykehus. På den måten kan en mellomløsning også styrke det aktuelle fagmiljøet og gi faglige synergier. Det er gjort en grundig vurdering av hvilket fagområde som for en periode kunne flytte ut og frigjøre bufferareal for resterende sengeposter som skal oppgraderes/rehabiliteres i bygg 3. Utvelgelsen av et potensielt fagmiljø har vært basert på faglige og driftsmessige hensyn. Etter en totalvurdering konkluderte klinikken med at midlertidig utflytting og ekstern drift av Akuttgeriatrisk sengepost vil være forenlig med fortsatt god pasientbehandling og det minst negative alternative for sykehuset.

Oslo universitetssykehus har vært i dialog med Lovisenberg diakonale sykehus mtp midlertidig drift av Akuttgeriatrisk sengepost ved Lovisenberg. I dialogen med Lovisenberg har det vært utredet to mulige løsninger for ivaretagelse av de ansatte i den aktuelle perioden. Det ene alternativet har omhandlet utleie ved at Oslo universitetssykehus leier ut personell til Lovisenberg og hvor de fortsatt er ansatt i Oslo universitetssykehus med alle rettigheter i behold. Det andre alternativet har omhandlet permisjon hvor de ansatte i Oslo universitetssykehus får permisjon fra foretaket for å være ansatt i Lovisenberg for en periode, men hvor alle rettigheter ved Oslo universitetssykehus er i behold.

Per i dag foregår det oppgradering av nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost i bygg 3. Opprinnelig var det planlagt at denne oppgraderingen skulle kunne la seg utføre i sommerferieperioden hvor man har redusert drift. Sent i prosjekteringsfasen ble det avdekket behov for større vedlikeholdsarbeider knyttet til ventilasjon i 3. etg enn først antatt. Konsekvensen av dette har blitt en lengre byggeperiode og dette var årsaken til at man i styresak 39/2013 presenterte et behov for en rask avklaring mht bufferareal. Alle de løsningene som har vært utredet, både eksterne og interne løsninger, vil ta så lang tid å etablere at man uansett vil være ferdig med oppgraderingen av nyremedisinsk/gastromedisinsk sengepost som er innflyttingsklar den 7. oktober. Dette betyr at Oslo universitetssykehus og Medisinsk klinikk per i dag drifter med 21 senger færre enn vanlig sengetall og vil gjøre dette frem til 7. oktober. Neste sengepost som skal oppgraderes i bygg 3 er hjertemedisinsk sengepost og her er det behov for bufferareal fra januar 2014. Således er det viktig at man har et rokadearal til disposisjon per utgangen av 2013.

Den 12.09.13 ble det avholdt et møte mellom ledelsen ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus om kapasitetsutfordringene i Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus ifm oppgraderingen av bygg 3 på Ullevål. Det ble konstatert at det er gjennomført diskusjoner og gjort utredninger ift om Lovisenberg kan stille med avlastningsareal opp mot 3 år. I møtet 12.9. har man sammen kommet frem til at man skal utrede følgende i tillegg til det som er gjort:

- Etablere et prosjekt som ser på hvordan og i hvilket omfang Lovisenberg kan håndtere pasienter fra egen sektor i litt større grad enn i dag ved at konfereringsvakter ved Oslo universitetssykehus får mulighet til å viderehenvise pasienter fra Lovisenberg sektor til Lovisenberg fra akuttmottaket på Ullevål. Det er aktuelt å invitere Diakonhjemmet inne i dette prosjektet.
- Medisinsk klinikk skal vurdere innen hvilke områder man i perioden fremover vil ha kapasitetsutfordringer og derfor vil trenge avlastning.
- Lovisenberg skal vurdere innen hvilke områder sykehuset har kompetanse og kapasitet og evt kan avhjelpe Medisinsk klinikk.

Styret vil holdes orientert om det videre arbeidet og vil presenteres en løsning for hvordan vedlikeholdsarbeidene i bygg 3 kan sikres samtidig som et godt og forsvarlig pasienttilbud opprettholdes.

2. REVISJONER OG TILSYN

- **Revisjonsrapport(3/2013) fra konsernrevisjon av tversgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS**

Revisjonen har vært et samarbeidsprosjekt mellom internrevisjonene i de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS. Formålet var å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tversgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonen har omfattet alle 18 helseforetak som har pasientreisekontor, de fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.

Revisjonen var avgrenset til fire områder og prosesser:

- Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)
- Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)
- Rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata
- Samhandling mellom helseforetak som har pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene

Revisjonsrapporten oppsummerer 19 funn fra hele området som er rettet mot både RHF, HF og Pasientreiser ANS.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, har i sitt oversendelsesbrev til Rapport 3/2013, orientert om at de vil komme tilbake med en nærmere utdyping av funn ved helseforetakene i Helse Sør-Øst som har pasientreisekontor. Styret vil da få seg forelagt ny sak med konkretisering og utdyping av funn ved pasientreisekontoret ved Oslo universitetssykehus HF.

- **Systemrevisjon - Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri**

Kompetansesenterets oppgave er å sikre regional og nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning og drive forskning og fagutvikling knyttet til de tre fagområdene, inkludert klinisk aktivitet i prosjektsammenheng. Det skal samarbeide med de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. Kompetansesenteret er ett av tre tilsvarende; i Bergen og Trondheim.

Det har vært gjennomført en systemrevisjon av enheten for å undersøke områdene: økonomistyring, ledelse og styring samt ansatte og arbeidsmiljø. Undersøkelsen har medført at det er iverksatt tiltak og oppfølging. Nærmere orientering om status blir gitt i styremøtet.

- **DSB-tilsyn**

Det vises til tidligere informasjon til styre, sak 3/2013 om gjennomført tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) november 2012, og til senere statusrapport for lukking av avvikene (sak 36/2013, vedlegg 2 ref.8.2). Det ble gitt 6 avvik hvorav 5 er lukket. Det gjenstående avviket er knyttet til tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har vurdert sykehusets strakstiltak til ikke å være tilfredstillende for å redusere risiko til akseptable grenser og pålegger Oslo universitetssykehus en tvangsmulkt på kr. 450.000.- pr. måned fra og med 01.09.2013. Pålegget gjelder til og med den måneden avviket er lukket, og dette kan dokumenteres på en tilfredstillende måte.

Sykehuset har intensivert arbeidet med strakstiltak. Det er avholdt møte med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 28.08.2013 for å sikre omforent forståelse av nødvendige tiltak og framdrift.

- **Ad hoc revisjon vedrørende henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus (OUS). Revisjonen er under utføring fra konsernrevisjon etter anmodning fra Oslo universitetssykehus**

På sensommeren kom det flere bekymringsmeldinger om at henvisninger sendt fra Ringerike sykehus, ikke hadde kommet frem til aktuelle avdelinger på OUS. Det ble besluttet at konsernrevisjonen skulle foreta en rask gjennomgang/revisjon.

Revisjonen har fulgt prosessen fra henvisende leger Ringerike sykehus, til mottak av henvisninger ved to avdelinger ved OUS. Det har også vært gjennomført en "walkthrough" av rutiner i postmottak og ut mot de aktuelle avdelingene (Barnekirurgisk avdeling, Rikshospitalet og Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet)

Konsernrevisjonen, OUS og Ringerike har hatt en felles gjennomgang og avstemming av innsamlet informasjon, dokumentere funn fra revisjonen, risikoer, kontroller og avvik/restrisiko i de ulike prosessstegene. Når revisjonsrapporten foreligger, vil oppfølging av funn fra denne revisjonen bli løftet til hele organisasjonen.

3. UTVIKLINGSPROSJEKTER

- **OUS Idéfasearbeid - status per september 2013**

Arbeidet med idéfaseprojektet går som planlagt. Medio september 2013 er status den at prosjektets etableringsfase er avsluttet og prosjektorganisasjonen er etablert med nøkkelressurser. Det ble ultimo august gjennomført kick-off for prosjektets interne og eksterne deltagere og med representanter tilstede fra Helse Sør-Øst, Oslo kommune, Universitetet i Oslo, sykehusets ledelse, foretakstillitsvalgt, hovedverneombud og representanter for brukerutvalget.

Videre er styringsbasis utarbeidet og består av en prosjektplan som konkret definerer prosjektets innhold og hvordan det skal gjennomføres. I denne inngår prosjektbeskrivelse, prosjektstruktur, ansvarsdeling og tids- og kostnadsstyring både for prosjektet samlet og for de enkelte delprosjekter. Videre inngår definisjon av leveranser og avhengigheter, tids- og ressursplaner samt time- og kostnadsbudsjett.

Arbeidet i de enkelte delprosjektene er igangsatt, blant annet med:

- idé- og referansesøk både for virksomhet og fysiske løsninger
- konkretisering og avgrensning av prosjektets innhold
- innledende aktiviteter for virksomhetsplanlegging
- utarbeidelse av dimensjonsgrunnlag, herunder definering av datagrunnlag for 2012
- analyse av demografi, utnyttelsesgrader og arealstandarder
- utarbeidelse av økonomiske analysemodeller
- utarbeidelse av evalueringskriterier og beskrivelse av evalueringsprosess

Prosjektet har nå spesielt fokus på involvering og forankring på følgende områder:

- Forankring av gjennomføringsplanen for virksomhetsavklaringer i sykehusets ledergruppe

- Forberede og begynne med involvering av medarbeidere, organisasjoner, vernetjeneste og brukerrepresentanter
- Involvere sentrale samarbeidspartnere som eier, universitet, høyskoler, Oslo kommune og samarbeidende sykehus i prosessen på tidlig stadium

4. **BIERVERV**

- **Melding av bierverv til HSØ**

Oslo universitetssykehus HF har per 1. september totalt 652 registrerte bierverv. Det finnes registrerte bierverv i alle klinikkene, hvorav det i Akuttklinikken er registrert flest med 154 bierverv. Det kan forekomme underrapportering ved foretaket, og det vil derfor arbeides fortløpende med å gjøre registreringsplikten kjent blant alle ansatte og ledere. Antall bierverv er også rapportert til HSØ.

5. **RETTSTVISTER**

- **Straffesak - rekruttering av sykepleiere til arbeid**

Styret er tidligere orientert om at Oslo universitetssykehus er tiltalt for overtredelse av utlendingsloven § 108, tredje ledd bokstav b, jf. straffeloven § 48 a for "forsettlig eller grovt uaktsomt å ha formidlet arbeid eller bolig for en utlending eller utferdiget eller formidlet erklæringer, tilsagn eller dokumenter til bruk for en sak etter loven, når forholdet innebar en utilbørlig utnyttelse av utlendingens situasjon". Tiltalen for sykehuset gjelder straffansvar for foretaket. Sykehuset er tiltalt sammen med et ektepar som var kontaktpunkt og bisto i rekrutteringen. Saken vil gå for Oslo tingrett i 20 dager med start 7. oktober. Sykehusets forsvarer er advokat Harald Stabell. Som partsrepresentant stiller administrerende direktør og juridisk direktør.

- **Det norske kartselskap AS - pengekrav**

Oslo universitetssykehus HF har fra 2009 – 2013 betalt NOK 1 459 901,- til Det Norske Kartselskapet. Fakturering og utbetalingen har sin bakgrunn i avtaler Oslo universitetssykehus etter sigende skal ha inngått med selskapet.

Det er foretatt en nærmere gjennomgang av alle tilgjengelige dokumenter i saken og internt juridisk kontor har konkludert med at det synes rimelig klart at det fra det Det Norske Kartselskapets side dreier seg om en gjennomgående, systematisk og bevisst overfakturering. Denne vurderingen styrkes etter felles gjennomgang av saken med Akershus universitetssykehus HF, da denne viste at samme systematiske – og høyst sannsynlig bevisste - overfakturering også har skjedd der.

Det er sendt flere brev til Det Norske Kartselskapet med krav om erstatning og/eller tilbakebetaling av store deler av det beløp Oslo universitetssykehus har betalt, samt varsel om prosess dersom kravet ikke blir imøtekommet. Det Norske Kartselskap har så langt bestridt kravet.

Det antas å forligge et solid rettlig grunnlag for å rette et betydelig krav mot Det Norske Kartselskapet. Oslo universitetssykehus har derfor besluttet å inngi stevning.

Til orientering har Akershus universitetssykehus, og deres advokater i saken, samme syn på muligheten til å vinne frem rettslig, og det vil også der tas ut søksmål.

- **Øvrige rettstvister – status per d.d.**

Ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling.

Ankesak til Høyesterett

Saken gjelder spørsmålet om en lege i spesialisering (LIS), ansatt i midlertidig stilling, har krav på fast ansettelse.

Oslo universitetssykehus HF vant saken, både i tingretten og lagmannsretten, og fikk dermed medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig. Lagmannsretten la til grunn at LIS-legene utfører praksisarbeid som gir anledning til midlertidig ansettelse i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c.

Nåværende praksis med adgang til å ansette LIS-leger i midlertidige stillinger fortsetter. Spekter og Legeforeningen arbeider imidlertid med å endre ordningen, slik at flest mulig kan få fast ansettelse.

Lagmannsretten uttaler i den forbindelse at iverksetting av en ny ordning med fast ansettelse av LIS-leger forutsetter utarbeidelse av et nytt rettslig rammeverk og ulike praktiske tiltak.

Etter anke fra saksøkers side har Høyesterett sluppet saken inn til behandling. Saken går for Høyesterett 8.-9. oktober 2013.

Arbeidsrettsak

Etter oppsigelse av en ansatt ble sykehuset stevnet av den ansatte. Saken har blitt løst gjennom utenrettslige forhandlinger.

Krav om overtidsbetaling - forliksrådet

Sykehuset er innklaget til forliksrådet av tre ansatte med krav om overtidsbetaling for sommerturnus som skal ha vært ugyldig sommeren 2008. Det ene kravet er akseptert og de to andre er til behandling i Forliksrådet.

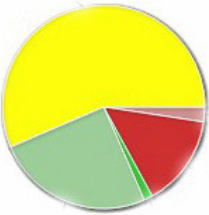
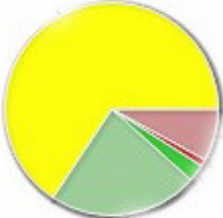
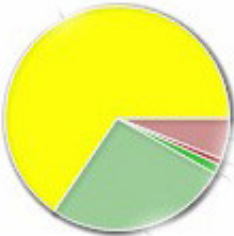

Arbeidsrettssakene - kollektive saker:

Norsk sykepleierforbund (NSF) har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder tvist om hvilket virkningstidspunkt som skal komme til anvendelse ved overgang fra et system med vaktklasser som kompensasjonssystem for ubekvem arbeidstid ved Rikshospitalet, til et avtalt nytt system med en tradisjonell godtgjøring av ubekvem arbeidstid med lørdags- og søndagstillegg, samt kvelds- og nattillegg.

7. MEDIEOMTALE 1. JUNI – 15. SEPTEMBER 2013

Antall saker i mediene har økt noe gjennom perioden, fra 1010 i juni, til 1032 i august, totalt 3336 for hele perioden. September ligger så langt an til å få noe færre saker om OUS, enn september 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.-15.sept 2013	505		Positiv: 27 Nøytral: 56 Negativ: 17	Den økte andelen negative saker er i hovedsak om responstid ved AMK.
August 2013	1032		Positiv: 25 Nøytral: 66 Negativ: 9	Den økte andelen negative saker er i hovedsak om bygningsforfall ved Ullevål og Radiumhospitalet.
Juli 2013	789		Positiv: 27 Nøytral: 66 Negativ: 7	Den økte andelen positive handler i stor grad om sommerhelse der Ous' personell er eksperter. Den nøytrale delen er i hovedsak valgkamp.
Juni 2013	1010		Positiv: 16 Nøytral: 55 Negativ: 29	Den økte negative andelen er saker om ventetider på ortopedi og arbeidsmiljø på nevrokirurgisk avdeling.

Mediebildet har i perioden vært preget av forfall i bygninger på Ullevål og Radiumhospitalet, mer legionella, ventelister og arbeidsmiljø ved nevrokirurgisk avdeling, gentesting, sommerhelse, responstid ved AMK og valgkamp.

Forfall i bygninger

Både Aftenposten, VG, NRK og Østlandssendingen har det siste halvåret vært opptatt av tilstanden til bygningsmassen, spesielt på Ullevål og Radiumhospitalet.

En litt spesiell sak kom fra Radiumhospitalet på sensommeren etter at en pasient hadde tatt noen bilder og lagt på sin egen Facebook-profil og som først fikk spredning gjennom sosiale medier før den nådde de tradisjonelle kanalene. NRK har vært rundt i bygningene og filmet forfall flere plasser på Ullevål og sist var VG i en garderobe på Ullevål der gulvet var skadet og sto og tørket etter en vannlekkasje. Hver gang sakene kommer opp gientas budskapet om hvilke investeringer som er satt av til oppgradering av bygningsmassen. Det hele etterlater et inntrykk av at de to lokasjonene er i forfall og skytset rettes fra kommentarfelt og kronikker mot politikerne som til

tross for valgkamp har viet dette lite oppmerksomhet.

Legionella

I slutten av august ble det kjent at en ny pasient var smittet av legionella på Radiumhospitalet. Saken om legionella før sommeren var negativ og den nye hendelsen ble minst like negativt omtalt, ettersom de tiltakene som ble gjennomført før sommeren åpenbart ikke fungerte tilstrekkelig.

Ventetider og arbeidsmiljø på nevrokirurgisk avdeling

I begynnelsen av juni fikk NRK Dagsrevyen kjennskap til en varslings sak fra Nevrokirurgisk avdeling, som handlet om mange strykninger og pasienter som opereres for sent, stort arbeidspress og for liten plass. Saken fikk bred dekning i alle NRKs flater. Både fungerende klinikkleder, administrerende direktør og seksjonsleder for nevrokirurgen på Rikshospitalet var sentrale aktører i denne saken. Det etterlatte inntrykket i saken er at sykehuset ikke opererer nevrokirurgiske pasienter så fort som de bør og at pasienter lider mens de venter.

Gentesting

På forsommeren ble det kjent at Hollywood-stjernen Angelina Jolie hadde fjernet brystene etter en gentest som påviste at hun var bærer av et brystkreft-gen. Dette førte til en stor mengde henvendelser til sykehusets miljøer både innen gentesting og brystkreft. I løpet av et par korte uker var sykehusets eksperter på området hyppig representert i media med sin ekspertise.

Sommerhelse

Mange av sykehusets leger og forskere har jevnlig vært å se i mediene denne sommeren i saker som handler om sommerhelse. Gjennomgående temaer har vært solkrem, solbriller, allergi og kjønns sykdommer.

Responstid på AMK

I begynnelsen av september trakk VG frem en tilsynsrapport som viste at AMK-sentralen i Oslo og Akershus hadde for lang responstid. Det ble slått stort opp og den første overskriften på VG Nett lød ”Slakter AMK i Oslo og Akershus”. Avisen trekker frem antallet samtaler som ikke ble besvart og har senere også trukket frem en pasient som ikke kom frem før etter flere forsøk. Klinikkleder Øyvind Skraastad og avdelingsleder Terje Strand kommenterer saken og belyser den godt, men deres uttalelser vies dessverre liten plass i slutten av sakene slik at de ikke kommer godt frem. I den siste artikkelen så langt i denne saken beskriver tillitsvalgte fra Unio og Delta et dårlig arbeidsmiljø. Nok en gang kommer ledelsen til orde, men får heller ikke denne gangen særlig mye plass til å forklare seg.

Valgkamp

Mye har handlet om valgkamp i mediene, spesielt på sensommeren. Ikke uventet ble Aker et valgkamptema, dog i et relativt beskjedent omfang. De fleste valgkampsakene som har handlet om Aker sykehus har vært nøytralt vinklet for sykehuset sin del. Politikerne har for øvrig etter tur sagt at Aker er nedlagt, også til tross for sykehusets kronikk i Aftenposten og i Dagsavisen i juli som sier det motsatte. Det har også vært noe medieomtale i forbindelse med at Fremskrittspartiet nevnte i sin sykehusplan at de ønsket Radiumhospitalet som et nasjonalt kompetansesenter for kreft.

8. REFERATER

- Foreløpig møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 12.09.2013 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: Styremøte 12. september 2013
Tidspunkt: Kl 0900-1200

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder	
Ansgar Gabrielsen	Nestleder	
Turid Birkeland		Forfall
Kirsten Brubakk		
Trine Dønhaug		
Terje Bjørn Keyn		
Andreas Kjær		
Irene Kronkvist		
Bernadette Kumar		
Anita Ihle Steen		
Dag Stenersen		
Svein Øverland		
Signe Øye		

Fra brukerutvalget møtte:

Alf Magne Bårdsett
Geir Bornkessel

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

065-2013	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 20. JUNI OG EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 20. AUGUST 2013
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 20. juni og ekstraordinært styremøte 20. august 2013 godkjennes.

066-2013	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JULI 2013
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar rapporten per juli 2013 til etterretning.
2. Styret ber om at det i rapporten for andre tertial gjøres en nærmere gjennomgang av ventetids- og fristbruddutviklingen i foretaksgruppen og hvilke aktuelle tiltak som kan iverksettes for å bedre måloppnåelsen.
3. Styret forutsetter at den ekstraordinære oppfølging av Akershus universitetssykehus HF videreføres og ber om at det iverksettes aktuelle styringsmessige tiltak for å sikre kapasitet, kvalitet og økonomiske resultater.

067-2013	EVALUERING AV SØKNADS- OG VURDERINGSPROSESSEN FOR FORSKNINGSMIDLER I HELSE SØR-ØST RHF
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret er tilfreds med at prosessen for søknadsbehandling og tildeling av regionale forskningsmidler nå er evaluert. Styret konstaterer at søknads- og vurderingsprosessen holder god kvalitet og krever relativt lite ressurser.
2. Styret tar evalueringsrapporten til orientering.

068-2013	OPPSTART AV IDÉFASE FOR NYTT SYKEHUS I VESTRE VIKEN HF
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner oppstart av idéfase for nytt sykehus i Vestre Viken HF i tråd med vurderingene i saksframlegget og ut fra mandatet gitt i styresak 037/2013 i Vestre Viken HF.
2. Den videre prosessen må avstemmes mot de pågående regionale prosjektene *"Utredning/avklaring av premisser for kapasitetsløsninger og samlet aktivitet i hovedstadsområdet"* og *"Analyse av samlede aktivitetsvolumer og kapasitetsbehov for Helse Sør-Øst fram mot 2030-2035"*.

069-2013	SYKEHUSET INNLANDET HF – AVHENDING AV LENA DPS (GNR. 184, BNR. 104 I 0528 ØSTRE TOTEN KOMMUNE)
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret oversender Sykehuset Innlandet HF sin anmodning om samtykke til salg av Lena DPS, Lenagata 50 og Vallevegen 6, 8, 10, 1633 Lena, gnr. 184, bnr. 104 i 0528 Østre Toten kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at eiendommen tilbys Østre Toten kommune til bruk i tråd med Samhandlingsreformen, og at en ekstern takst basert på markedsverdi legges til grunn.
3. Styret legger til grunn at eiendommen avhendes som direkte salg til Østre Toten kommune i tråd med avhendingsstrategien i Helse Sør-Øst RHF.
4. Hvis det ikke oppnås enighet med Østre Toten kommune, kan eiendommen legges ut for salg på det åpne marked.
5. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
6. Investeringer må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
7. Styret presiserer at Sykehuset Innlandet HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

070-2013

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV STENSBY SYKEHUS, GNR. 220, BNR. 3 I 0237 EIDSVOLL KOMMUNE

Styrets

V E D T A K

1. Styret oversender Akershus universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til avhending av Stensby sykehus, gnr. 220, bnr. 3 i 0237 Eidsvoll kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at eiendommen tilbys Eidsvoll kommune til bruk i tråd med Samhandlingsreformen, og at en ekstern takst basert på markedsverdi legges til grunn
3. Styret legger til grunn at eiendommen avhendes som direkte salg til Eidsvoll kommune i tråd med avhendingsstrategien i Helse Sør-Øst RHF.
4. Hvis det ikke oppnås enighet med Eidsvoll kommune, kan eiendommen legges ut for salg på det åpne marked.
5. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, eller til investeringer i varige driftsmidler.
6. Investeringer må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.
7. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

071-2013

BRUKERUTVALG FOR HELSE SØR-ØST RHF. OPPNEVNING AV MEDLEMMER

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes til Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. oktober 2013 til 30. september 2015:

Navn	Organisasjon	Fylke
<i>Eric Johanssen</i>	<i>Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon</i>	<i>Akershus (VV)</i>
<i>Lisbeth Myhre</i>	<i>Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta</i>	<i>Akershus(VV)</i>
<i>Kjell Silkoset</i>	<i>Personskadeforbundet LTN</i>	<i>Akershus (Ahus)</i>
<i>Øistein Winje</i>	<i>MS-Forbundet</i>	<i>Akershus (VV)</i>
<i>Rune Kløvtveit</i>	<i>Norges Handikapforbund</i>	<i>Buskerud</i>
<i>Torkel Bache</i>	<i>Norsk Pensjonistforbund</i>	<i>Hedmark</i>
<i>Ellen Strande</i>	<i>Norges fibromyalgiforbund</i>	<i>Oppland</i>
<i>Jørn Schwach</i>	<i>Mental Helse</i>	<i>Oslo</i>
<i>Benedichte Steinert Texnes</i>	<i>Rådgivning om Spiseforstyrrelser</i>	<i>Oslo</i>
<i>Rita Andersen</i>	<i>Landsforeningen for hjerte- og lungesykdommer</i>	<i>Telemark</i>
<i>Vegard Bahus</i>	<i>Foreningen for Hjertesyke Barn</i>	<i>Vest-Agder</i>

Navn	Organisasjon	Fylke
Marie T.B. Bjerke	Innvandrerens landsorganisasjon	Vestfold
Kari Melby	Norsk Forening for Utviklingshemmede	Vestfold
Erna Hogrenning	Kreftforeningen	Østfold
Tove M. Larsen	Norges Handikapforbund	Østfold

2. Brukerutvalget konstituerer seg selv. Valg av leder forelegges styret for stadfesting.

072-2013	ORIENTERINGSSAK: ORIENTERING FRA KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST OM UTFØRTE OG PÅGÅENDE REVISJONER I HELSEFORETAKSGRUPPEN
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar informasjonen om konsernrevisjonens utførte og pågående revisjoner til orientering.

073-2013	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2013
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

- Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsorienteringer om:
 - Riksrevisjonens utvidede kontroll i 2013 og to undersøkelser som omfatter Helse Sør-Øst
 - SINTEF-prosjektet om omstillingsprogrammet
 - Spekters stevning av UNIO/NSF for brudd på fredsplikten
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 27. juni 2013
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 26. august 2013
- Brev fra HOD vedr. forslag til folkevalgte kandidater til nye styrever i de regionale helseforetakene fra januar 2014
- Foreløpig protokoll fra brukerutvalgsmøte 18. og 19. juni 2013

TEMASAKER

Styreseminar 11. september 2013 kl 1300-1830:

- Styreevaluering og styrets evaluering av administrerende direktør
- Hvordan skaper HSØ-styret merverdi for helseforetaksgruppen?

Innledning ved styreleder Stener Kvinnsland, Oslo universitetssykehus HF og styreleder Torbjørn Almlid, Vestre Viken HF

- Ledelse - om arbeidet med erstatningsplanlegging, talentutvikling for toppleder kandidater
Kort innledende orientering v/HR-direktør Anne Biering

Møtet hevet kl. 1215

Hamar, 12. september 2013

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

Dag Stenersen

Svein Øverland

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær