

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 68/2013      GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 12. desember 2013

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte 7/2013
Dato møte:	19. desember 2013
Møtetid:	Kl. 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, 1. et., seminarrom 1 og 2..

---

Temasak: Styret vil innledningsvis få en presentasjon av instituttleder Gunnar Sæter.  
”Kreftforskningen ved Oslo universitetssykehus: status presens og mot futurum”

68/2013	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
69/2013	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøte 31. oktober 2013
70/2013	Orientering:	Rapport per november 2013
71/2013	Beslutning:	Budsjett 2014
72/2013	Beslutning:	Overdragelse av Medisinsk bibliotek til Universitetet i Oslo
73/2013	Beslutning:	Salg av Bogerudveien 13-15
74/2013	Beslutning:	Konsernrevisjon av rutiner for henvisninger mellom Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus
75/2013	Beslutning:	Tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
76/2013	Beslutning:	Tilsyn fra Helsetilsynet om håndtering av humane celler og vev
77/2013	Orientering:	Riksrevisjonens rapport Dok 3:2 (2013-2014)
78/2013	Orientering:	Medarbeiderundersøkelsen 2013
79/2013	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland  
sign.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 31. oktober 2013

---

**SAK 69/2013      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 31. OKTOBER 2013**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 31. oktober 2013.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	31. oktober 2013
Dato møte:	31. oktober 2013 kl 8.00-13.55 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Anders Utne, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølsted-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Ole Petter Ottersen, Johan Arnt Vatnan, Vibeke Braastad Kristiansen

Forfall: Merete Norheim Morken, Raymond Robertsen, Ane Willumsen, Tone Skogen

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Tove Nakken, Heine Århus, konsernrevisjonsdirektør Karl Helge Storhaug og publikum

### **Sak 59/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Aasmund M. Bredeli meldte inn en sak under eventuelt. Saken inneholder personinformasjon som gjør at den blir behandlet i lukket møte.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 60/2013 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 26. september 2013.

## **Sak 61/2013 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2013**

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang for andre tertial til etterretning.

## **Sak 62/2013 Rapportering per september 2013**

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for september 2013 til orientering.

## **Sak 63/2013 Budsjett 2014**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar sak om budsjett 2014 til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om kjøp av ambulanser for 23 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.

## **Sak 64/2013 Samarbeid og ansvar i Oslo sykehusområde**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 65/2013 Idefase i Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 66/2012 Administrerende direktørs orienteringer**

Administrerende direktør orienterte om et avverget forsøk på å stjele penger ved overføring av lønn til ansatte i Helse Sør-Øst.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret vedtok å ikke holde styremøte på reservetidspunktet 28. november 2013.

## Sak 67/2012 Eventuelt

Saken ble behandlet i lukket møte jf. hefl. § 26a.

Enstemmig vedtak:

Styret melder den delen av saken som gjelder tilskuddsforvaltning til Helse Sør-Øst RHF for videre oppfølging.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder

Tone Skogen  
ikke tilstede

Raymond Robertsen  
ikke tilstede

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Ane Willumsen  
ikke tilstede

Anders T. Utne

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Merete Norheim Morken  
ikke tilstede

Nina Bachke

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

---

### **SAK 70/2013 RAPPORTERING PER NOVEMBER 2013**

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

*Styret tar rapporteringen for november 2013 til orientering.*

Oslo, den 16. desember 2013

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater etter november 2013 (bemanning for desember) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
  - Samlet aktivitet innenfor somatikken er noe høyere enn budsjettert i perioden januar – november 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, og om lag på samme nivå som 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 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 økt fra 2012.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i november 99 dager, hvilket er 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.
- Tallet på langtidsventende er sterkt redusert det siste året. Fra november 2012 til november 2013 er antall langtidsventende redusert med omlag 53 pst fra om lag 8.100 til om lag 3.800.
- Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i november 919 (17 pst) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1.622 (15 pst).
- Det økonomiske resultatet etter november 2013 viser et negativt budsjettavvik på 95 millioner kroner hittil i år. Regnskapet for november viste isolert sett et positivt budsjettavvik på 16 millioner kroner. Sett bort fra flere særskilte forhold som bidro til å bedre det akkumulerte resultatet var det et underliggende merforbruk i driften på omlag 12 millioner kroner. Det er meldt et estimert budsjettavvik til Helse Sør-Øst RHF på 100 millioner kroner for hele 2013.
- Antall brutto månedsværk var i desember 17.564 og er hittil i år 17.258. Tallet på årsværk har økt de siste månedene og det er i gjennomsnitt for 2013 utført 200 flere månedsværk enn i 2012 og 306 flere enn budsjettert.
- Gjennomsnittlig sykefravær i 2013 (til og med oktober) er 7,4 pst. Dette er noe lavere enn i samme periode i 2012.

## 2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør registrerer at den samlede aktiviteten til og med november 2013 er høyere enn budsjettert innenfor somatikken. Det viser at sykehuset på dette området leverer de tjenestene som er forutsatt. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er aktiviteten på enkelte områder fortsatt noe lav, spesielt innenfor den polikliniske virksomheten. Dette er ikke tilfredstillende og følges opp internt i sykehuset.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende. Både antall og andel fristbrudd er lavere i 2013 enn i 2012, men omfanget av fristbrudd er fortsatt for høyt. For å sikre en markant nedgang i antall fristbrudd og avvikling av langtidsventende i 2014, vil det fra starten på 2014 bli lagt detaljerte klinikkvise planer for dette arbeidet som knyttes opp til planlagt aktivitetsøkning.

Den økonomiske utviklingen i 2013 er bekymringsfull, selv om resultatet for november isolert var bedre enn budsjettet. Budsjettavvikene henger først og fremst sammen med klart høyere bemanning og høyere lønnskostnader enn budsjettet.

Bemanningsstillingene viser en betydelig økning gjennom siste halvår. Dette er bekymringsfullt i forhold til gjennomføringen av budsjett 2014, ettersom bemanningsnivået i desember 2013 allerede er oppe på budsjettet nivå for 2014 og på en del områder også høyere enn budsjettet. Det vil bli foretatt en nærmere gjennomgang av dette før styremøtet.

Tiltaksgjennomføringen ligger betydelig etter det som var forutsatt. Til tross for nye tiltak og fokus på økt tempo i gjennomføringen av allerede vedtatte tiltak, samt økt av aktivitet uten økt bruk av personalressurser mv er det fortsatt realistisk å regne med et resultatavvik i forhold til budsjett på om lag 100 millioner kroner for 2013.

### **3. Pasientbehandling**

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

Foreløpige DRG-tall etter november 2013 viser at aktiviteten innenfor somatikken var 0,2 pst høyere enn budsjettet for perioden januar - november. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. Estimert effekt av etterregistrering er innarbeidet i tallene med 200 DRG-poeng.

Sammenlignet med 2012 er det foreløpig registrert en aktivitetsøkning i somatikken på 0,4 pst (aktivitet begge år målt med DRG-poeng ut fra 2013-grupper). Når all aktivitet er ferdig registrert forventes økningen å være noe større.

Det er variasjoner i aktivitetsnivå mellom klinikkene. Under gis en kort status for hver av klinikkene:

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som er noe lavere enn budsjett og en liten økning fra 2012. Innenfor ortopedisk avdeling var det våren 2013 midlertidig redusert aktivitet ifm stengte operasjonsstuer i Storgata. Nevrokirurgisk avdeling har hatt utfordringer med operasjonskapasiteten, og har i høst fått økt denne med en stue per dag. Ved Plastikkirurgisk avdeling er aktiviteten økt med nærmere 20 pst blant annet knyttet til brystrekonstruksjonsprosjektet.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken har høyere aktivitet enn budsjettet og en økning fra 2012 for de fleste fagområdene (transplantasjoner, kreftbehandling, revmatologi og hud/infeksjon). Enkelte fagområder har imidlertid lavere aktivitet enn budsjettet og en

reduksjon fra 2012 (urologi og blodsykdommer). Det har vært økt aktivitet i gastrokirurgi høsten 2013 etter problemer med intensiv- og operasjonskapasitet tidligere i år.

Kvinne- og barneklubben hadde litt lavere aktivitet enn plan i november. En viktig årsak til dette er at Fødeavdelingen hadde 3 pst færre fødsler enn budsjettet. I tillegg hadde Nyfødtavdelingen og Avdeling for gynekologisk kreft lavere aktivitet enn plan i november. Akkumulert er det Avdeling for gynekologisk kreft og Gynekologisk avdeling som ligger etter budsjett og som har lavere aktivitet enn i 2012. Avdeling for gynekologisk kreft har gjennomført store omstillinger ifbm flytting av operasjonsaktivitet fra Ullevål til Radiumhospitalet. Gynekologisk avdeling har hatt forsinket oppstart av fast-track IVF (IVF=in vitro fertilisation/reproduksjonsmedisin). Barnemedisin har høyere aktivitet enn budsjettet og sammenlignet med 2012.

Medisinsk klinikk har noe lavere aktivitet enn budsjettet. Klinikken ser en noe lavere øyeblikkelig-hjelpsaktivitet enn i 2012 for perioden september og oktober. Klinikken var imidlertid i november tilbake på tilnærmet normalt aktivitetsnivå.

Hjerte-, lunge- og karklubben har høyere aktivitet enn budsjettet, og økt med 2,2 pst fra 2012.

Registrert aktivitet er korrigert ned med 1.431 DRG-poeng knyttet til feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag og feil registrering av utførende helsepersonell. Dette er for hele 2013 estimert å utgjøre 1.548 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 registreres korrekt. Foreløpig gjennomgang av polikliniske konsultasjoner på profesjon viser en betydelig økning i antall sykepleierkonsultasjoner registrert i PasDoc.

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

For voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 419 flere (36 pst) pasienter enn plantall og antall polikliniske konsultasjoner er 5 pst (3.838 konsultasjoner) høyere enn plantall. Antall liggedøgn er 8 pst (6.437 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter økt med 296 (23 pst) og antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 0,2 pst (170 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 noe høyere for antall utskrevne pasienter og polikliniske behandlinger enn budsjettet.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 10 pst (4.925 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2012 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 1.283 (3 pst). Avviket skyldes flere forhold; høyt antall pasienter som ikke møter og avlysninger. Avdelingen gjennomfører flere tiltak for å øke aktivitetsnivået. Det er startet opp et pasientflytprosjekt som vil bedre de pasientadministrative rutine og som forventes å redusere antall ikke møtt pasienter. Det arbeides også med registreringspraksis, saksmengdesamtaler og analyse av "ikke-møtt" problematikk. Dessuten arbeider avdelingen kontinuerlig med å redusere sykefraværet og det er i tillegg gjennomført en kartlegging av arbeidsmiljøet. Videre arbeides det også med ansettelses og det er økt fokus på den enkelte medarbeiders saksmengde og kapasitet. Det



er et problem at poliklinikkene får mange kompliserte pasientsaker som krever mye ressurser og dermed påvirker aktiviteten i poliklinikkene negativt. Dette er hensyntatt ved planlegging av aktiviteten i 2014, med etablering av eget FRONT-team som kan rykke tidlig ut og en styrkning av utredningstilbudet innen nevroutviklingsforstyrrelser.

Antall utskrevne pasienter er lik budsjett, samtidig som antall liggedøgn er 156 (4 pst) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2012 er antall utskrevne pasienter redusert med to, mens antall liggedøgn er økt med 559 (17 pst). Avdelingen har opplevd stor pågang og har hatt mange svært syke pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander som krever tid. 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. Samtidig er det en del aktivitet ved enheten som ikke registreres fordi det er konsultativ virksomhet ved andre enheter i BUPA. På årsbasis forventes døgnaktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien å bli høyere enn budsjettet, mens den polikliniske aktiviteten forventes å bli noe lavere enn budsjett.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er antall polikliniske konsultasjoner 19 pst (1.809 konsultasjoner) lavere enn budsjettet, hvilket er en økning med 2 pst (138 konsultasjoner) fra 2012. Tallene for polikliniske konsultasjoner bærer fortsatt preg av et betydelig antall ikke møtt pasienter. 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.

Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling er hittil i år 92 (4 pst) flere pasienter enn plantall. Sammenlignet med 2012 er det en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 5 pst (133 pasienter). For antall liggedøgn er det negative avviket etter november på 18 pst (4.781 døgn). Avviket relateres i hovedsak til pasienter som avbryter behandlingen og til et lavere belegg av unge rusavhengige enn forutsatt i budsjettet. Selv om det jobbes med tiltak for å redusere antall avbrudd, forventes antall utskrivninger på årsbasis å bli noe høyere enn budsjettet. Det arbeides med et tettere samarbeid med somatiske avdelinger ift akuttinnleggelsler, etablering av brukerstyrte senger, ansettelse av nye medarbeidere og med informasjon om nytt behandlingstilbud for å stimulere til økt innsøking.

### **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 ivaretatt. 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. Ansvaret for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og 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 november omlag 24.600, herav er antall ventende som har ventet mer enn 1 år omlag 3.800 (dvs at langtidsventende utgjør omlag 15 pst 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 omlag 6.500 fra november 2012 til november 2013, hvorav omlag 4.300 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 ved Oslo universitetssykehus HF. Fra november 2012 til november 2013 er antall langtidsventende redusert med omlag 53 pst pst (fra 8.100 til 3.800). Totalt antall langtidsventende har imidlertid vært relativt stabilt de siste månedene. Mye av den "enklere ryddingen" er ferdig, og videre håndtering av gjenværende liste med langtidsventende er et tidkrevende arbeid. Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20). Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for disse fagområdene, og det vil legges nye planer for 2014 som vil sees i sammenheng med planlagt aktivitetsøkning.

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. Innen ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet. Erfaring fra arbeidet tilsier at erfarent personell kun klarer å avvikle ca 10-15 langtidsventende fra listene per arbeidsdag (ved å ringe til aktuelle pasienter). Oslo universitetssykehus HF legger derfor nå øket innsats i å:

- a) Øke aktiviteten, både operativ aktivitet og poliklinisk aktivitet
- b) Kartlegge hvilke pasienter som kommer inn på helseforetakets ventelister, for å sikre at pasienter som burde vært henvist til andre sykehus blir henvist til disse direkte uten å gå via Oslo universitetssykehus' ventelister. Dette gjøres primært ved at alle fagområder bes lage tydelig, skriftlig og nettbasert informasjon om hvilke pasienter som bør henvises til Oslo universitetssykehus HF og hvilke som med

fordel kan henvises til andre sykehus (offentlige eller private) eller private spesialister pga begrenset kapasitet ved Oslo universitetssykehus.

#### *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 november 99 dager, og omlag på samme nivå som i november 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. 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.

#### *Gjennomsnittlig ventetid for ventende*

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. I november 2013 er ventetid for alle ventende 212 dager, hvilket er en reduksjon på 43 pst 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, og dette vil bli sett i sammenheng med planlagt aktivitetsøkning for 2014 (konf over). Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer og øyesykdommer som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er alle 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. Dette har som kjent hatt en svært god effekt på ventetiden for disse pasientene.

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. Inntil langtidsventende er avviklet, vil gjennomsnittlig ventetid for ventende være høy.

### **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
- Fristtid (viser hvor lange frister som gis)
- Ventetid ut over (individuell satt) frist

#### *Status per november*

Antall avviklede pasienter med fristbrudd var i november 919 (17 pst). Antall fristbrudd

av ventende pasienter per utgangen av november var 1.622 (15 pst). Antall fristbrudd av antall ventende er redusert gjennom 2013, og er lavere enn i 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 fagområder med fristbrudd. Oslo universitetssykehus HF prioriterer reduksjon i fristbrudd høyt, og det er en svak, men ikke tilfredsstillende bedring de siste månedene. Hovedinnsatsen går på å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (konf over), men det arbeides også med å bedre systematikken rundt hvilke frister som settes, samt kontinuerlig oppfølging av ventelistene slik at fristbrudd unngås.

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

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Dette skyldes begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket har startet prosjekt for innføring av DIPS i løpet av 2014, og videreutvikling av PasDoc vil være svært 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 i hele helseforetaket.

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.

### **3.6. 100 pst 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 ble avvirket, uten at dette var bestilt fra sykehuset. Problemstillingen er over lengre tid tatt opp med Sykehusparter, og det arbeides med kvalitetssikring og rutiner for regelmessig rapportering. Dette bør være på plass innen utgangen av året.

### **3.7. Andel korridorpasienter**

For 2013 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i november 0,8 pst og er hittil i 2013 0,9 pst. 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, slik at dette skal være garantert.

### **3.8. Utskrivningsklare pasienter**

I november er det rapportert 28 utskrivningsklare pasienter (55 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var i november 0,1 pst, og er hittil i år 0,3 pst.

For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,5 pst.

Fra medio september er det i drift 32 døgnenger ved kommunal avdeling for døgnbehandling (KAD). Sengene skal håndtere pasienter som sogner til alle sykehusene i Oslo (Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus HF). Det foreligger foreløpig ikke data som viser hvordan etablering av kommunale døgnenger påvirker aktiviteten i sykehuset.

Innenfor psykisk helsevern for voksne var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 3,2 pst i november, og hittil i år er andelen 4,6 pst. For samme periode i 2012 var andelen utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern for voksne 7,1 pst.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 1,6 pst i november, og hittil i år er andelen 1,6 pst. 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 kompetansehevende tiltak, samt flere ulike samhandlingsprosjekt.

## **4. Økonomi**

### **4.1. Resultat per november**

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter november et regnskapsmessig underskudd på 229 millioner kroner mot et budsjettert underskudd på 134 millioner kroner, dvs at resultatet er 95 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 21 millioner kroner per november. Til og med oktober 2013 er rapportert resultatavvik justert for avviket mellom budsjetterte og bokførte pensjonskostnader. Gjennom forslag til statsbudsjett (omgrupperingsproposisjonen) er basisrammen til Helse Sør-Øst RHF trukket med 54 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF sin andel av dette er 4,7 millioner kroner. 11/12 av dette (4,3 millioner kroner) er bokført som redusert basisramme i november, og etter dette skal det da ikke lenger korrigeres for avvik knyttet til pensjonskostnader. Dette bidrar isolert sett til at budsjettavviket forbedres med 20 millioner kroner. Basisramme og resultat er fra Helse Sør-Øst RHF justert med forbehold om Stortingets vedtak.

Akkumulert budsjettavvik etter oktober var 126 millioner kroner justert for positivt avvik for pensjon slik det da ble rapportert. Dersom de forholdene som er omtalt ovenfor hadde vært innarbeidet i oktober ville det akkumulerte budsjettavvik da vært 111 millioner kroner.

Det negative budsjettavviket er således redusert fra 111 millioner kroner etter oktober til 95 millioner kroner etter november, dvs at resultat for november viser et overskudd på 16 millioner kroner. Periodens resultat inkluderer imidlertid følgende særskilte forhold:

- Økt enhetspris per DRG-poeng med 99 kroner hittil i år som gir en akkumulert merinntekt på omlag 12 millioner kroner som er inntektsført i regnskapet for november
- Det er tidligere rapportert om noe usikkerhet knyttet til bokførte IKT-kostnader knyttet til uløste saker fra tidligere år. Det er nå oppnådd enighet mellom partene som innebærer at Sykehuspartner betaler tilbake 26,5 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF. Dette er bokført i regnskapet for november.
- Estimert behov for nedskrivning av bygningsmasse med 10,8 millioner kroner. Justert for disse forholdene viser resultatet for november et merforbruk knyttet til driften på 12 millioner kroner.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik hittil i år på 144 millioner kroner (0,8 pst). Øremerkede inntekter er omtrent som budsjettert, slik at avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er tilsvarende. I avviket inngår økt basis blant annet følgende

- Tilbakeførte midler vedrørende etablering av kommunale øyeblikkelig hjelpstilbud (15,3 millioner kroner per november)
- Reduksjon av basisramme som følge av reduserte pensjonskostnader med 4,7 millioner kroner for 2013 (4,3 millioner kroner per november)
- Økt inntekt (annen inntekt) til finansiering av brystprosjektet med ytterligere 9 millioner kroner utover det som er inkludert i budsjett 2013, hvorav 11/12 (9,3 millioner kroner) er inntektsført per november.
- Økt enhetspris per DRG-poeng med 99 kroner som gir en akkumulert merinntekt på omlag 12 millioner kroner.

Øvrig avvik skyldes blant annet at merforbruk ved Utenlandskontoret knyttet til pasienter fra hele regionen som får behandling i utlandet. Dette avviket er forutsatt finansiert av Helse Sør-Øst RHF i samsvar med omtale i Oppdrag og bestilling 2013 (utgjør omlag 15 millioner kroner). Videre er inngår blant annet refusjon fra DIPS-innføringsprosjektet for å finansiere ansatte som er frikjøpt til prosjektet i andre driftsinntekter. Ut over dette er de aktivitetsbaserte inntektene innenfor somatikken noe høyere enn budsjettert. 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 imidlertid jevne seg ut på årsbasis.

Hoveddelen av det akkumulerte merforbruket hittil i år skyldes at kostnadene er høyere enn budsjettert. Dette gjelder i hovedsak innenfor lønnsområdet, inkludert innleie av helsepersonell, hvor merkostnaden hittil i år er 251 millioner kroner. Kostnadene til innleie er alene 96 millioner kroner høyere enn budsjettert, og kostnadene har økt de siste månedene. Deler av merkostnadene (om lag 45 millioner kroner) kan relateres til DIPS-innføringsprosjektet hvor klinikkene som har ansatte som er frikjøpt til prosjektet får dekket merkostnadene med refusjon fra DIPS-prosjektet (inngår i andre inntekter). I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekk-kreft med legemiddelet Ipilimumab med omlag 10 millioner kroner per november. Dette er kostnader som forventes finansiert av bevilgede midler i RNB 2013.

I budsjettet for 2013 er det lagt til grunn en lønnsvekst på 4 pst (ut fra forutsetningene i statsbudsjettet). Foreløpige beregninger viser en faktisk lønnsvekst i 2013 på 3,67 pst. 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. Dette er forholdsmessig inkludert i resultatet per november.

*Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper*

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

ØBAK OUS	Hittil i 2013			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	9 869 824	9 858 880	10 944	Inntektsført basisramme er 11 mnok høyere enn budsjettert. Dette relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og red. basisinntekt som følge av lavere pensjonskostnader enn forutsatt.
Aktivitetsbaserte inntekter	5 936 224	5 902 044	34 181	Den totale aktiviteten innenfor somatikken er 0,2 % høyere enn budsjettert per november. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, samt effekt av økt enhetspris for DRG, inngår i resultatet. Lavere antall polikliniske konsultasjoner innen BUP og TSB bidrar til et negativt budsjettavvik for de aktivitetsbaserte inntektene. Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettert og bidrar positivt. Det samme gjelder inntekter fra kurdøgn og lab-/røntgenområdet, som delvis er budsjettert under andre driftsinntekter. Videre er det noe avvikende periodisering av internhandelsbudsjettet sammenlignet med DRG-budsjettet forøvrig. Dette vil jevnes ut på årsbasis
Andre inntekter	1 667 128	1 560 057	107 072	Som beskrevet ovenfor er deler av inntektene for kurdøgn og lab.rad. budsjettert under andre inntekter, mens bokføres som aktivitetsbaserte inntekter. Disse må derfor sees i sammenheng. Det er også inntektsført om lag 45 mnok fra DIPS-prosjektet som refusjon for frikjøp. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende høyere lønnskostnader.
Sum driftsinntekter	17 473 177	17 320 980	152 197	
Lønn- og innleiekostnader	12 257 264	12 005 417	-251 847	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 178 mnok, tilsvarende 2,1 pst. I dette ligger 21 mnok lavere pensjonskostnader enn budsjettert. Avviket skyldes høyere bemanning enn budsjettert.
Varekostnader	2 298 995	2 260 741	-38 254	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettert og dels relatert til aktiviteten innenfor somatikken, og til høyere kostnader knyttet til prosjekter.
Andre driftskostnader	3 085 278	3 112 152	26 874	Andre driftskostnader er 26,8 mnok lavere enn budsjettert. I dette inngår blant annet lavere avskrivningskostnader med 10 mnok og lavere IKT-kostnader enn budsjettert (ref løste saker fra tidligere år). I avviket inngår også nedskrivning av bygg på SSE med 10 mnok som ikke er budsjettert. Ut over dette er det positive og negative avvik på flere konti.
Sum driftskostnader	17 641 537	17 378 310	-263 227	
Driftsresultat	-168 360	-57 330	-111 030	
Netto finans	60 022	76 438	16 416	Hittil i 2013 er rentekostnadene 17 mnok lavere enn budsjettert. I netto finans inngår i tillegg negativt avvik på bidrag fra AS'ene med 1,8 mnok.
<b>Resultat OUS</b>	<b>-228 382</b>	<b>-133 768</b>	<b>-94 614</b>	

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

#### 4.2. Årsestimat

Rapportert resultatavvik etter november er - 95 millioner kroner. Ved vurdering av årsestimat er kjente forhold på rapporteringstidspunktet hensyntatt. Foretakets årsestimat viser fortsatt et negativt resultat på 300 millioner kroner mot budsjettert 200 millioner kroner, dvs et negativt budsjettavvik på 100 millioner kroner. Det er da forutsatt at kostnader til kreftlegemiddelet ipiliumabab blir finansiert, og det er forutsatt uendret basisfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF utover de forhold som er hensyntatt i rapporteringen per november. Prognosen er ikke justert selv om redusert basisfinansiering knyttet til pensjon er mindre enn tidligere forutsatt. Dette er basert på en helhetsvurdering basert på resultat per november. Det presiseres at det er betydelig usikkerhet knyttet til årsestimatet. Blant annet årsoppgjørstransaksjoner kan erfaringsmessig bli annerledes enn forutsatt.

#### 4.3. Gjennomføring av tiltak 2013

Som en del av budsjettet for 2013 er det etablert detaljerte tiltaksplaner i den enkelte klinikk. Klinikken rapporterer månedlig på oppnådd økonomisk effekt og effekt i årsverk. Klinikken bes hver måned om å kommentere følgende:

- Hva er de vesentligste avvik i gjennomføringen av tiltak og hva er endret siste måned?
- Hva er gjort siste måned for å styrke gjennomføringen av planlagte tiltak?
- Hvilke nye tiltak er vurdert siste måned for å kompensere for manglende tiltaksralisering?

Status etter november rapporteres først etter utsendelse av styresak. Under gis derfor kort status for tiltaksgjennomføring per oktober:

Opprinnelig tiltaksplan som ble utarbeidet som del av budsjett for 2013 er supplert med nye tiltak, jfr styresak 48/2013. Inkludert nye tiltak er det for 2013 planlagt gjennomført tiltak på 310 millioner kroner, hvorav 243 millioner kroner per oktober. Klinikken rapporterte etter oktober at det er gjennomført tiltak for 147 millioner kroner. Gjennomførte tiltak er innenfor mange klinikker og på flere ulike områder. Status for alle de tiltak som er spesifisert rapporteres månedlig til direktørens stab.

Det er stor variasjon i klinikkens gjennomføringsgrad, og det er ulike årsaker til at tiltakene ikke er gjennomført som planlagt. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Klinik for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehusservice har sammen med Klinik for psykisk helse og avhengighet gjennomført de største tiltakene målt i kroner og årsverk.

#### **4.4. Investeringer**

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

Styret har vedtatt et investeringsbudsjett til ordinære investeringer i 2013 på 414 millioner kroner, herav skal 292 millioner kroner anvendes til investering i medisinskteknisk utstyr. Ved utgangen av november er det inngått forpliktelser for om lag 390 millioner kroner av investeringsbudsjettet, hvorav om lag 280 millioner kroner gjelder medisinskteknisk utstyr. Investeringsbudsjettet for medisinskteknisk utstyr på 292 millioner kroner skal både finansiere sammenbrudd og planlagte anskaffelser av utstyr. Sammenbruddspotten for 2013 er forpliktet i sin helhet. Estimater for 2013 er redusert med om lag 50 millioner kroner, som følge av at blant annet anskaffelsen av en strålemaskin (Linac) blir gjennomført i 2014 og noe tidsforskyvning i investeringer i lokalt finansierte IKT-prosjekter. Etter fullmakt fra styret, jmf styresak 38/2013, er det ved utgangen av november inngått forpliktelser for om lag 30 millioner kroner av investeringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinskteknisk utstyr og hvor utstyret i hovedsak forventes å bli levert først i 2014.

##### *Omstillingsinvesteringer*

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 500 millioner kroner (2012-kroner), eksklusive investeringer i samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av november er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Budsjetterte omstillingsinvesteringer for 2013 er på 462 millioner kroner. Hittil i år er det bokført omstillingsinvesteringer for 364 millioner kroner. Estimater for 2013 er redusert med 50 millioner kroner i forhold til budsjettet som følge av at enkelte prosjekter er forsinket i forhold til opprinnelig plan, jmf redegjørelse i styresak 50/2013.



### *Andre investeringer*

Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at likviditet tilgjengeliggjøres for Oslo universitetssykehus HF slik at investeringer i tilsynspålegg med videre kan beløpe seg til 160 millioner kroner i 2013. Ved utgangen av november er det inngått forpliktelser for om lag 160 millioner kroner av denne finansieringskilden. Investeringer i tilsynspålegg med videre finansieres også av andre finansieringskilder. Totalt er det ved utgangen av november fattet vedtak for gjennomføring i 2013 på om lag 190 millioner kroner.

#### **4.5. Likviditet**

Kontantstrømbudsjettet for 2013 viser at benyttet driftskreditt vil øke med om lag 400 millioner kroner i løpet av året. Dette er avledet av budsjettet 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.

Ved utgangen av november var benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF om lag 2 770 millioner kroner mot budsjettet om lag 3 166 millioner kroner. Forskjellen forklares i stor grad med lavere betaling av arbeidsgiveravgift på pensjonspremie, oppgjør for eiendomssalg fra Helse Sør-Øst RHF som ikke var budsjettet, endring i arbeidskapitalen, lavere investeringer og lavere utbetalinger til Sykehuspartner enn forutsatt i kontantstrømbudsjettet.

Til tross for en estimert endring av årsresultatet med minus 100 millioner kroner er estimert benyttet driftskreditt ved utgangen av 2013 noe lavere enn budsjettet.

## **5. Bemanning og sykefravær**

### **5.1 Utvikling månedsverk**

Brutto månedsverk øker i november og desember, og antall månedsverk i desember er på sitt høyeste nivå for året med 17 564. Årsgjennomsnittet for 2013 er 200 årsverk høyere enn årsgjennomsnittet for 2012. For november og desember utgjør den variable andelen av brutto månedsverk om lag 2/3 av økningen. Sammenholdt med 2012 øker variabel og fast komponent proporsjonalt gjennom 2013 (dvs de utgjør respektivt 7 og 93 prosent av økningen). Økningen både for slutten av året, og året under ett, er i all hovedsak innenfor internt finansierte årsverk.

Årsverkstallene må også vurderes på bakgrunn av at det er frikjøpt om lag 40 månedsverk til DIPS-innføringsprosjektet (månedsverk finansierte av investeringer er ikke budsjettet). Klinikken får resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene blir ikke korrigert som for eksempel innenfor Klinik for diagnostikk og intervensjon.

Sammenholdt med desember 2012 har Oslo universitetssykehus HF i desember 2013 354 flere månedsverk. Gjennomsnittlig antall månedsverk i 2013 på 17 258 innebærer en økning på 200 (1,2 prosent) sammenlignet med hele 2012. Antall internt finansierte månedsverk (eksklusive eksternt finansierte) er i samme periode redusert innenfor Klinik for psykisk helse og avhengighet, uendret innenfor Medisinsk klinikk og økt i de andre klinikkene.

Antall innleide månedsverk ligger i desember 132 høyere enn budsjettet. For 2013 under ett ligger innleie 83 over budsjett.

### **5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper**

Den relative andelen månedsverk pr stillingsgruppe forholder seg med noe variasjon relativt stabile gjennom 2013. Gruppen *Helsefagarbeider/Hjelpepleier* har sunket svakt gjennom året fra et nivå på 585 årsverk i januar til 554 i oktober. I desember er nivået steget til 570 som gir et årssnitt på 571 for 2013. Sammenholder vi 2012 med 2013 har yrkesgruppens relative andel sunket noe fra 3,6 prosent til 3,3 prosent. Øvrige grupper har mindre endringer.

Internt finansierte årsverk innen Administrasjon/ledelse har i likhet med resten av sykehuset økt noe siden 2012, men opprettholder sin relative andel på 16,8 pst fra 2012 i 2013. Den reduksjonen budsjettet forutsetter, er ikke gjennomført.

### **5.3 Sykefravær**

Per oktober 2013 er gjennomsnittlig sykefravær 7,4 prosent, fordelt på 2,5 prosent kortidsfravær og 4,9 prosent langtidsfravær. Til sammenligning var sykefraværet per oktober 2012 på 7,5 prosent. Både kortidsfraværet og langtidsfraværet viser en liten nedgang sammenlignet med tilsvarende periode i 2012.

Utviklingen i sykefravær per klinikk viser ingen markant variasjon eller avvik siden forrige rapportering. Akuttklinikken, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehusservice viser per oktober en liten økning i sykefraværet sammenlignet med 2012 med hhv 0,6, 0,4 og 0,3 prosent). Øvrige klinikker viser en positiv utvikling. Klinikk psykisk helse og avhengighet og Medisinsk klinikk viser størst nedgang, begge med 0,8 prosent.

Sykefraværet viser gjennom 2013 en god utvikling med et lavt sykefravær sommermånedene og en svakt stigende kurve fra august til oktober, med hhv 7 prosent i september og 7,1 prosent i oktober.

Det gjennomsnittlige sykefraværet per oktober 2013 ligger innenfor foretakets målsetning om 7,5 prosent totalt sykefravær gitt i tiltaksplanen for inkluderende arbeidsliv for 2013, og viser en forventet utvikling med tanke på sesongbasert variasjon.

# Styresak 70/2013 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Månedsrappport november 2013

(Bemanningstall for desember 2013)

# 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 transplantasjonsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
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 og DRG – somatikk

NOVEMBER	Budsjett	Status per NOVEMBER			Hittil i år			SAMMENLIGNING 2012 (ekskl LV + Biol)	
		Klinikk	2013	Resultat	Avvik	Avvik i %	Restultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	26 720	2 229	-68	-3,0 %	23 828	-673	-2,7 %	-365	-1,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	5 430	-1	0,0 %	55 097	-245	-0,4 %	277	0,5 %
Kvinne- og barneklirikken	35 314	2 923	-126	-4,1 %	32 066	-332	-1,0 %	-436	-1,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	58 364	5 145	-77	-1,5 %	54 696	920	1,7 %	943	1,8 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 709	2 959	166	5,9 %	29 378	306	1,1 %	643	2,2 %
Akuttklinikken	4 167	379	19	5,3 %	3 741	-95	-2,5 %	-247	-6,2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	6	0	0,0 %	84	-25	-22,9 %	-33	-28,2 %
Stab, Utenlandskontoret		0	0	-	97	97		-79	-44,9 %
Biologiske legemidler	1 793	39	-69	-64 %	1 694	6	0 %		
Fellesposter	-1 398	102	219	-187 %	-851	464	-35 %		
<b>SUM</b>	<b>217 038</b>	<b>19 212</b>	<b>63</b>	<b>0,3 %</b>	<b>199 829</b>	<b>422</b>	<b>0,2 %</b>	<b>703</b>	<b>0,4 %</b>

Merknader:

- Sammenligning med 2012: 2012 fremstilt med 2013-logikk og vektor
- Lagt inn forventet effekt av etterregistrering (200 DRG-poeng) på sykehusnivå

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Pasientbehandling Oslo universitetssykehus HF	Budsjett	November				Hittil i år				2013 mot 2012			
	2013	Resultat	Budsjett	Bud.avik	%	Resultat	Budsjett	Bud.avik	%	HiÅ 2013	HiÅ 2012	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen (inkl private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (VOP)	1 256	163	112	51	45,5 %	1 574	1 155	419	36,3 %	1 574	1 278	296	23,2 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (VOP)	84 815	6 474	6 721	-247	-3,7 %	71 854	78 291	-6 437	-8,2 %	71 854	80 691	-8 837	-11,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0	0	0	0		115	0	115		115	582	-467	-80,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	79 461	8 450	7 190	1 260	17,5 %	76 580	72 742	3 838	5,3 %	76 580	76 750	-170	-0,2 %
Psykisk helsevern - barn og unge (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (BUP)	96	11	7	4	57,1 %	87	87	0	0,0 %	87	89	-2	-2,2 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (BUP)	4 121	330	362	-32	-8,8 %	3 912	3 756	156	4,2 %	3 912	3 353	559	16,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 041	266	281	-15	-5,3 %	2 688	2 779	-91	-3,3 %	2 688	2 476	212	8,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	51 820	4 581	5 271	-690	-13,1 %	42 931	47 856	-4 925	-10,3 %	42 931	41 648	1 283	3,1 %
TSB (inkl. private)													
Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling (TSB)	2 815	209	240	-31	-12,7 %	2 666	2 575	92	3,6 %	2 666	2 533	133	5,3 %
Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling (TSB)	29 001	1 879	2 438	-559	-22,9 %	21 881	26 662	-4 781	-17,9 %	21 881	25 873	-3 992	-15,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	948	27	89	-62	-69,7 %	581	895	-314	-35,1 %	581	580	1	0,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	10 459	794	990	-196	-19,8 %	7 803	9 612	-1 809	-18,8 %	7 803	7 665	138	1,8 %

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modaliet	2012 November		2013 November		Akkumulert 2012		Akkumulert 2013		%vis endring 2012-2013 November		%vis endring 2012-2013 Akkumulert	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	286	6	238	3	2 907	41	2 825	50	-16,8 %	-50,0 %	-2,8 %	22,0 %
CT	4 825	1 107	5 010	1 236	52 045	12 853	52 191	13 246	3,8 %	11,7 %	0,3 %	3,1 %
MG	787	16	653	5	7 567	71	7 460	101	-17,0 %	-68,8 %	-1,4 %	42,3 %
MR	2 529	826	2 714	865	24 689	8 385	25 976	8 686	7,3 %	4,7 %	5,2 %	3,6 %
NM	767	27	613	7	7 739	270	7 157	236	-20,1 %	-74,1 %	-7,5 %	-12,6 %
PET	341	5	414	10	3 482	75	4 137	131	21,4 %	100,0 %	18,8 %	74,7 %
RG	13 586	288	13 641	272	149 212	3 225	151 585	3 019	0,4 %	-5,6 %	1,6 %	-6,4 %
Ukjent	17		1		74		54	2	-94,1 %		-27,0 %	
UL	3 412	102	3 340	90	34 505	846	35 619	989	-2,1 %	-11,8 %	3,2 %	16,9 %

\* Novembertall for "(EKSTERN\_TOTAL) Alle eksterne" er ikke tilgjengelig

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

## 2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

Aktivitetsdatarapport for 2013						Oslo sykehuservice			
Aktivitet i Oslo sykehuservice	Måleenhet	Nov i fjor	Nov i år	Endring Nov 2013 mot 2012	Endring Nov 2013 mot 2012 i %	Per Nov 2012	Per Nov 2013	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012	Endring hittil i 2013 mot hittil i 2012 i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 500	3 609	109	3,1 %	6 720	7 206	486	7,2 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	3 034	3 116	82	2,7 %	5 840	6 254	414	7,1 %
Arealer	Kvm	1 004 029	1 007 686	3 657	0,4 %	1 001 715	1 000 624	-1 091	-0,1 %
Forbruk av energi	KWH	27 200 000	25 500 000	-1 700 000	-6,3 %	259 102 000	263 080 000	3 978 000	1,5 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	303	286	-17	-5,6 %	3 104	3 061	-43	-1,4 %
Middager	Antall	60 068	59 600	-468	-0,8 %	675 572	672 727	-2 845	-0,4 %
Sengevask/reing	Antall	12 789	10 521	-2 268	-17,7 %	121 475	122 186	711	0,6 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	86,4 %	86,8 %	0,4 %	0,5 %	78,1 %	82,9 %	4,9 %	6,2 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	82,9 %	83,1 %	0,2 %	0,2 %	74,6 %	78,3 %	3,7 %	5,0 %
Portøroppdrag	Antall	42 217	40 889	-1 328	-3,1 %	456 294	432 472	-23 822	-5,2 %
Faktura forfall u.anvisning	%	20,0 %	28,0 %	8,0 %	40,0 %	21,1 %	21,8 %	0,7 %	3,4 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 025	2 716	691	34,1 %	6 455	10 633	4 179	64,7 %
Antall søknader BHM	Antall	274	308	34	12,4 %	2 502	2 797	295	11,8 %
Pasienttilstrømmning	Antall	130	142	12	9,2 %	957	1 197	240	25,1 %
Utlån MTU	Antall	295	379	84	28,5 %	2 618	3 397	779	29,8 %
<b>OUS aktivitetsdata</b>									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	6 546	6 686	140	2,1 %	65 264	65 247	-17	0,0 %
Liggedøgn somatikk	Antall	42 456	42 217	-239	-0,6 %	449 964	439 583	-10 381	-2,3 %

Merknad: To leiligheter i Ullernchausséen samt Montebellobakken 5 er solgt med overtagelse i november 2013 – leiligheter ligger ikke inne med arealtall.  
Endring i Faktura forfall u.anvisning pga leverandøraktivering i oracel R12

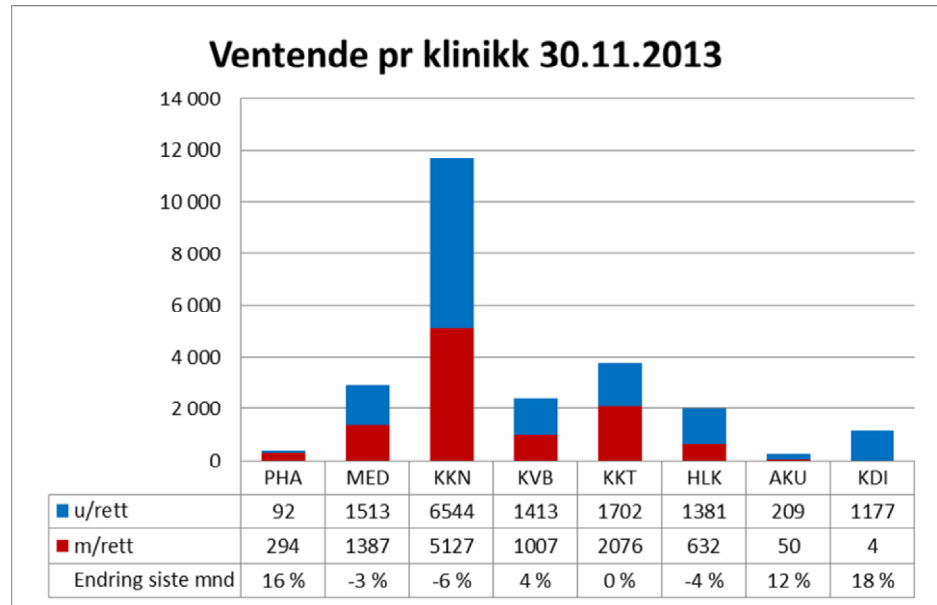
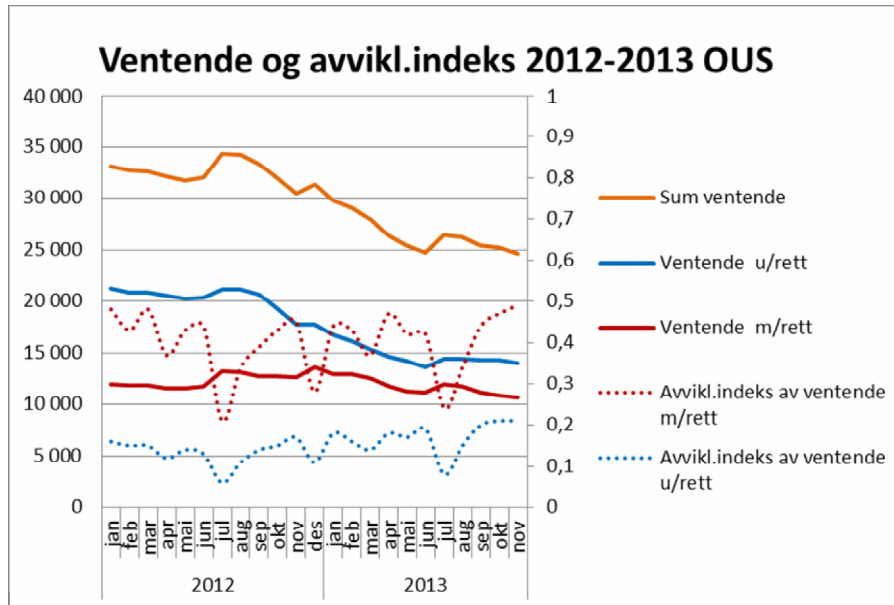


## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	November 2013	Akkumulert aktivitet November 2013	November 2012	Akkumulert aktivitet November 2012	Akkumulert endring 2012-2013	Endring 2012-2013 i %
	Antall intensivpasienter	255	2 980	280	3 085	-105	-3,4 %
	Antall intensivdøgn	1 186	12 718	1 211	12 988	-270	-2,1 %
	<b>Antall respiratordøgn:</b>						
	Intensiv, Aker	2	22	1	93	-71	-76,3 %
	Intensiv 2, Ullevål	178	1 953	201	2 047	-94	-4,6 %
	Intensiv 3, Ullevål	111	1 070	107	1 059	11	1,0 %
	Generell int, RH	226	2 346	220	2 557	-211	-8,3 %
	Barneintensiv, RH	70	854	89	1 023	-169	-16,5 %
	Generell int 2, RH	129	1 135	89	677	458	67,7 %
	PO, Radium	8	43	3	47	-4	-8,5 %
	PO, Ullevål	10	219	26	191	28	14,7 %
	<b>SUM Antall respiratordøgn</b>	<b>734</b>	<b>7 642</b>	<b>736</b>	<b>7 694</b>	<b>-52</b>	<b>-0,7 %</b>

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

## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

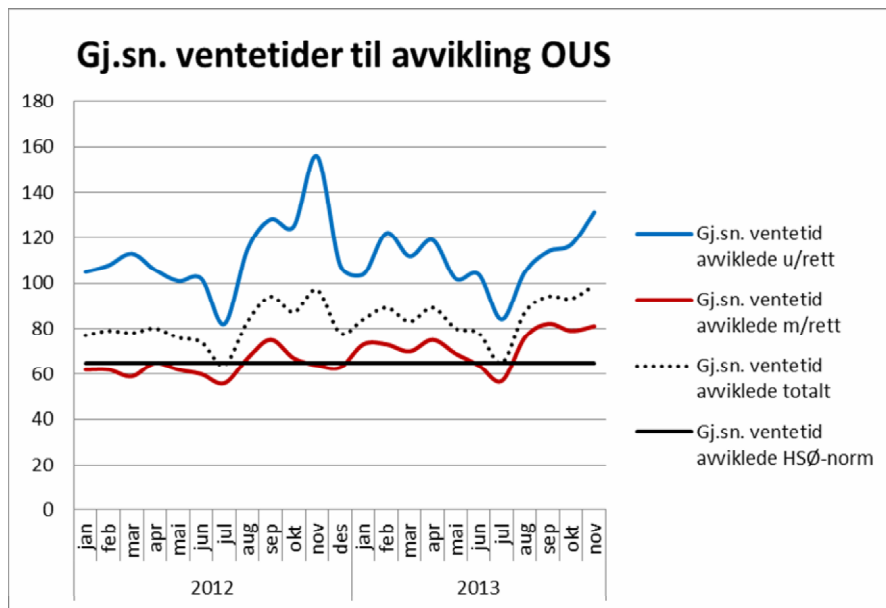


Tertial her = gj.sn. månedsverdier

Sum ventende	2012					2013					Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	299	337	313	330	338	445	385	283	333	386	
MED	3 119	3 306	3 689	3 137	2 938	2 934	3 042	3 123	2 984	2 900	
KKN	19 121	19 426	19 688	18 517	17 562	14 878	13 002	12 599	12 374	11 671	
KVB	2 312	2 291	2 223	2 573	2 353	2 328	2 343	2 345	2 335	2 420	
KKT	3 453	3 441	3 219	3 360	3 486	3 537	3 599	3 774	3 783	3 778	
HLK	2 975	3 048	2 929	2 859	2 734	2 476	2 379	2 299	2 101	2 013	
AKU	382	261	301	274	233	171	176	115	232	259	
KDI	884	893	914	830	716	641	747	851	998	1 181	
<b>Sum klinikker</b>	<b>32 545</b>	<b>33 003</b>	<b>33 276</b>	<b>31 880</b>	<b>30 360</b>	<b>27 408</b>	<b>25 670</b>	<b>25 389</b>	<b>25 140</b>	<b>24 608</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>						<b>-5 137</b>	<b>-7 333</b>	<b>-7 887</b>	<b>-6 740</b>	<b>-6 583</b>	
<b>Diff %</b>						<b>-16 %</b>	<b>-22 %</b>	<b>-24 %</b>	<b>-21 %</b>	<b>-29 %</b>	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

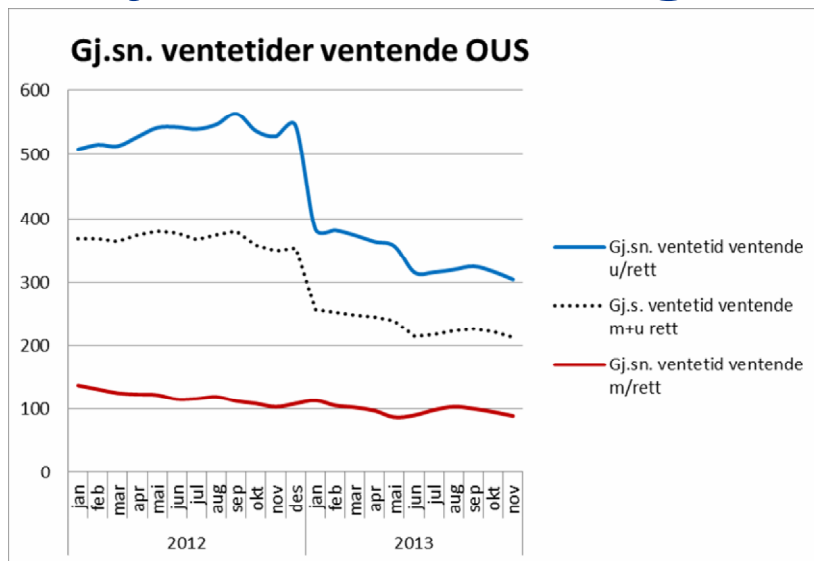
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2012										Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	46	40	45	34	40	48	40	49	35	43	
MED	65	56	63	64	60	63	55	64	61	67	
KKN	103	109	137	131	125	125	115	124	125	137	
KVB	60	58	65	60	61	61	56	69	62	64	
KKT	54	56	66	60	53	62	65	91	91	87	
HLK	126	109	142	117	118	105	90	116	121	116	
AKU	97	92	95	90	90	74	80	96	89	138	
KDI	36	36	38	40	393	41	31	31	30	33	
<b>OUS</b>	<b>78</b>	<b>77</b>	<b>95</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>79</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>99</b>	
Diff vs. 2012						8	2	-1	5	-1	
Diff %						11 %	2 %	-1 %	6 %	-1 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

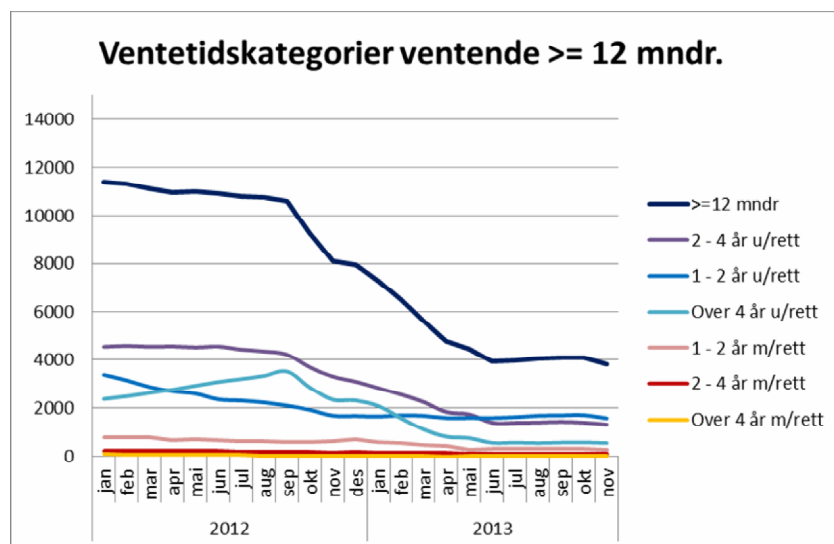
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2012										Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	43	42	40	38	36	42	56	38	38	41	
MED	108	181	180	105	97	82	85	90	89	85	
KKN	515	613	631	594	552	389	352	357	353	346	
KVB	218	197	198	171	173	86	81	85	80	76	
KKT	109	104	81	57	54	62	68	78	77	76	
HLK	154	160	150	146	134	118	119	129	124	117	
AKU	94	83	72	73	76	90	95	132	83	83	
KDI	523	605	620	556	367	134	142	162	156	149	
<b>OUS</b>	<b>368</b>	<b>436</b>	<b>446</b>	<b>404</b>	<b>371</b>	<b>250</b>	<b>223</b>	<b>224</b>	<b>221</b>	<b>212</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>						-118	-214	-222	-183	-159	
<b>Diff %</b>						-32 %	-49 %	-50 %	-45 %	-43 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)



Tertial her = vektet gj.sn. månedsverdier

Antall ventet $\geq 1$ år	2012										Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	3	1	0	0	0	2	5	2	2	3	
MED	462	404	405	168	143	76	52	48	59	64	
KKN	9 182	9 297	9 327	8 350	7 452	5 706	3 839	3 774	3 710	3 407	
KVB	395	294	265	229	209	88	28	32	34	48	
KKT	272	216	167	29	28	27	37	76	94	91	
HLK	329	259	132	133	106	68	62	63	57	50	
AKU	11	5	2	1	1	2	3	2	3	3	
KDI	471	423	408	302	138	63	69	99	128	151	
<b>Sum</b>	<b>11 125</b>	<b>10 898</b>	<b>10 706</b>	<b>9 212</b>	<b>8 077</b>	<b>6 031</b>	<b>4 095</b>	<b>4 096</b>	<b>4 087</b>	<b>3 817</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>						-5 094	-6 804	-6 610	-5 125	-4 329	
<b>Diff %</b>						-46 %	-62 %	-62 %	-56 %	-54 %	

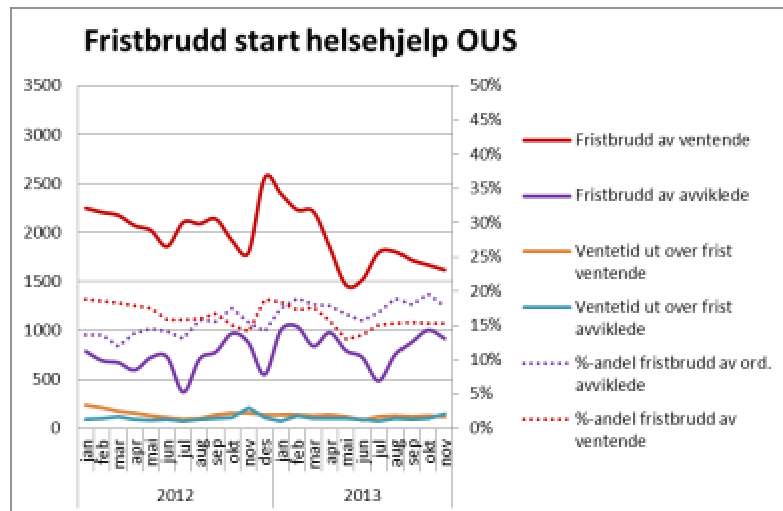
## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd ) per fagområde

Fagområde	Per 31.8	Per 31.9	31/10	30/11	Endring fra 31.1
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år
<a href="#">050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</a>	1 702	1 742	1 699	1 564	-507
<a href="#">090 Plastikk-kirurgi</a>	1 396	1 422	1 417	1 279	-250
<a href="#">100 Nevrokirurgi</a>	62	54	51	43	-448
<a href="#">130 Endokrinologi</a>	31	25	26	30	-7
<a href="#">140 Fordøyelsessykdommer</a>	14	14	27	24	6
<a href="#">150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og</a>	39	37	33	35	-4
<a href="#">200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</a>	17	16	24	36	26
<a href="#">250 Nevrologi</a>	250	248	252	232	-1 368
<a href="#">290 Øre-nese-hals sykdommer</a>	44	43	39	45	-432
<a href="#">300 Øyesykdommer</a>	252	248	231	219	-14
<a href="#">840 Medisinsk genetikk</a>	81	97	126	150	40
<b>Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende</b>	<b>3 857</b>	<b>3 950</b>	<b>3 970</b>	<b>3 705</b>	<b>-3 387</b>
<b>SUM TOTALT</b>	<b>4 039</b>	<b>4 106</b>	<b>4 097</b>	<b>3 823</b>	<b>-3 607</b>

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 30. november 2013.

## 2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd avviklede	2012					2013					Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	12	9	14	7	24	9	8	15	2	3	
MED	84	57	92	184	139	109	51	77	86	64	
KKN	334	321	393	470	390	551	342	393	472	484	
KVB	47	32	35	56	32	53	52	90	89	37	
KKT	138	143	112	134	195	147	168	192	246	213	
HLK	68	72	107	119	118	98	68	111	107	117	
AKU	2	1	1	0	0	1	0	3	1	1	
KDI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Sum</b>	<b>685</b>	<b>634</b>	<b>754</b>	<b>970</b>	<b>898</b>	<b>967</b>	<b>688</b>	<b>881</b>	<b>1 003</b>	<b>919</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>						282	55	127	33	21	
<b>Diff %</b>						41 %	9 %	17 %	3 %	2 %	
Fristbrudd ventende	2012					2013					Utvikling
	1. tert	2. tert	sep	okt	nov	1.tert	2.tert	sep	okt	nov	
PHA	7	12	15	5	4	9	19	2	7	13	
MED	96	80	221	146	55	104	40	55	41	55	
KKN	1 670	1 535	1 491	1 497	1 493	1 695	1 170	1 290	1 294	1 177	
KVB	81	65	86	56	42	70	88	46	28	29	
KKT	197	141	123	70	93	153	172	173	146	154	
HLK	94	133	165	134	101	137	151	149	150	189	
AKU	1	2	2	2	2	5	2	0	0	5	
KDI	15	7	0	1	1	1	1	1	1	0	
<b>Sum</b>	<b>2 160</b>	<b>1 974</b>	<b>2 103</b>	<b>1 911</b>	<b>1 791</b>	<b>2 174</b>	<b>1 641</b>	<b>1 716</b>	<b>1 667</b>	<b>1 622</b>	
<b>Diff vs. 2012</b>						14	-333	-387	-244	-169	
<b>Diff %</b>						1 %	-17 %	-18 %	-13 %	-9 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

## 2.3 Fristbrudd per fagområde

Fagområde	Juli	August	Sept	Oktober	November	
	Antall	Antall	Antall	Antall	Antall	Andel
<u>030 Gastroenterologisk kirurgi</u>	31	38	34	21	22	17,3
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inklusive revmakirurgi)</u>	502	541	540	521	429	29,5
<u>070 Urologi</u>	55	42	53	45	36	4,5
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	71	62	63	74	77	30,6
<u>100 Nevrokirurgi</u>	206	234	257	265	262	37,6
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	19	26	20	24	38	11,4
<u>150 Hjertesykdommer</u>	156	155	142	145	167	28,8
<u>250 Nevrologi</u>	235	218	227	245	207	29,2
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	176	159	152	142	146	26,7
<u>853 Terapeutisk onkologi og radioterapi</u>	69	57	45	30	40	32,0
<b>Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd</b>	<b>1 664</b>	<b>1 708</b>	<b>1 578</b>	<b>1 512</b>	<b>1 470</b>	
<b>Sum fristbrudd</b>	<b>1 792</b>	<b>1 796</b>	<b>1 718</b>	<b>1 661</b>	<b>1 603</b>	<b>15 %</b>

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 30. november 2013.



## 2.4 Styringsparametre

(kvalitetsindikatorer som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF)

Månedlige styringsparametere	T1 2013	T2 2013	201309	201310	201311	HiÅ F2013
5a Andel korridorpasienter - somatikk	1,0 %	0,9 %	0,8 %	1,0 %	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 %
7a Antall utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	280	114	25	34	28	481
7b Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt somatikk	823	242	49	90	55	1 259
7c Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter somatikk	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
7d Antall utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	61	62	14	17	0	154
7e Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt psykisk helsevern voksne	1 507	1 438	294	342	0	3 581
7f Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern voksne	5,8 %	6,5 %	4,7 %	5,3 %	0,0 %	5,3 %
7g Antall utskrivningsklare pasienter totalt TSB	31	5	1	1	1	39
7h Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter totalt TSB	186	78	30	31	30	355
7i Gjennomsnittlig andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter TSB	2,3 %	1,0 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %
8a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (ansiennitetsdato) til vurdering av henvisningen er fullført	7	7	6	6	6	7
8b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	0	0	0	0	0	0
8c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	0	0	0	0	0	0

Årets første 8 måneder vises som tertial 1 (jan-april) og tertial 2 (mai-aug) i tabellen ovenfor.

## 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2013	November				Hittil i 2013			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	10 769 438	922 427	932 848	-10 421	-1,1 %	9 869 824	9 858 880	10 944	0,1 %
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	595 081	567 604	27 477	4,8 %	5 936 224	5 902 044	34 181	0,6 %
Andre inntekter	1 692 235	196 258	137 550	58 708	42,7 %	1 660 318	1 560 057	100 261	6,4 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 891 948</b>	<b>1 713 765</b>	<b>1 638 002</b>	<b>75 763</b>	<b>4,6 %</b>	<b>17 466 367</b>	<b>17 320 980</b>	<b>145 386</b>	<b>0,8 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	13 136 508	1 179 661	1 131 272	-48 389	-4,3 %	12 257 230	12 005 417	-251 813	-2,1 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 468 248	236 100	213 799	-22 301	-10,4 %	2 310 582	2 260 741	-49 841	-2,2 %
Andre driftskostnader	3 406 743	279 797	287 320	7 523	2,6 %	3 046 823	3 112 152	65 328	2,1 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>19 011 499</b>	<b>1 695 558</b>	<b>1 632 392</b>	<b>-63 167</b>	<b>-3,9 %</b>	<b>17 614 635</b>	<b>17 378 310</b>	<b>-236 325</b>	<b>-1,4 %</b>
Driftsresultat	-119 551	18 207	5 610	12 597	-0,8 %	-148 269	-57 330	-90 939	-0,5 %
Netto finans	-80 449	-5 792	-5 327	-465	-8,7 %	-80 526	-76 438	-4 088	-5,3 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>-200 000</b>	<b>12 415</b>	<b>283</b>	<b>12 132</b>	<b>0,7 %</b>	<b>-228 794</b>	<b>-133 768</b>	<b>-95 027</b>	<b>-0,5 %</b>

## 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat hittil i år

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
<b>Basisramme</b>	9 869 824	9 858 880	10 944	Avvik relateres til tilbakeførte midler knyttet til Ø-hjelp og redusert inntekt relatert til lavere pensjonskostnader.
<b>ISF egne pasienter</b>	2 096 942	2 064 592	32 350	De totale ISF-inntektene er omtrent 24 mnok høyere enn budsjettert. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, samt effekt av økt enhetspris for DRG, inngår i resultatet.
<b>ISF somatisk poliklinisk aktivitet</b>	263 993	268 451	-4 458	
<b>ISF-refusjon kommunal medfinansiering</b>	552 671	556 669	-3 998	
<b>ISF-inntekt kostnadskrevende</b>	26 796	26 649	147	
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	2 798	3 958	-1 160	Antall utskrivningsklare pasienter hittil i år er noe lavere enn budsjettert, derfor også noe lavere inntekt.
<b>Gjestepasienter</b>	491 100	531 277	-40 177	Gjestepasientinntektene er noe lavere enn budsjettert.
<b>Salg av konsernterne helsetjenester</b>	2 074 717	2 003 411	71 306	Samlede konsernterne gjestepasientinntekter er noe høyere enn budsjettert. Det positive avviket 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.
<b>Polikliniske inntekter</b>	427 206	447 037	-19 830	De polikliniske inntektene 20 mnok lavere enn budsjettert. Aviket gjelder i hovedsak innenfor lab/røntgen og psykisk helse.
<b>Øremerkede tilskudd raskere tilbake</b>	42 718	51 022	-8 304	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Aviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	868 649	929 714	-61 065	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettert. Må sees i sammenheng med andre dr.innt.
<b>Andre driftsinntekter</b>	755 762	579 321	176 441	Nivå for inntektsføring av andre driftsinntekter er 176 mnok høyere enn budsjettert. 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 konsernterne helsetjenester. Det er også inntektsført midler med 45 mnok, fra DIPS-prosjektet (investering), som refusjon for frikjøp. Dette må sees i sammenheng med tilsvarende høyere lønnskostnader. Ekstra midler til brystrekonstruksjoner (tidligere inntektsført som basisramme) er ompostert til annen driftsinntekt og bidrar til å redusere mindreinntekten.
	<b>17 473 177</b>	<b>17 320 980</b>	<b>152 197</b>	
<b>Kjøp av off helsetjenester</b>	22 397	62 012	-39 615	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 40 mnok lavere enn budsjettert. Dette må sees i sammenheng med merforbruk for kjøp av private helsetjenester.
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	237 326	183 669	53 657	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 54 mnok høyere enn budsjettert. Dette må sees i sammenheng med mindreforbruk for kjøp av off. helsetjenester.
<b>Varekostnader</b>	1 997 303	1 972 343	24 960	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettert.
<b>Innleid arbeidskraft</b>	172 640	76 253	96 387	Innleiekostnadene er ikke redusert så mye som forutsatt i budsjettert. Kostnader til innleie er 44 mnok høyere per november 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.
<b>Kjøp av konsernterne helsetjenester</b>	41 970	42 718	-748	Kjøp av konsernterne helsetjenester er omtrent som budsjettert hittil.
<b>Lønn til fast ansatte</b>	8 059 404	7 885 528	173 876	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 155 mnok. Akkumulert avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettert, 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. Ut fra nye beregninger er pensjonskostnaden for 2013 om lag 25 mill kroner lavere enn forutsatt i budsjettert, hvorav 21 mnok per november.
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	945 064	934 527	10 537	
<b>Pensjon</b>	2 189 723	2 210 839	-21 116	
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-538 776	-495 397	-43 379	
<b>Annen lønn</b>	1 429 209	1 393 666	35 543	
<b>Avskrivninger</b>	714 155	724 167	-10 012	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
<b>Nedskrivninger</b>	10 000	0	10 000	Gjelder nedskrivning av eiendom ved SSE
<b>Andre driftskostnader</b>	2 361 123	2 387 985	-26 862	Det er små mindreforbruk på flere poster, blant annet er IKT-kostnadene (inkludert tilbakebetaling fra Sykehuspartner for uavklarte saker) og konsulentkostnader noe lavere enn budsjettert. Energikostnader relatert til 2012 med om lag 10 mnok, bidrar til reduksjon av mindreforbruket. Totalt er det mindreforbruk på 27 mnok.
	<b>17 641 537</b>	<b>17 378 310</b>	<b>263 227</b>	
<b>Finansinntekter</b>	23 358	24 091	-733	Aviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettert. Bidrag fra datterselskap er om lag 1,8 mnok lavere enn budsjettert per november.
<b>Finanskostnader</b>	83 380	100 529	-17 149	
<b>Netto finans</b>	<b>-60 022</b>	<b>-76 438</b>	<b>16 416</b>	
<b>TOTALT</b>	<b>-228 382</b>	<b>-133 768</b>	<b>-94 614</b>	

Kommentar: Eliminering av kjøp/salg til aksjeselskapene gir i november en resultateffekt på om lag 0,4 mill kroner.

## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

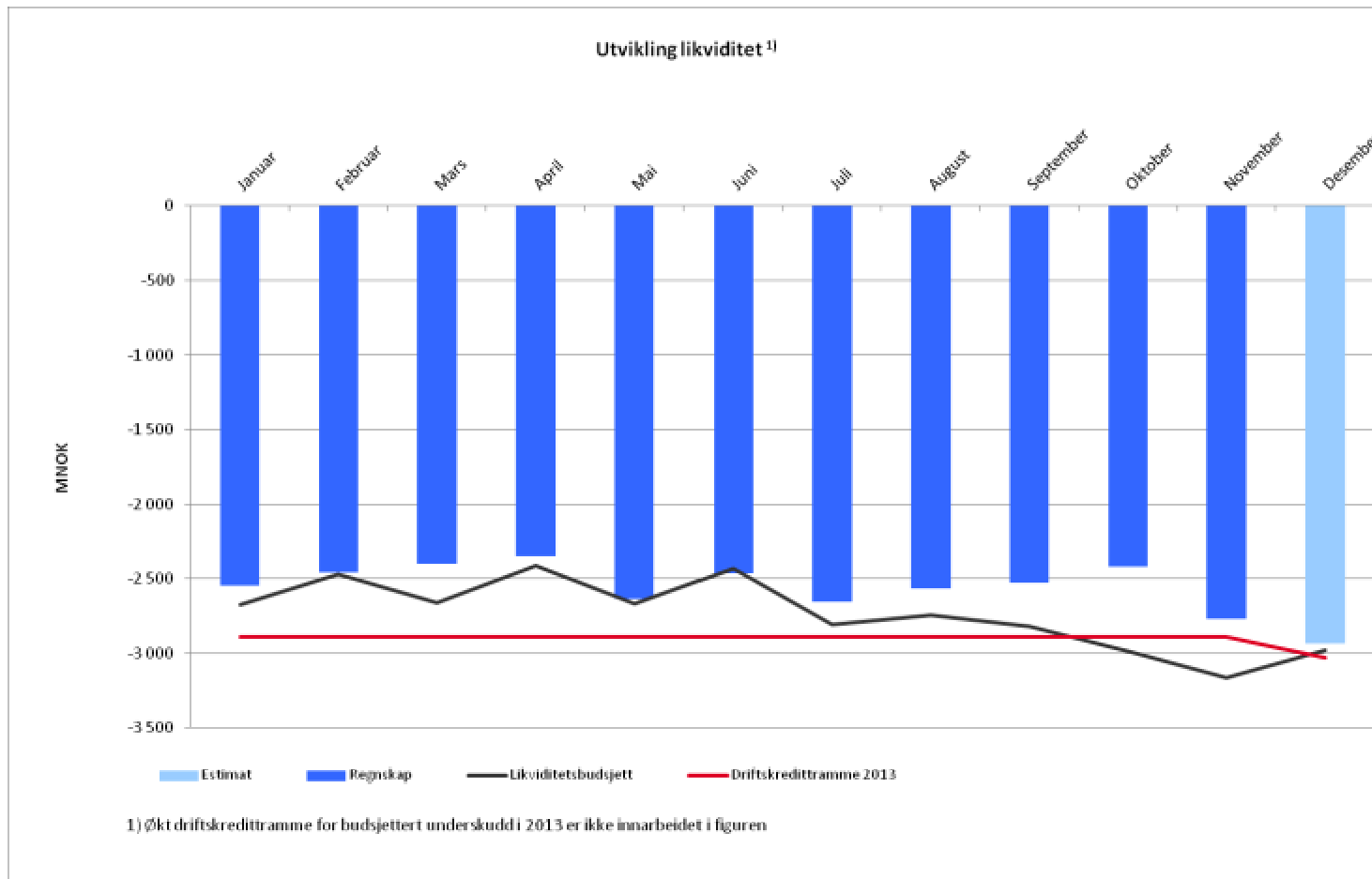
Rapportering November 2013 tall i hele 1000 kr	November				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-8 548	0	-8 548	-5,2 %	16 185	0	16 185	1,0 %
Medisinsk klinikk	-2 158	0	-2 158	-2,1 %	-40 022	0	-40 022	-4,0 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-14 019	0	-14 019	-7,1 %	-150 066	0	-150 066	-8,0 %
Kvinne- og barneklubben	-4 772	0	-4 772	-3,4 %	-48 561	0	-48 561	-3,6 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-6 120	0	-6 120	-2,9 %	-83 075	0	-83 075	-3,9 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1 722	0	1 722	1,8 %	-53 149	0	-53 149	-5,7 %
Akuttklubben	-13 813	0	-13 813	-6,7 %	-93 481	0	-93 481	-4,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	7 325	0	7 325	3,8 %	320	0	320	0,0 %
Oslo sykehuservice	-1 033	0	-1 033	-0,6 %	-16 299	0	-16 299	-0,9 %
Konsern	1 716	2 439	-723	-	7 201	9 018	-1 817	-
Fellesposter	20 236	-2 156	22 391	17,0 %	142 281	-142 786	285 066	8,0 %
Direktørensstab	32 293	0	32 293	39,9 %	90 284	0	90 284	7,8 %
<b>Sum OUS</b>	<b>12 415</b>	<b>283</b>	<b>12 132</b>	<b>0,7 %</b>	<b>-228 794</b>	<b>-133 768</b>	<b>-95 027</b>	<b>-0,5 %</b>



## 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per november

Klinikk	Avvik	Overordnet beskrivelse av avvik (avvik i mnok)
Klinikk for diagn. og intervensjon	0	Klinikken har pr november et resultat i balanse, og et positivt resultat i november på omlag 7 mnok. Inntekter på AMG er høyere enn budsjettet og avdelingen begynner å hente inn aktivitetstapet fra tidligere perioder (overgang til Swisslab). I tillegg er inntektene på ARN og MBK høyere enn forutsatt i budsjett. Negativt avvik på kostnadssiden knyttet til varekost og lønn relaterer seg til den høye aktiviteten. Positive engangseffekter i april skjuler et større underliggende avvik på kostnadssiden (ca 8 mnok).
Oslo sykehusservice	- 16	OSS har et resultat per nov på -16mnok. Dette samsvarer med manglende tiltaksoppgjør, ref månedlig tiltaksrapportering.
Stab	+ 90	Forhold som bidrar til avviket er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, ubesatte stillinger og noe lavere IKT-kostnader. Av samlet avvik på 90 mnok er om lag 50 mnok relatert til IKT-avdelingen. Avviket inkluderer tilbakebetaling fra Sykehuspartner på 26,5 mnok for tidligere uavklarte saker som nå er løst.
Fellesposter mv	+ 283	Avviket relateres til bla ikke-fordelte budsjettmidler, mindrekostnader tariff, lavere rentekostnader, lavere avskrivningskostnader mv. I tillegg inngår tilbakeførte midler knyttet til etablering av øyeblikkelig-hjelp-tilbud i kommunene og økt finansiering av brystprosjektet og lavere pensjonskostnader enn budsjettet.
Samlet avvik	- 95	Akkumulert avvik er redusert med om lag 16 mnok fra oktober, hvorav underliggende drift viser et negativt avvik på om lag 12 mnok.

## 3.5 Likviditet

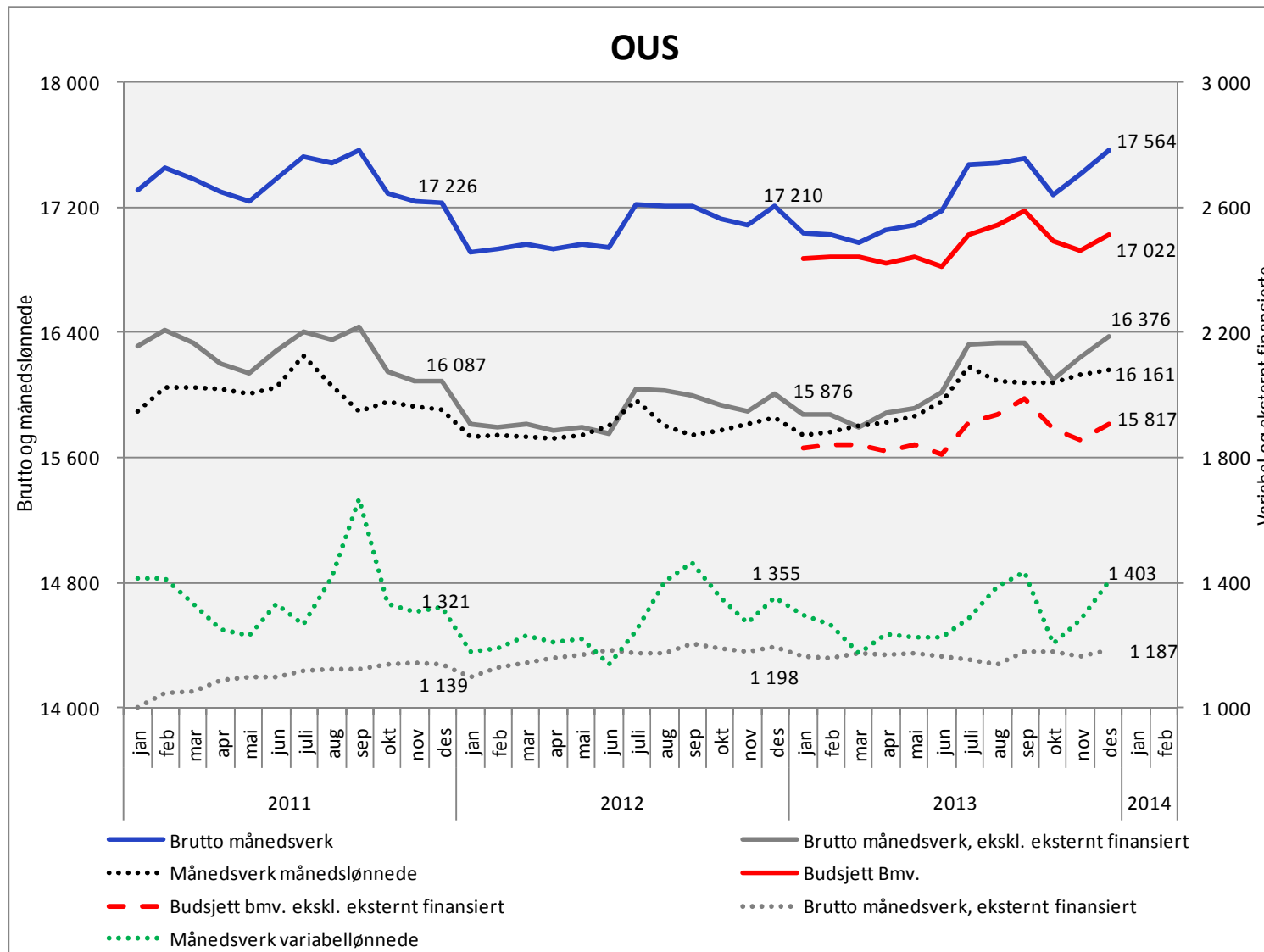


## 3.6 Samlet tiltaksgjennomføring OUS

Klinikk	Prognose for resultat 2013 fra klinikk	Budsjettert økonomisk effekt i 2013 (1000 kr)	Innmeldte tiltak i % av total budsjett rev 2 eksl øremerket	Budsjettert økonomisk effekt hittil (1000 kr)	Realisert økonomisk effekt hittil (1000 kr)	% gjennomføring
PHA	15 000	20 670	1,1 %	17 114	17 114	100 %
MED	-37 000	13 878	1,4 %	8 737	794	9 %
KKN	-160 000	26 800	1,4 %	19 499	6 316	32 %
KVB	-52 000	27 234	1,9 %	22 083	9 555	43 %
KKT	-94 000	43 469	2,1 %	35 282	27 238	77 %
HLK	-70 000	35 483	3,8 %	27 475	9 915	36 %
AKU	-95 000	50 550	2,5 %	40 727	15 291	38 %
KDI	-8 000	27 184	1,4 %	20 097	21 954	109 %
OSS	-18 000	64 428	3,3 %	52 431	38 764	74 %
<b>Total</b>	<b>-477 000</b>	<b>309 697</b>	<b>1,9 %</b>	<b>243 444</b>	<b>146 941</b>	<b>60 %</b>



# 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS											
Brutto månedsverk	17 564	17 022	541	17 258	16 952	306	1,8 %	354	2,0 %	200	1,2 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 376	15 817	559	16 090	15 746	343	2,2 %	364	2,2 %	200	1,2 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 187	1 205	-18	1 168	1 205	-37	-3,1 %	-10	-0,9 %	0	0,0 %
Innleie fra vikarbyrå	229	97	132	182	99	83	83,7 %	-44	-	14	7,9 %
Månedsverk månedslønnede	16 161	15 865	296	15 972	15 826	146	0,9 %	306	1,9 %	186	1,2 %
Månedsverk variabellønnede	1 403	1 157	246	1 285	1 125	160	14,2 %	48	3,4 %	14	1,1 %
Netto månedsverk nasj. ind.	13 010	-	-	12 441	-	-	-	293	2,2 %	232	1,9 %
Sykefraværspersent	7,1	7,4	-0,3	7,4	7,4	-0,0	-0,4 %	-0,5	-3,2 %	-0,2	-2,4 %

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie fra vikarbyrå 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.

	2 102	2 060	42	2 079	2 078	2	0,1 %	-21	-1,0 %	-45	-2,2 %
	1 231	1 184	47	1 206	1 170	36	3,1 %	-1	-0,1 %	1	0,1 %
	2 140	1 983	157	2 092	1 983	109	5,5 %	62	2,9 %	44	2,1 %
	1 630	1 576	54	1 619	1 587	32	2,0 %	34	2,1 %	26	1,6 %
	2 209	2 055	154	2 158	2 015	143	7,1 %	70	3,2 %	46	2,1 %
	818	769	49	798	779	19	2,5 %	29	3,5 %	14	1,8 %
	2 298	2 260	39	2 256	2 225	32	1,4 %	65	2,8 %	28	1,3 %
	1 939	1 896	43	1 907	1 897	11	0,6 %	56	2,9 %	34	1,8 %
	1 774	1 670	104	1 748	1 666	82	4,9 %	57	3,2 %	44	2,5 %

## 4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

(1) Administrasjon/Ledelse	2 764	2 773	2 712	87	3,1 %	37	1,4 %	16,9 %	16,8 %	1,4 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 407	1 432	1 442	13	0,9 %	8	0,6 %	9,0 %	9,0 %	0,6 %
(3) Leger	2 245	2 261	2 236	5	0,2 %	11	0,5 %	13,9 %	14,0 %	0,5 %
(3a) Overleger	1 369	1 370	1 354	12	0,9 %	7	0,5 %	8,4 %	8,5 %	0,5 %
(3b) LIS-leger	842	856	848	-4	-0,4 %	5	0,5 %	5,3 %	5,3 %	0,5 %
(3c) Turnusleger	34	35	34	-4	-10,1 %	-1	-1,9 %	0,2 %	0,2 %	-1,8 %
(4) Psykologer	234	234	231	6	2,4 %	8	3,5 %	1,4 %	1,4 %	3,7 %
(5) Sykepleier	5 572	5 607	5 462	141	2,5 %	74	1,3 %	34,0 %	33,9 %	1,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	563	570	570	-30	-5,2 %	-37	-6,5 %	3,5 %	3,8 %	-6,1 %
(7) Diagnostisk personell	1 303	1 325	1 290	59	4,4 %	24	1,9 %	8,0 %	8,0 %	1,9 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	1	46,3 %	1	31,1 %	0,0 %	0,0 %	45,1 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 397	1 423	1 406	31	2,2 %	37	2,7 %	8,7 %	8,6 %	2,7 %
(10) Ambulansepersonell	470	485	467	21	4,4 %	16	3,4 %	2,9 %	2,8 %	3,6 %
(11) Forskning	237	233	218	14	5,9 %	8	3,9 %	1,4 %	1,3 %	4,0 %
(99) Ukjente	38	21	51	7	33,9 %	10	20,3 %	0,3 %	0,3 %	25,5 %
<b>SUM</b>	<b>16 243</b>	<b>16 376</b>	<b>16 090</b>	<b>365</b>	<b>2,2 %</b>	<b>200</b>	<b>1,2 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1,2 %</b>

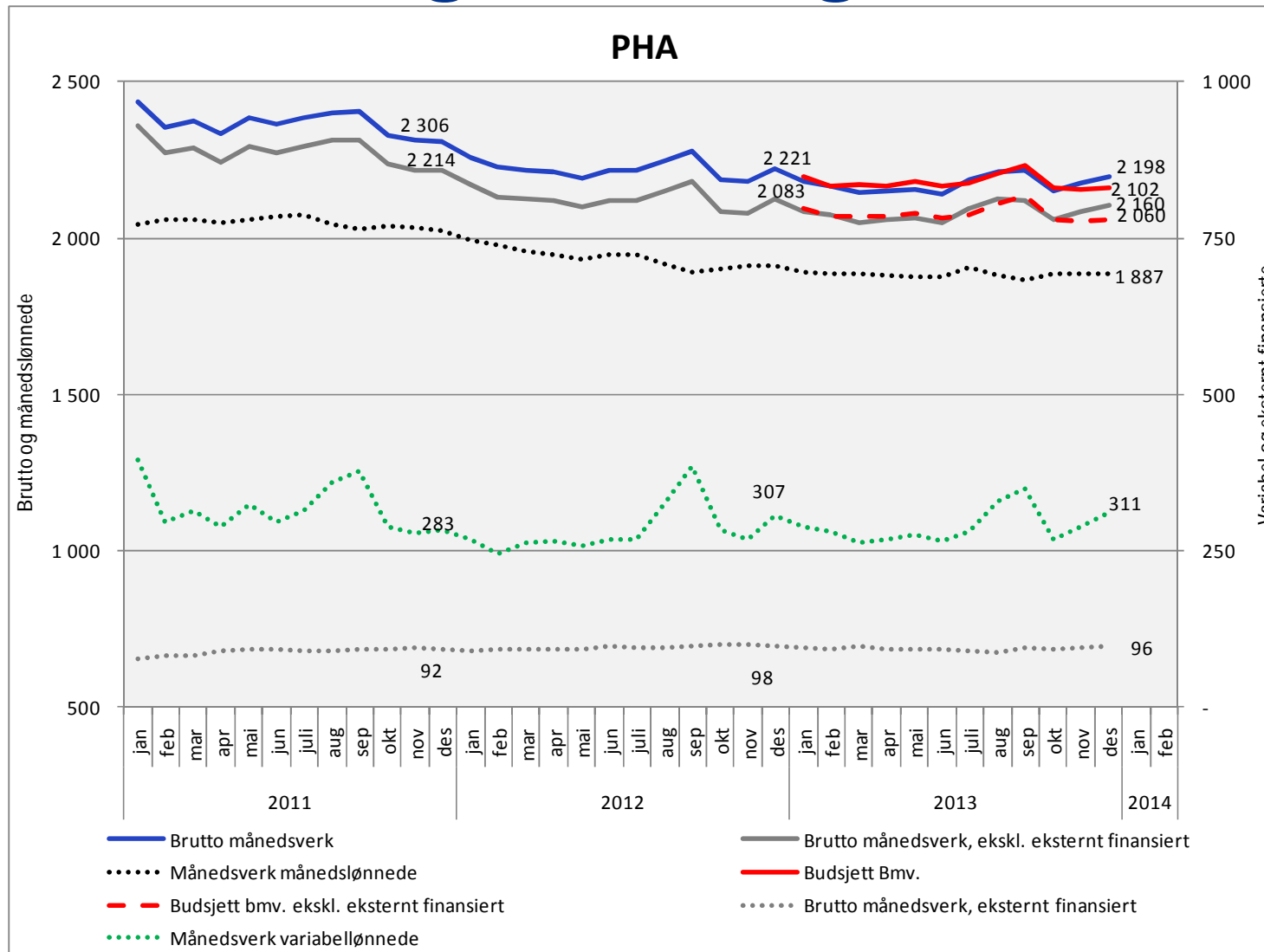
## 4.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt des						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 192	542	17,0 %	93,6 %	16,5 %	94,4 %
MED	1 720	378	22,0 %	95,4 %	23,6 %	96,3 %
KKN	2 568	660	25,7 %	93,2 %	18,5 %	94,4 %
KVB	2 409	779	32,3 %	92,7 %	28,0 %	94,1 %
KKT	3 068	616	20,1 %	97,7 %	14,8 %	98,8 %
HLK	991	165	16,6 %	97,4 %	9,2 %	98,4 %
AKU	3 016	517	17,1 %	99,1 %	10,4 %	99,6 %
KDI	2 398	356	14,8 %	97,6 %	6,3 %	98,6 %
OSS	3 042	280	9,2 %	97,4 %	5,1 %	98,0 %
STAB	312	26	8,3 %	98,9 %	5,3 %	99,4 %
<b>OUS</b>	<b>22 050</b>	<b>4 176</b>	<b>19 %</b>	<b>96,6 %</b>	<b>14,2 %</b>	<b>97,5 %</b>

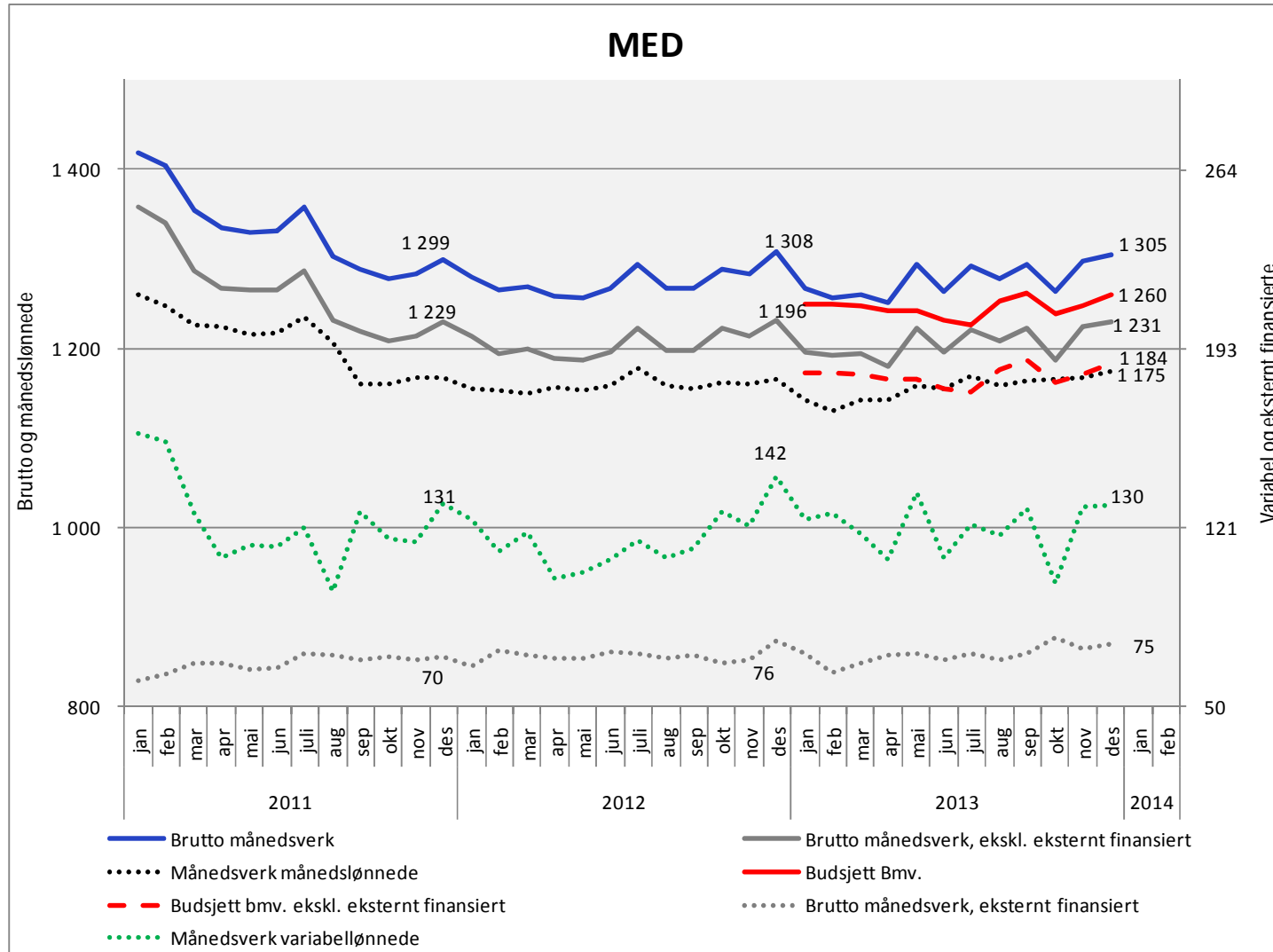
Deltid - fast ansatte - Ekskl. eksternt finansiert des						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 039	505	16,6 %	93,6 %	16,4 %	94,5 %
MED	1 624	360	22,2 %	94,8 %	23,7 %	95,8 %
KKN	2 493	648	26,0 %	93,2 %	18,5 %	94,4 %
KVB	2 246	747	33,3 %	92,1 %	29,2 %	93,5 %
KKT	2 637	562	21,3 %	97,2 %	15,0 %	98,4 %
HLK	957	159	16,6 %	97,4 %	9,2 %	98,4 %
AKU	2 990	512	17,1 %	99,1 %	10,4 %	99,6 %
KDI	2 122	316	14,9 %	97,5 %	6,1 %	98,6 %
OSS	3 005	277	9,2 %	97,4 %	5,1 %	98,0 %
STAB	260	15	5,8 %	99,7 %	3,9 %	100,2 %
<b>OUS</b>	<b>20 641</b>	<b>3 946</b>	<b>19 %</b>	<b>96,3 %</b>	<b>14,4 %</b>	<b>97,3 %</b>



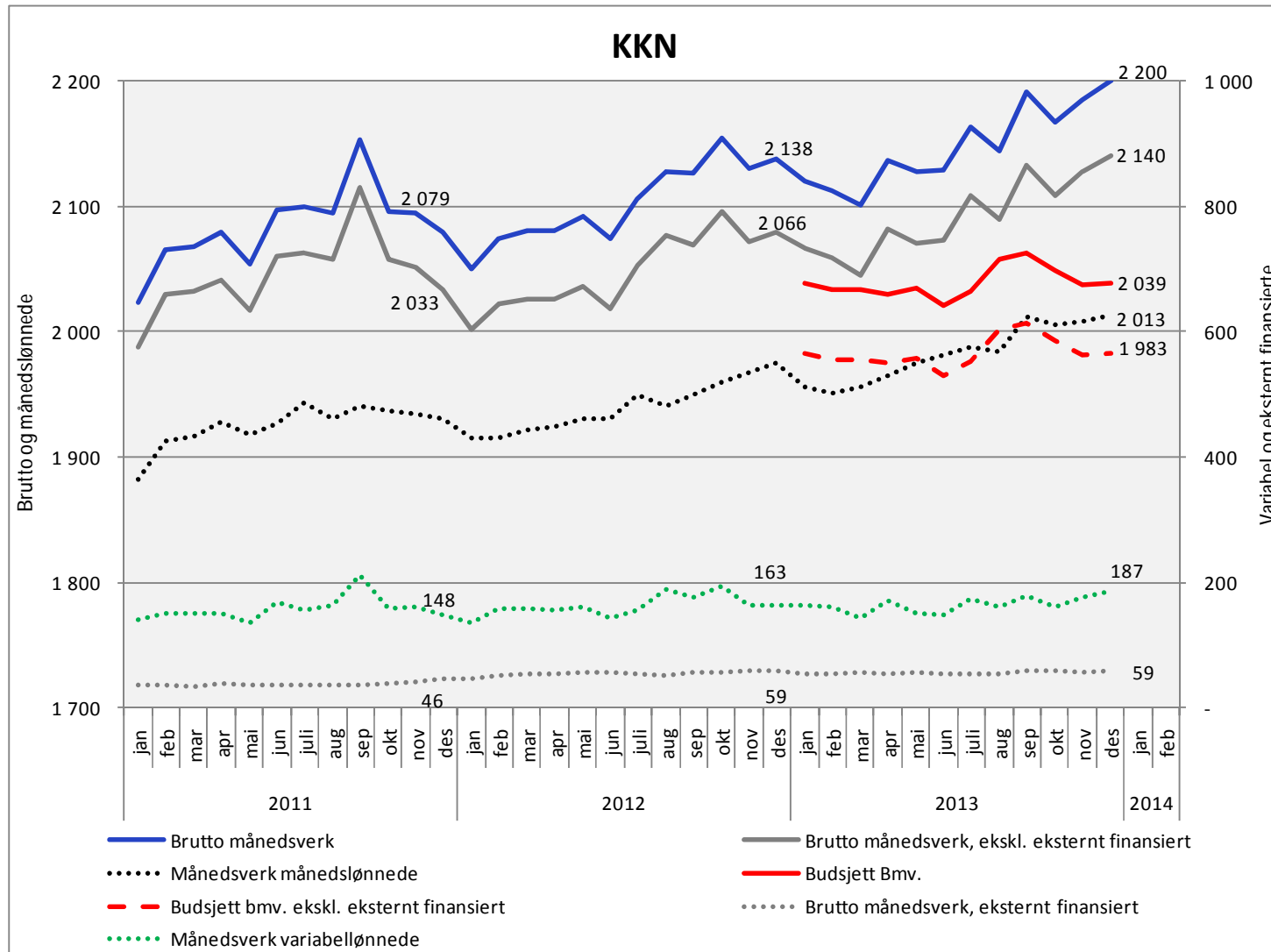
# 4.5 Bemanningsutvikling PHA



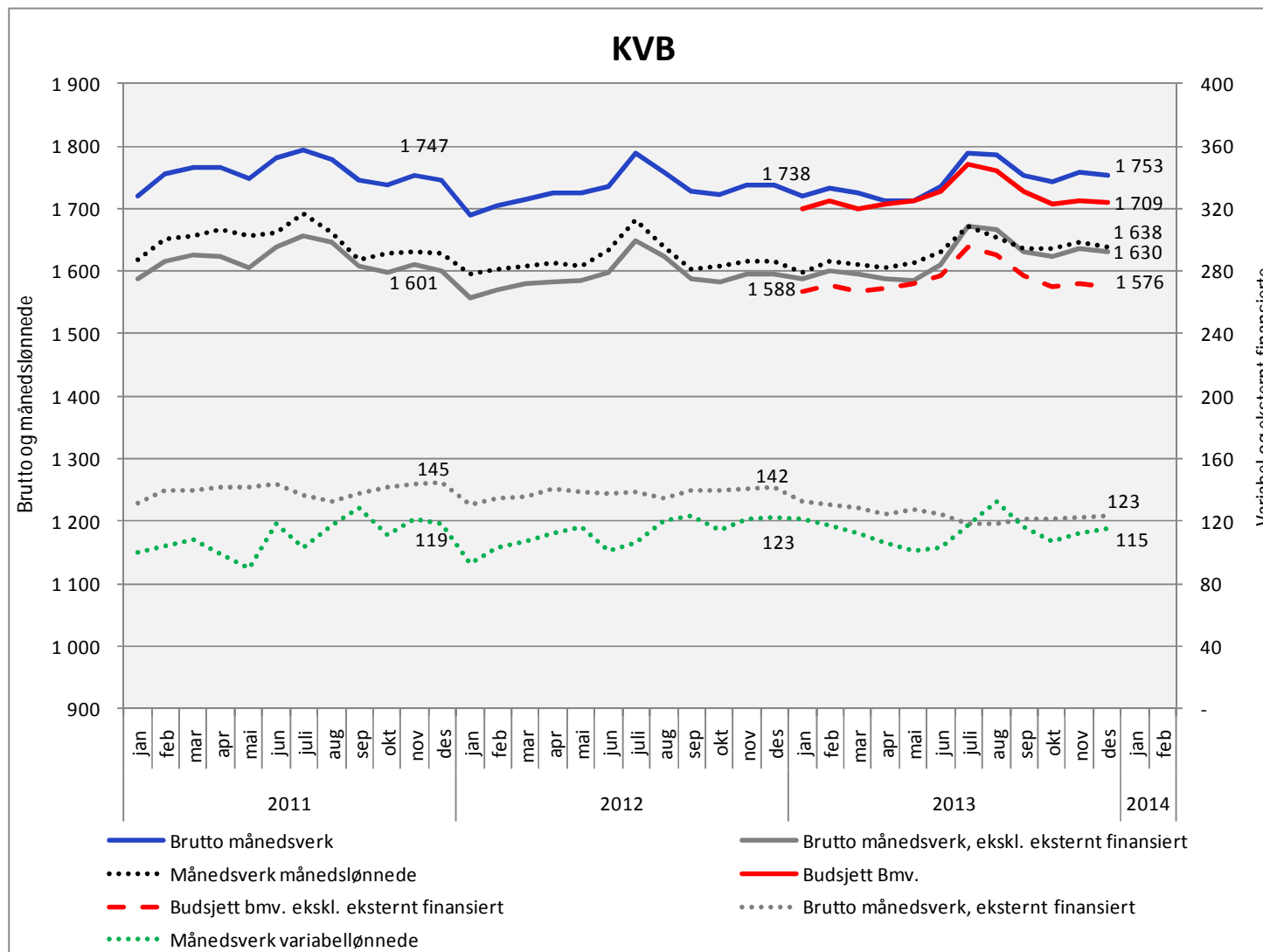
# 4.5 Bemanningsutvikling MED



# 4.5 Bemanningsutvikling KKN

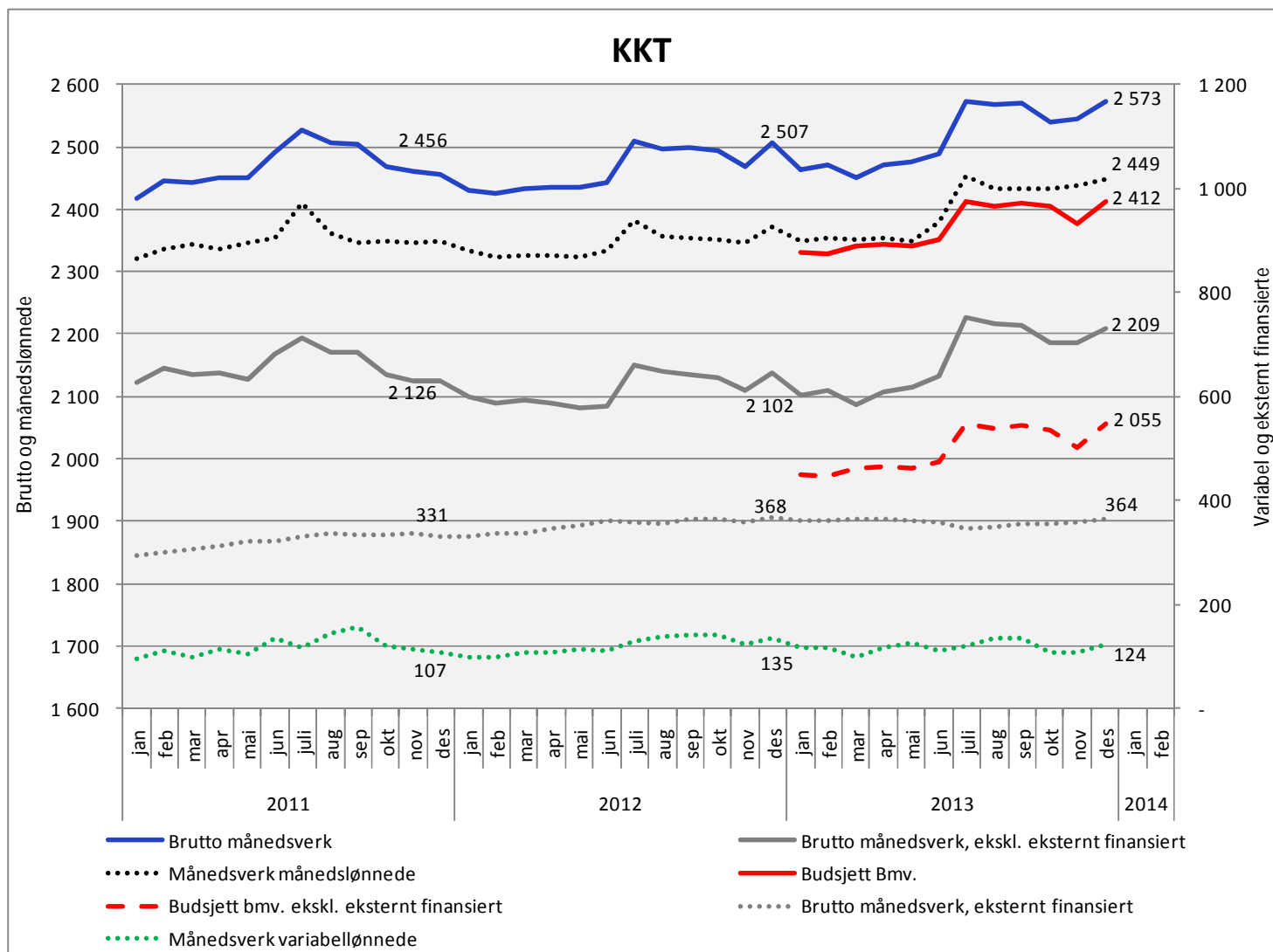


## 4.5 Bemanningsutvikling KVB

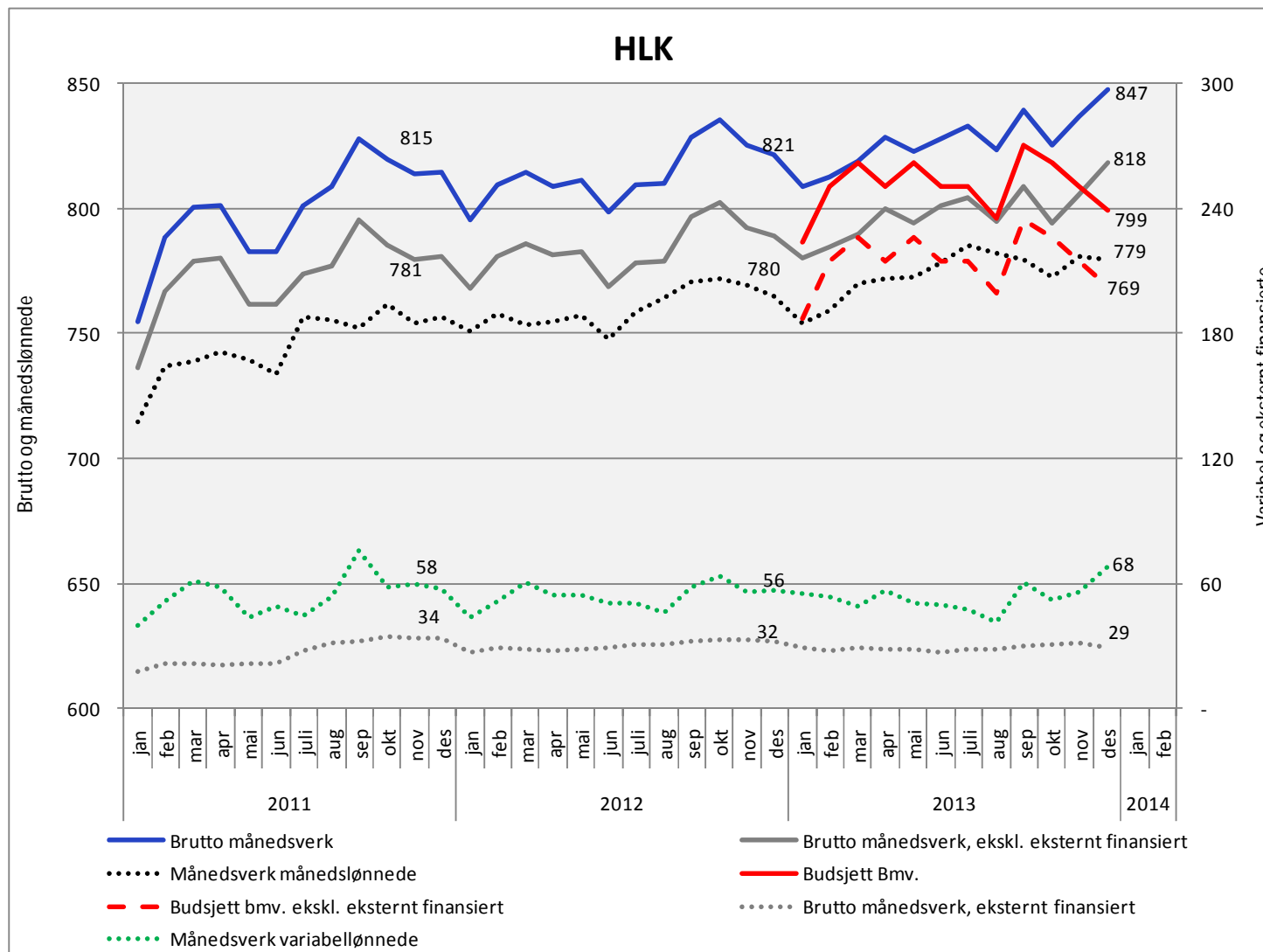




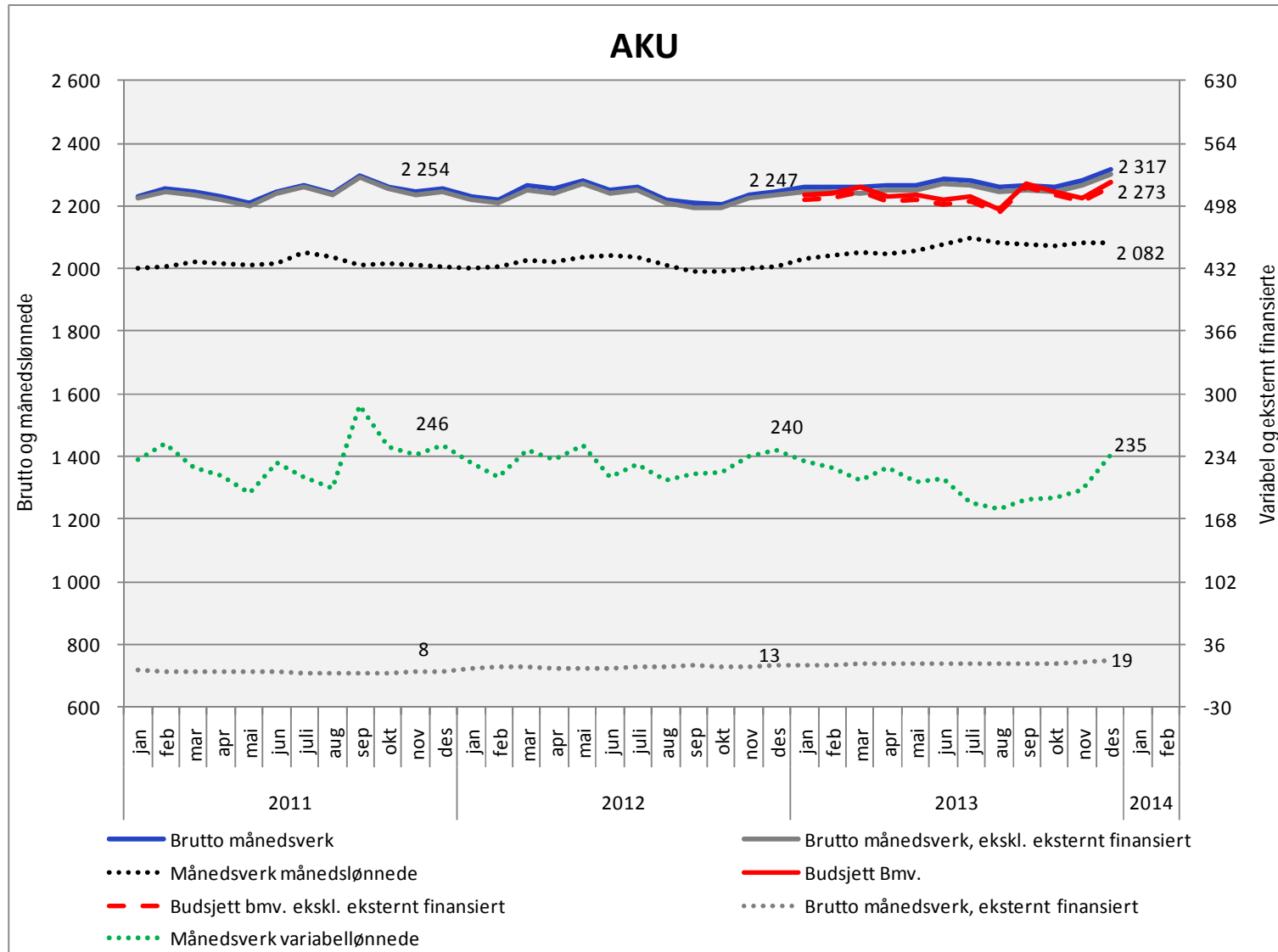
## 4.5 Bemanningsutvikling KKT



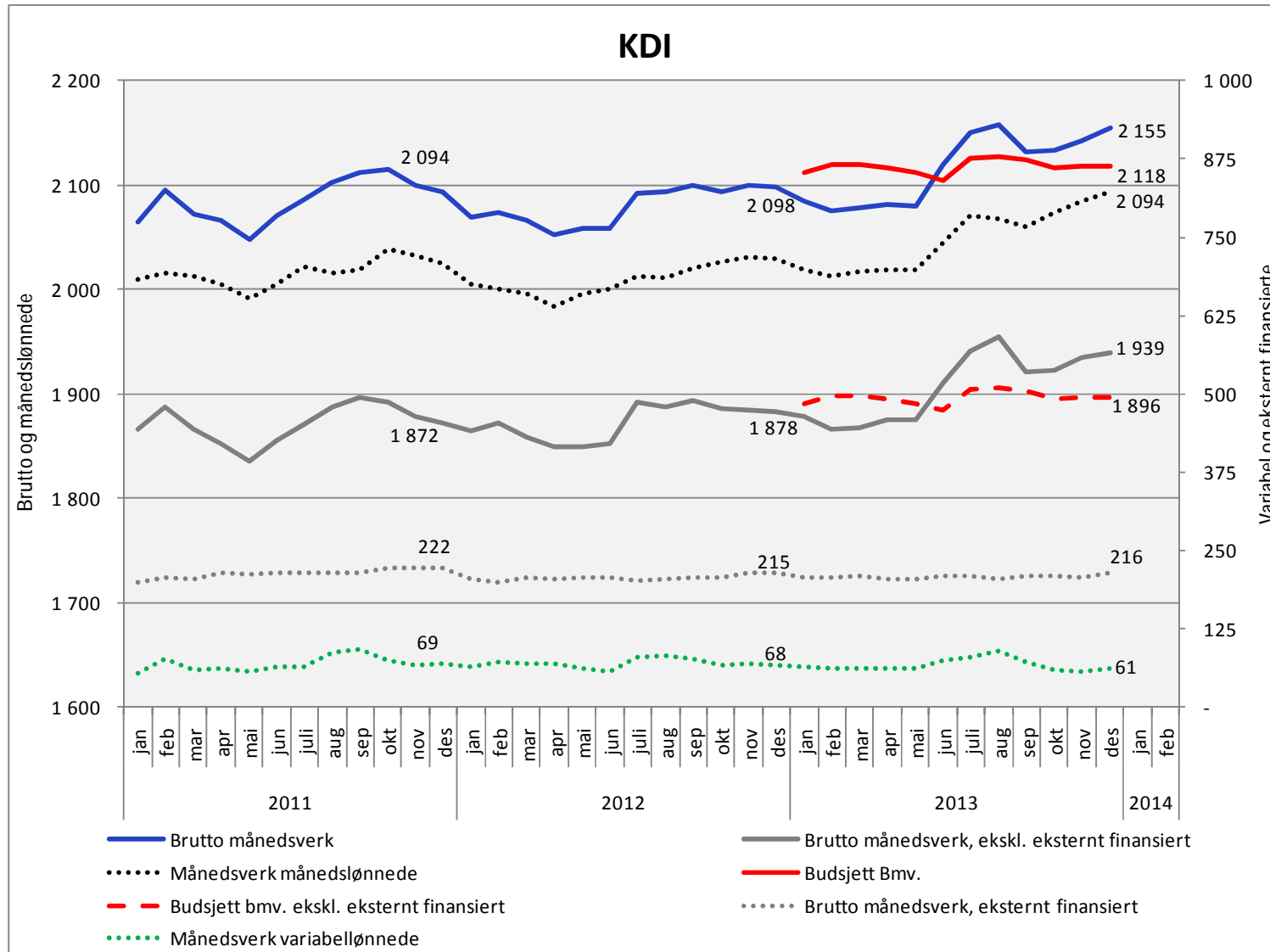
# 4.5 Bemanningsutvikling HLK



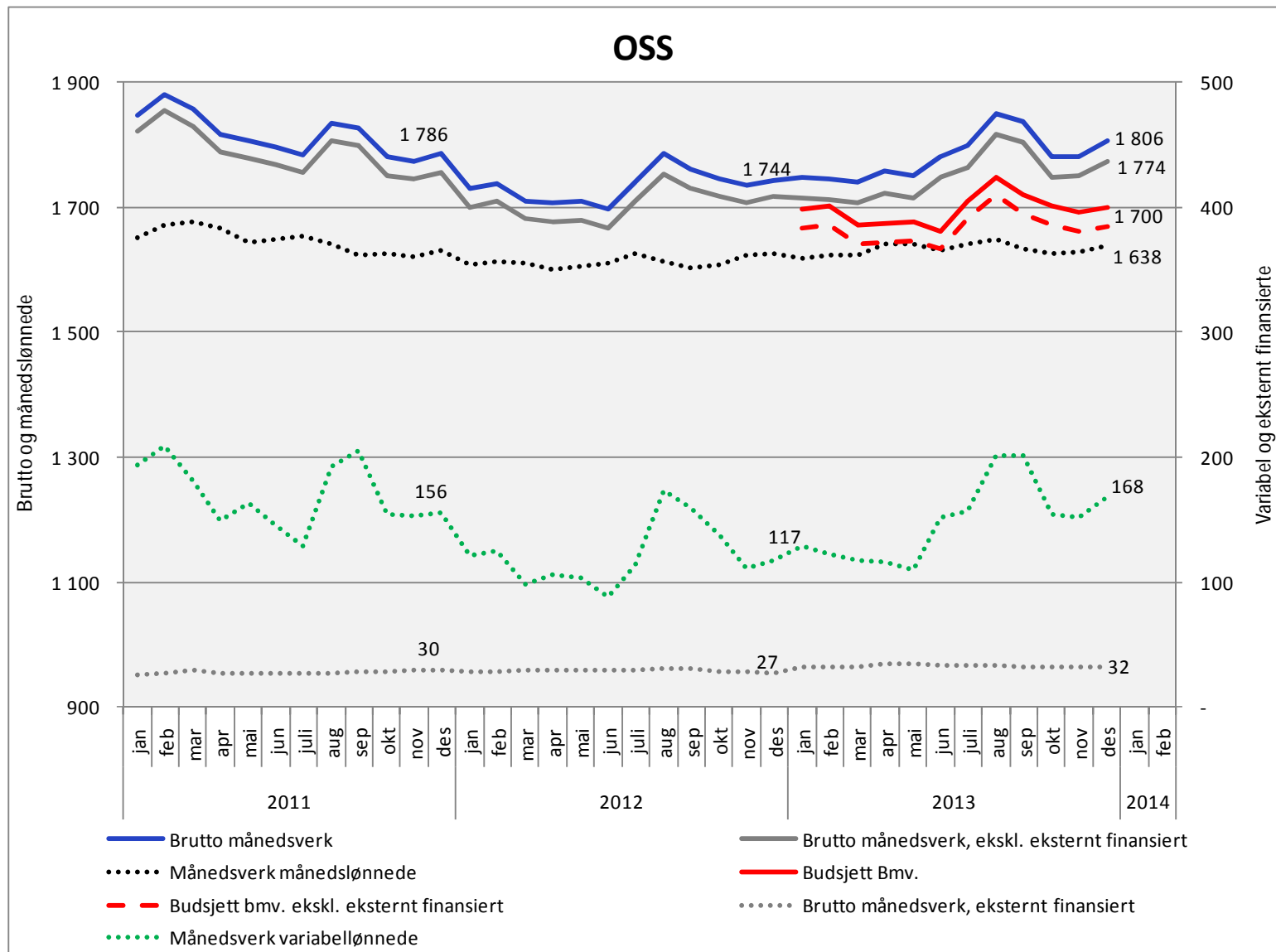
## 4.5 Bemanningsutvikling Akutt



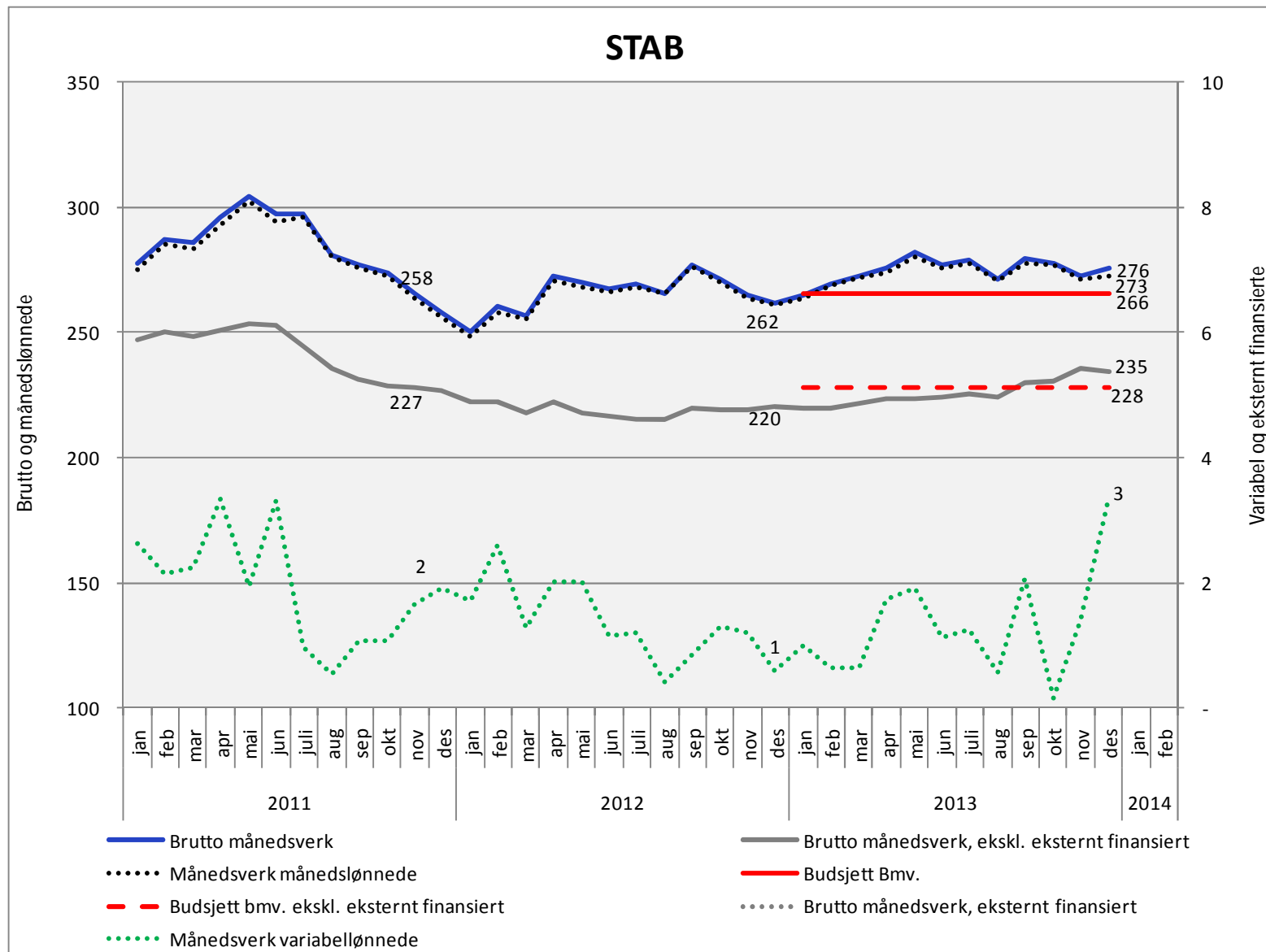
# 4.5 Bemanningsutvikling KDI



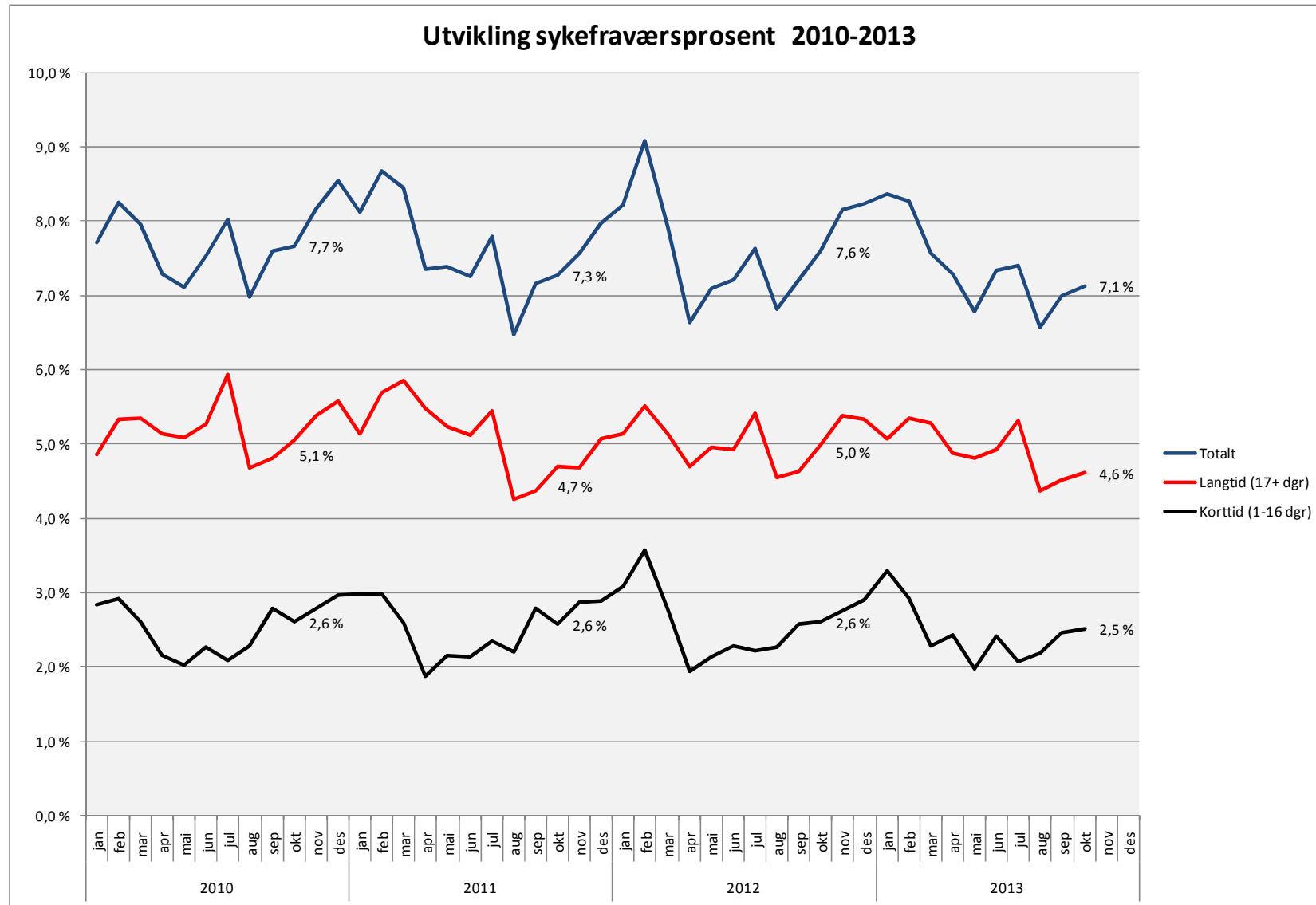
# 4.5 Bemanningsutvikling OSS



# 4.5 Bemanningsutvikling STAB



## 4.6 Sykefravær



## 4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per oktober 2013							
Denne periode	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	1,5 %	1,4 %	2,9 %	1,9 %	3,1 %	5,0 %	7,9 %
MED	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	2,6 %	4,0 %	6,5 %
KKN	1,4 %	1,1 %	2,5 %	1,5 %	3,0 %	4,5 %	7,0 %
KVB	1,1 %	1,1 %	2,2 %	1,4 %	3,1 %	4,5 %	6,7 %
KKT	1,4 %	1,0 %	2,4 %	1,7 %	3,0 %	4,7 %	7,1 %
HLK	1,1 %	0,8 %	2,0 %	1,7 %	2,2 %	3,9 %	5,9 %
AKU	1,3 %	1,1 %	2,3 %	1,7 %	3,2 %	4,9 %	7,3 %
KDI	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,4 %	2,2 %	3,6 %	5,7 %
KRG	1,4 %	1,9 %	3,3 %	1,1 %	1,0 %	2,1 %	5,4 %
OSS	1,6 %	2,0 %	3,6 %	1,8 %	4,6 %	6,3 %	9,9 %
STAB	0,4 %	0,7 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	1,7 %	2,7 %
<b>OUS</b>	<b>1,3 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>1,6 %</b>	<b>3,0 %</b>	<b>4,6 %</b>	<b>7,1 %</b>

Sykefraværslengde per oktober 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 %	2,6 %	1,5 %	3,4 %	4,9 %	7,4 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,2 %	2,9 %	4,1 %	6,5 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,3 %	3,1 %	4,4 %	6,8 %
KVB	1,0 %	1,2 %	2,2 %	1,5 %	3,7 %	5,2 %	7,4 %
KKT	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,3 %	3,2 %	4,4 %	6,5 %
HLK	1,0 %	1,0 %	2,0 %	1,4 %	2,9 %	4,3 %	6,3 %
AKU	1,3 %	1,3 %	2,5 %	1,4 %	4,2 %	5,6 %	8,1 %
KDI	1,3 %	1,1 %	2,3 %	1,4 %	2,5 %	3,9 %	6,2 %
KRG	1,1 %	1,0 %	2,1 %	0,5 %	1,1 %	1,6 %	3,7 %
OSS	1,6 %	2,1 %	3,7 %	2,0 %	5,3 %	7,3 %	11,1 %
STAB	0,4 %	0,8 %	1,2 %	0,8 %	1,9 %	2,8 %	3,9 %
<b>OUS</b>	<b>1,2 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>3,5 %</b>	<b>4,9 %</b>	<b>7,4 %</b>





# Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsverk</b>	<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. <b>Ikke</b> 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>	
<b>Månedslønnede månedsverk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltids og hva som gjøres gjennom variabelønnsinnsats (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>	
<b>Variabel lønn månedsverk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltids og hva som gjøres gjennom variabelønnsinnsats (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>	
<b>Netto månedsverk nasj. ind.</b>	<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.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
<b>Innleie månedsverk</b>	<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)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<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: 19. desember 2013

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Budsjettdokument
  2. Områdeplan IKT
  3. Drøftingsprotokoll
- 

### SAK 71/2013: BESLUTNINGSSAK: BUDSJETT 2014

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret legger til grunn et årsresultat på null kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2014.*
2. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2013 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 71/2013. 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.*
3. *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.*
4. *Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Oslo den 12. desember 2013

Bjørn Erikstein

## 1. INNLEDNING

Denne styresaken gir grunnlag for en beslutning om budsjett for 2014. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger og aktivitetskrav fra Helse Sør-Øst RHF er reflektert i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som gjøres gjeldende for styring av virksomheten i 2013 (tabellene 1-3 bakerst i saken) og som foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettdokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av budsjettet. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett for 2013, estimat for 2013 og tallgrunnlaget fra økonomisk langtidsplan 2014-2017 som ble behandlet av styret i april i år.

Vedlegg 2 inneholder områdeplan for IKT for Oslo universitetssykehus HF. Planen gir et helhetlig bilde av den aktiviteten som er prioritert for perioden, med spesielt fokus på 2014.

Vedlegg 3 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte onsdag 11. desember.

## 2. 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.*

Den 26. september ble styret forelagt en orienteringssak om status for behandling av budsjett 2014 og behandling av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF. Det ble det fattet følgende enstemmige vedtak i saken:

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

Den 31. oktober ble styret forelagt en ny orienteringssak om status for behandling av budsjett 2014. Saken inneholdt blant annet informasjon om statsbudsjettet, IKT- budsjettet, pensjonsbudsjettet, investeringsbudsjettet og arbeidet med resultatforbedringer. Det 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 kjøp av ambulanser for 23 millioner kroner av investeringsrammen for 2014.*

### **3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Administrerende direktør konstaterer at de økonomiske rammene for Oslo universitetssykehus HF er styrket både for 2014 og for årene etter. Styret behandlet første gang budsjett for 2014 ved behandling av økonomisk langtidsplan 2014-2017 (styresak 26/2013). Forutsetningene som ble gitt fra Helse Sør-Øst RHF i mars 2013 innebar økte basisinntekter i budsjettet for 2014 på om lag 300 mill kroner. Styrkingen av budsjettet til Oslo universitetssykehus HF var et resultat av oppdateringer og korreksjoner i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF har mottatt endelige inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF i oktober som sammenfaller med det som ble forespeilet i mars 2013. Fra behandling av økonomisk langtidsplan i april er kostnadsbudsjettet for 2014 betydelig redusert innen pensjons- og (netto) rentekostnader.

Ved behandling av økonomisk langtidsplan ble det meldt inn et omfattende investeringsbehov for 2014. Administrerende direktør er fornøyd med at dialogen med Helse Sør Øst RHF har bidratt til en omforent forståelse om de utfordringene foretaket har på dette området og registrerer at Helse Sør-Øst RHF har tildelt ekstraordinær finansiering av vedlikeholdsinvesteringer med 350 mill kroner og medisinsk teknisk utstyr med 100 mill kroner.

Administrerende direktør mener at det med disse endringene i de økonomiske forutsetningene for drift og investeringer i 2014 ligger til rette for at Oslo universitetssykehus HF som følge av planlagte prosjekter, kan drives med lavere risiko både for pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet. Nye driftsøkonomiske forutsetninger gir også mulighet for en styrket langsiktig økonomisk bærekraft.

Det er samtidig en betydelig resultatrisiko for 2014 budsjettet knyttet til å nå et nullresultat i 2014. Nullresultat krever gjennomføring av resultatforbedrende tiltak på om lag 2 pst av påvirkbare kostnader. For å oppnå forventet resultatforbedring er det derfor nødvendig med konkrete handlingsplaner for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom samarbeid på tvers av klinikkene. Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging av både planlegging og gjennomføring av drift for 2014 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet.

Det er budsjettert med betydelige merkostnader i driftsbudsjettet ved innføring av DIPS i oktober 2014. Denne systeminnføringen, som vil direkte berøre om lag to tredeler av alle ansatte ved sykehuset, representerer likevel en betydelig risiko for det økonomiske resultatet i 2014 både i form av risiko for reduserte inntekter og i form av risiko for økte kostnader utover det som er planlagt.

Oslo universitetssykehus HF står fortsatt overfor store utfordringer som følge av nødvendige oppgraderinger av gammel bygningsmasse, fortsatt satsning på

fornyelse av MTU og IKT og omstillinger av driften både i det kommende året og i årene framover. Hovedtrekkene i det flerårige utfordringsbildet som ble tegnet i økonomisk langtidsplan står derfor fortsatt ved lag: Foretaket må effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til den fortsatte satsningen på investeringer i bygninger, MTU og IKT. Investeringene i bygninger, MTU og IKT vil reelt sett være finansiert av lån (eller reduserte fordringer) og vil medføre økte avskrivninger i årene framover.

Administrerende direktør understreker derfor viktigheten av at det flerårige arbeidet med forbedringer i driften må fortsette. Administrerende direktør tar sikte på å starte arbeidet med budsjett 2015 tidlig inn i neste år og prioritere arbeid med tiltak som bidrar til varig driftsforbedring. Samtidig må det arbeides for å øke inntektene til Oslo universitetssykehus HF ytterligere på varig basis.

#### 4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2014

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2014-2017 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lang sikt og dermed sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i årene fremover for Oslo universitetssykehus HF. For å realisere dette var det lagt til grunn en utvikling i økonomisk resultat som vist i tabellen under. Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten både på kort og lang sikt.

År	Budsjettert resultat
2011	- 400 mill kroner (økt lån)
2012	- 400 mill kroner (økt lån)
2013	- 200 mill kroner (økt lån)
2014	Nullresultat
2015	+ 150 mill kroner (Redusert lån/investeringer)
2016	+ 300 mill kroner (Redusert lån/investeringer)
2017	+ 350 mill kroner (Redusert lån/investeringer)

I samsvar med økonomisk langtidsplan er det nå budsjettert med et nullresultat for 2014.

##### 4.1. Overordnet om oppdrag og bestilling

Oslo universitetssykehus HF er i prosess med Helse Sør-Øst RHF om Oppdrag og bestilling 2014 som planlegges vedtatt på foretaksmøte i februar 2014. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2014 samt tildelte midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil i desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2014. Administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF har i dialogen om økonomisk langtidsplan og videre dialog om budsjett 2014 forutsatt at Oslo universitetssykehus HF planlegger ett nullresultat for budsjett 2014.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2014 gjennomføre forventede oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og undervisning med høy kvalitet og innenfor styringsmålet satt av styret ved behandling av ØLP våren 2014. Den langsiktige strategien innebærer at helseforetakene generelt i økende grad skal ta ansvar for finansiering av egne investeringer. Dette innebærer krav om å levere positive økonomiske resultater. Dette vil ha vesentlig betydning for foretakets mulighet til å gjennomføre egne arealplaner for langsiktig utvikling av eiendomsmassen.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har ved planlegging av det økonomiske opplegget for 2014 tatt utgangspunkt i Plan for strategisk utvikling 2013-2020 i Helse Sør-Øst med den flerårige satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet samt digital fornying. I sak nr 087-2013 Budsjett 2014 ble følgende mål besluttet:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

#### **4.2. Aktivitet**

Statsbudsjettet for 2014 legger til rette for en økning i somatisk aktivitet (ISF-finansiert) på 0,9 pst fra aktivitetsnivået i 2013. Helse Sør-Øst RHF har satt et aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF på 1,4 pst fra budsjett 2013 til budsjett 2014 og i samsvar med økonomisk langtidsplan.

Det er fremdeles betydelige ventelister i Oslo universitetssykehus HF innenfor avdelinger med stor kirurgisk aktivitet, og kapasitetsutfordringer innen blant annet radiologi, patologi og anestesi ser ut til å ha innvirket negativt på gjennomføring av den operative virksomheten i inneværende år. I budsjettet for 2014 er støtteklinikkenes budsjetter styrket for å øke tilgjengeligheten til særskilt radiologiske undersøkelser, korte ned svartid for patologiske undersøkelser og lette tilgangen til anestesiresurser. I tillegg vil det i løpet av 2014 settes i drift nye operasjonssaler. Dette skal legge til rette for en høyere vekst i aktivitet innen somatikken enn det som har vært planlagt tidligere år.

For psykisk helsevern for voksne legges det til grunn om lag uendret aktivitet i 2014. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge legges det opp til vekst i poliklinisk aktivitet fra 2013 til 2014. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det budsjettet med høyere registrert (inntektsgivende) poliklinisk aktivitet, men hoveddelen av dette skyldes at aktivitet som i dag ikke er godkjent som inntektsgivende forventes å bli det i 2014.

### 4.3. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har et kontinuerlig fokus på å redusere ventelistene og å unngå fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2014 og de tiltak som er beskrevet (jfr. vedlegg 1 kapittel 4) er det forventet at ventetidene fortsatt skal reduseres, og at et stort antall langtidsventende skal få tilbud. Samtidig skal det arbeides mot målet om at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Oppfølgingen av avdelingene baserer seg på fastlagte indikatorer og rapporter slik at utviklingen følges nøye.

Det er nedlagt et betydelig arbeid for at organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler samt bruk av pasientadministrative systemer, og det er vektlagt at prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Det arbeides for at ventelistene fortløpende skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet, og det er videre fokus på å bedre langtidsplanlegging med etablering av timebøker minst 12 mnd frem i tid.

Sykehuset har også fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

### 4.4. Driftsbudsjett

Sammenlignet med innholdet i Økonomisk langtidsplan 2014-2017 foreligger det ny informasjon om inntektsnivået i 2014 som er innarbeidet i budsjettet: Dette omfatter blant annet:

- Innføring av renter på basisfordring (mellomværende Oslo universitetssykehus HF – Helse Sør-Øst RHF) som øker finansinntektene med om lag 75 mill kroner
- Midler til økt aktivitet mv
- Effekt av DRG-veker og grupperingslogikk for 2014

Under behandling av økonomisk langtidsplan mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2014. Denne tildelingen viste økte inntekter på i overkant av 300 mill kroner. I tillegg tilkommer økte inntekter for å levere et høyere aktivitetsnivå på over 200 mill kroner.

Ut over dette er det større endringer i enkelte av utgiftstypene fra det som var lagt til grunn ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan. Dette omfatter blant annet:

- Lavere pensjonskostnader med om lag 150 mill kroner
- Høyere avskrivningskostnader med om lag 50 mill kroner
- Betydelig økte IKT-kostnader til Sykehuspartner (som følge av feilbudsjettering i Sykehuspartner)
- Høyere interne driftskostnader knyttet til innføring av DIPS og andre større systemendringer i 2014 (fødesystemet Partus, laboratoriesystemet LIMS og radiologisystem - RIS/ PACS)

Ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan var det videre lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF vil kunne oppnå et økonomisk resultat i 2013 tilsvarende det budsjetterte underskuddet på 200 mill kroner. Foretaket har gjennom 2013 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2013, og årsestimatet viser nå et negativt avvik på 100 mill kroner.

Økte kostnader som beskrevet ovenfor gjør at det ikke er realistisk å budsjettere med et overskudd for 2014 selv om det er tilført mer inntekter enn forutsatt ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan.

Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2014 er det i foreliggende forslag til budsjett et estimert krav til resultatforbedring innen hele virksomheten på om lag 2 pst (300 mill kroner av direkte påvirkbare kostnader på om lag 15 mrd). Klinikkene har drøftet tiltak som langt på vei imøtekommer dette kravet til resultatforbedring.

Administrerende direktør har bedt klinikkene om å konsentrere innsatsen rundt 4 nye områder som i 2014 vil bli fulgt videre opp i dialogen mellom administrerende direktør og klinikkledelsen i månedlig rapportering og tertialoppfølging. Disse er:

- Øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalsen i støtteklinikken fjernes / reduseres
- Øke operativ kapasitet
  - Bruk av andre enn spesialsykepleiere operasjon som nr. 2 på visse operasjonsstuer
  - Vurdere om antall sykepleieteam innen operasjon på kveld/natt/helg kan reduseres noe ved mer bruk av felles ”øyeblikkelig hjelp-team”
- Øke MR kapasitet
- Sengepostsamarbeid i helger

#### 4.5. Investeringsbudsjett

Det har vært en omfattende dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om investeringer for 2014. Det legges nå til grunn et samlet investeringsnivå på 1 800-1 900 mill kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2014 (inklusive regionalt finansierte IKT-investeringer); Omstillingsinvesteringer for 470 mill kroner, investeringer i videreføring av ordinær drift for 785 mill kroner (inklusive ekstraordinær finansiering av vedlikeholdsinvesteringer på bygg med 350 mill kroner og MTU-investeringer med 100 mill kroner) samt 550-600 mill kroner i regionale midler til IKT-investeringer som kommer Oslo universitetssykehus HF til gode. Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i IKT blir formelt besluttet i Helse Sør-Øst RHF og legges derfor ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Det har tidligere år vært et betydelig overheng fra vedtatt investeringsbudsjett til utbetaling påfølgende år. I likviditetsbudsjettet for 2014 inngår overheng fra 2013



investeringsbudsjettet med om lag 50 mill kroner. Det planlegges ikke med overheng fra 2014 budsjettet.

I forbindelse med ekstraordinær finansiering av investeringer har Helse Sør-Øst RHF uttalt (HSØ RHF's styresak 87-2013 Fordeling av midler til drift og investering):

*”Nødvendige vedlikehold og funksjonell/teknisk oppgradering av eksisterende bygningsmasse, samt investeringer i MTU, er det enkelte helseforetak sitt ansvar, jmfør sak 093-2009. Det er videre satt krav om at helseforetaket innarbeider nødvendige midler til vedlikehold av bygningsmassen, jfr. sak 070-2011 og 062-2013 og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Det er også stilt krav om erstatningsplaner innen MTU.*

*Grunnet krevende omstillingsutfordringer kan dette i 2014 ikke ivaretas av helseforetakene i hovedstadsområdet uten lån fra det regionale helseforetaket. Det foreslås at det reserveres inntil 350 millioner kroner til Oslo universitetssykehus HF som lån til eiendomsinvesteringer for å lukke avvik knyttet til arbeidsmiljø- og branntilsyn og tilsyn fra Direktoratet for beredskap og sikkerhet.*

*Det foreslås videre at Oslo universitetssykehus HF bevilges 100 millioner kroner for å dekke investeringsbehov innen MTU.*

### **Områdeplan IKT**

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2014 – 2018 viser hvilke konkrete resultater sykehuset skal oppnå i perioden innenfor IKT-området. Resultatene skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs IKT-strategi samtidig som Oslo universitetssykehus HF's behov blir ivaretatt. Planen gir et helhetlig bilde av den aktiviteten som er prioritert for perioden, med spesielt fokus på 2014, for følgende områder:

- Prosjektaktivitet
- Daglig drift og systemforvaltning
- Innovasjon innenfor IKT-området

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus HF. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HF's planer og behov for perioden.

Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at de lokale områdeplanene for IKT skal bygge på den vedtatte regionale ”IKT strategi og Gjennomføringsplan”, slik at planverkene henger sammen. I den regional IKT strategien legges det vekt på å standardisere på regionale og over tid, nasjonale løsninger.

For å forankre prioriteringene i planen er klinikker og staber bedt om å fremme prioriterte behov og gi innspill til planen. Områdeplan IKT for OUS 2014 – 2017 er deretter behandlet i styringsstrukturen for IKT. Det er her gjort en prioritering

av nye lokale investeringsmidler som summeres opp til 25 mill kroner. Det totale prosjektrykket er imidlertid betydelig høyere ettersom flere prosjekter er finansiert med regionalt tilført likviditet (se vedlegg 1 budsjettdokument tabell 7).

#### **4.6. Likviditet og finansiering**

Kontantstrømsbudsjettet for 2014 (se vedlegg 1 budsjettdokument tabell 8) viser en negativ endring i likviditet gjennom 2014 på om lag 416 mill kroner. Hoveddelen av dette skyldes at pensjonspremie er om lag 355 mill kroner høyere enn den budsjetterte pensjonskostnaden. På kort sikt vil det være forskjeller mellom pensjonspremien og pensjonskostnaden. Dette skyldes blant annet at pensjonspremien baseres på andre parametre enn pensjonskostnaden. Den negative likviditetseffekten på 355 millioner kroner håndteres ved at Oslo universitetssykehus får utvidet driftskreditten fra Helse Sør-Øst RHF. Endelig likviditetseffekt blir ikke avklart før endelig pensjonskostnad foreligger med nye parametre i begynnelsen av 2014.

Finansiering av investeringer er budsjettert slik at dette ikke påvirker den samlede likviditeten, gjennom at pådrag knyttet til omstillingsinvesteringer og investeringer med ekstraordinær finansiering løpende faktureres Helse Sør-Øst RHF (lånefinansiering eller avdrag på fordring). Investeringer i ordinær drift finansieres gjennom likviditetsstrøm fra drift (forskjellen mellom budsjetterte avskrivninger, inntektsføring av investeringstilskudd og endring i basisfordring til Helse Sør-Øst RHF), forutsatt et resultat som budsjettert.

#### **4.7. Fullmakter**

Utover fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer i samsvar med vedtatt budsjett foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

*Fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF.*

Det ligger an til at Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere deler av omstillingsinvesteringene i 2014. Investeringer til omstilling utgjør 470 millioner kroner. Finansieringskildene til disse investeringene er tredelt: Låneopptak fra Helse Sør-Øst RHF med foreløpig ramme på 825 millioner kroner (2012-kroner) behandlet i statsbudsjettet for 2012 og 2014 (inkluderer 75 mill kroner samhandlingsarena Aker), tilbakebetaling av fordring Oslo universitetssykehus HF har på Helse Sør-Øst RHF og salg av eiendom.

*Fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Ansatte i Oslo universitetssykehus HF er tilsluttet fire pensjonskasser. Statens pensjonskasse (SPK) er eneste pensjonskasse der Oslo universitetssykehus HF tar stilling til beslutning om reklassifisering av pensjonsmidler. Statens pensjonskasse forelegger begrensede valg. Administrerende direktør innhenter råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT i Oslo universitetssykehus HF og råd fra eksternt pensjonsrådgiver før beslutning om investeringsvalg (ref styresak 45/2013 -

Administrerende direktørs orienteringer). Som for 2013 legges det opp til at styreleder forelegges plasseringsvalget før beslutning.

#### **4.8. Vurdering av klinikkens budsjetter (internkontroll av budsjettprosessen)**

Det er i forbindelse med budsjettleveranse fra klinikkene vurdert den økonomisk faglige og innholdsmessige kvalitet i budsjettene ut fra spørsmål stilt til økonomiledere i klinikk. Det ble stilt spørsmål om budsjettene er utarbeidet og forankret i lederlinjen og om budsjettene inneholder planer for resultatforbedring, vekst og prioriteringer i overensstemmelse med tildelinger og krav som er stilt i budsjettprosessen.

I tabell 4 foreligger en samlet vurdering av klinikkene. Oppsummert har klinikkene budsjettert i henhold til de tildelinger og krav som er stilt. Klinikkene har lagt tildelingene videre til avdelingsnivå og det er ikke budsjettert med usalderte budsjettposter. Alle områder ligger innenfor akseptabel håndtering av budsjettet. De områder som er angitt med gult vil bli fulgt opp særskilt i 2014.

#### **4.9. Risikovurdering av budsjett 2014**

Risikomatrisene som følger bakerst i styresaken ble presentert for styret i styresak 61/2013 - Ledelsens gjennomgang 2. tertial. Det er vurdert om det enkelte risikomoment blir påvirket av den innretning som foreslås gjennom budsjett 2014. Det er lagt på heltrukken pil for de risikomomentene der det er stor grad av sikkerhet for at gjennomføring av det foreslåtte budsjettet vil medføre en endring. Det er lagt på stiplet pil der effekten er mer usikker, men der det likevel forventes en effekt. Som det fremgår av vedlegg 4-7 er det ikke forventet at noen av risikomomentene tiltar i alvorlighet eller konsekvens som følge av budsjett 2014. Nedenfor kommenteres de risikomomentene som antas å bli påvirket av gjennomføringen av det foreslåtte budsjettet:

##### *Vannforsyning Radiumhospitalet*

Det prioriteres investeringer for mellom 10-15 mill kroner i 2014 for å redusere smitterisikoen. Investeringene innebærer ikke en fullstendig utskifting av vannforsyningen ved Radiumhospitalet, men tiltak som forventes å gi sikrere vanntilgang for pasienter og ansatte.

##### *Responstid kapasitet AMK*

Enheten tilføres ytterligere 13 stillinger i løpet av 2014. AMK-sentralen får dessuten noe reduserte oppgaver når planlagte (såkalte grønne) turer skal håndteres av Kontor for pasienttransport. Økende bemanning og noe reduksjon i oppgaver forventer å gi bedre kapasitet og kortere responstid i AMK.

##### *Forløpstider, ventelister, fristbrudd og behandlingsskapasitet*

Det er tilført midler til klinikkene for å kunne planlegge med økt vekst i poliklinisk og operativ virksomhet med forventning om lavere antall strykninger på operasjonsprogram, kortere ventetider og færre fristbrudd. Det er prioritert

særskilt tideling for vekst i Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon for å redusere risikoen for at deres tjenester blir en flaskehals i planlegging og gjennomføring av driften. Med disse tiltakene skal det være mulig å redusere ventelister, antall fristbrudd og tid fra henvisning mottas til behandling blir gitt (forløpstiden).

#### *Kapasitet radiologi og svartider patologi*

Det er prioritert midler til vekst både innen radiologi og patologi. Det er i budsjettet gitt en særskilt prioritering til radiologi som muliggjør en økning i kapasiteten på mellom 7-10 pst.

#### *Operasjonskapasitet*

Akuttklinikken er tilført midler slik at det blir flere tilgjengelige ressurser innen anestesi. Det arbeides i tillegg med tiltak for å øke tilgjengeligheten til personell på operasjonsstuen. I løpet av 2014 vil det dessuten bli flere tilgjengelig operasjonsstuer totalt.

#### *Intensiv- og postoperative senger*

Akuttklinikken er tilført midler og stillinger til å øke intensiv- og postoperativ kapasitet vinteren 2013/2014. I løpet av 2014 vil det bli flere tilgjengelige intensivsenger, men tiltakets effekt vil være begrenset av tilgang på bemanning med spesialkompetanse for å håndtere denne økningen.

#### *Bygg- og brannteknisk standard*

Det er budsjettet med betydelig høyere investeringsnivå i 2014 sammenlignet med tidligere år (ekstraordinær finansiering fra Helse Sør-Øst RHF). En stor del av investeringene går til bygningsmessige oppgraderinger for å håndtere de forhold som er påpekt gjennom brann- og arbeidsmiljøtilsyn. De forhold som er kategorisert som de mest alvorlige utbedres først. Behovet for bygningsmessig vedlikehold er imidlertid så vidt stort at det er et omfattende og flerårig arbeid å redusere dette risikomomentet.

#### *Kapasitet og standard MTU*

Det planlegges gjennomført betydelige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i 2014. Dette bidrar til fornying av deler av utstyrsparken og noe lavere gjennomsnittlig levetid for utstyret. Det forventes likevel ingen vesentlig endring i risikobildet for medisinsk teknisk utstyr som følge av 2014-budsjettet.

#### *Arbeidsbelastninger*

Det forventes en positiv påvirkning av det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet som følge av en bedret pasientbehandling med kortere ventetider, kortere forløpstider og dermed bedre arbeidsflyt. Det er usikkerhet med hensyn til når effekten av tiltakene kan forventes.

#### *Inneklima*

Av totale budsjetterte bygginvesteringer på over 800 mill kroner inngår ventilasjon som en vesentlig utbedring i mange av prosjektene.

#### *Vedlikeholdsetterslep bygningsmassen*

Det planlagte investeringsnivået vil bidra til noe redusert etterslep i vedlikehold av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Omfanget av etterslep er imidlertid så omfattende at det totalt sett blir relativt lite påvirket av ett års investeringsbudsjett.

#### *Budsjettbalanse – økonomisk bærekraft*

Det er, som for 2013, betydelig økonomisk risiko knyttet til å gjennomføre 2014-budsjettet. Særskilt omfanget av IKT-implementeringer med DIPS som største prosjekt medfører en økonomisk risiko for Oslo universitetssykehus i 2014 og kanskje også 2015.

En vellykket gjennomføring av budsjettet for 2014 vil redusere risikoen knyttet til den langsiktige økonomiske bærekraften for Oslo universitetssykehus HF. Dette skyldes dels at finansieringen av Oslo universitetssykehus HF er varig vesentlig styrket. Videre planlegges det tiltak for om lag 300 mill kroner.

#### Vurderinger i klinikk

Klinikkene har vurdert risikoen ved gjennomføring av budsjett 2014 og det fremgår av omtalen at begrensede budsjettmidler medfører for lite ressurser til fagutvikling, kompetanseutvikling, oppdatering og forskning. Det er i budsjett 2014 disponert en økning til videreutdanning av sykepleiere med om lag 20 mill kroner for å styrke kompetansen. Effekt av dette tiltaket forventes ikke før i 2015.

#### Oslo universitetssykehus HF's arbeidsmiljøutvalg

Forslag til innhold i budsjett 2014 er lagt frem for arbeidsmiljøutvalget som har følgende vurdering av hvordan budsjett 2014 vil påvirke arbeidsmiljøet:

*”AMU mener at budsjettforslaget for 2014 kan bidra til en reduksjon av den totale risiko for arbeidsmiljøet i sykehuset i løpet av året. I tillegg til virkningene på det fysiske arbeidsmiljøet som følge av bygningsmessige oppgraderinger, forventer AMU også en positiv påvirkning av det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet som følge av en bedret pasientbehandling med kortere ventetider, kortere forløpstider og dermed bedre arbeidsflyt. AMU vil likevel påpeke at utfordringene for 2014 er store og at det er usikkerhet med hensyn til når effekten av tiltakene kan forventes.”*

#### **4.10. Drøfting**

Det ble gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte og verneombud den 11. desember. De forhold som ble tatt opp i møtet er forsøkt hensyntatt i styresaken og/eller vedlagt budsjettdokument.

Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte følger som vedlegg 3.

**Tabell 1 – Aktivitet**

<b>Pasientbehandling Somatikk</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	104 269
Antall liggedøgn - døgnbehandling	480 086
Antall dagbehandlinger	70 649
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	741 648

<b>DRG-poeng</b>	<b>Budsjett 2014</b>
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	204 893
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	15 932
DRG-poeng totalt	220 825

<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP)</b>	<b>Budsjett 2014</b>
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>	
Antall liggedøgn døgnbehandling	71 400
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	1 542
Antall oppholdsdager dagbehandling	40
Antall polikliniske konsultasjoner	79 669

<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Antall liggedøgn døgnbehandling	4 230
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	96
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 161
Antall polikliniske konsultasjoner	49 356

<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Antall liggedøgn døgnbehandling	27 400
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 900
Antall oppholdsdager dagbehandling	574
Antall polikliniske konsultasjoner	10 552

**Tabell 2 – Driftsbudsjett**

Beløp i tusen kroner

<b>Resultatbudsjett</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Basisramme	11 151 802
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 064 314
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	453 528
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	621 882
ISF-refusjon kostnadskrevene legemidler UTENFOR sykehus	37 225
Utskrivningsklare pasienter	4 109
Gjestepasienter	589 183
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	1 842 062
Polikliniske inntekter	549 217
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	41 897
Andre øremerkede tilskudd	1 022 067
Andre driftsinntekter	742 990
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>20 120 276</b>
Kjøp av offentlige helsetjenester	42 854
Kjøp av private helsetjenester	237 291
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 261 765
Innleid arbeidskraft	107 907
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	36 840
Fast lønn	9 477 711
Overtid og ekstrahjelp	926 431
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 248 774
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-531 017
Annen lønn	1 655 030
Avskrivninger	842 246
Nedskrivninger	0
Andre driftskostnader	2 793 814
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>20 099 646</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>20 630</b>
Finansinntekter	104 332
Finanskostnader	124 962
<b>Finansresultat</b>	<b>-20 630</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>0</b>

**Tabell 3 – Investeringsbudsjett**

Beløp i mill kroner		Budsjett 2013	Estimat 2013	ØLP 2014 <sup>1)</sup>	Budsjett 2014
<b>Ordinær drift (Likviditet fra basistildeling)</b>	MTU	192	140	160	173
	Bygg	30	30	80	78
	Annet	60	60	60	59
	IKT	32	10	25	25
	SUM	314	240	325	335
<b>Ordinær drift (Ekstraordinær finansiering)</b>	MTU	100	100	106	100
	Bygg (tilsyn og infr.)	100	160	400	350
	Bygg (øremerked)	20	20	15	0
	Annet			0	0
	IKT			0	0
	SUM	220	280	521	450
<b>Omstilling Fase 1 (1 500 mill kroner)</b>	MTU			84	84
	Bygg	462	412	386	386
	Annet			0	0
	IKT			0	0
	SUM	462	412	470	470
<b>SUM</b>	MTU	292	240	350	357
	Bygg	612	622	881	814
	Annet	60	60	60	59
	IKT	32	10	25	25
	SUM	996	932	1 316	1 255

<sup>1)</sup> Omstillingsinvesteringene er eksklusive finansieringskostnader

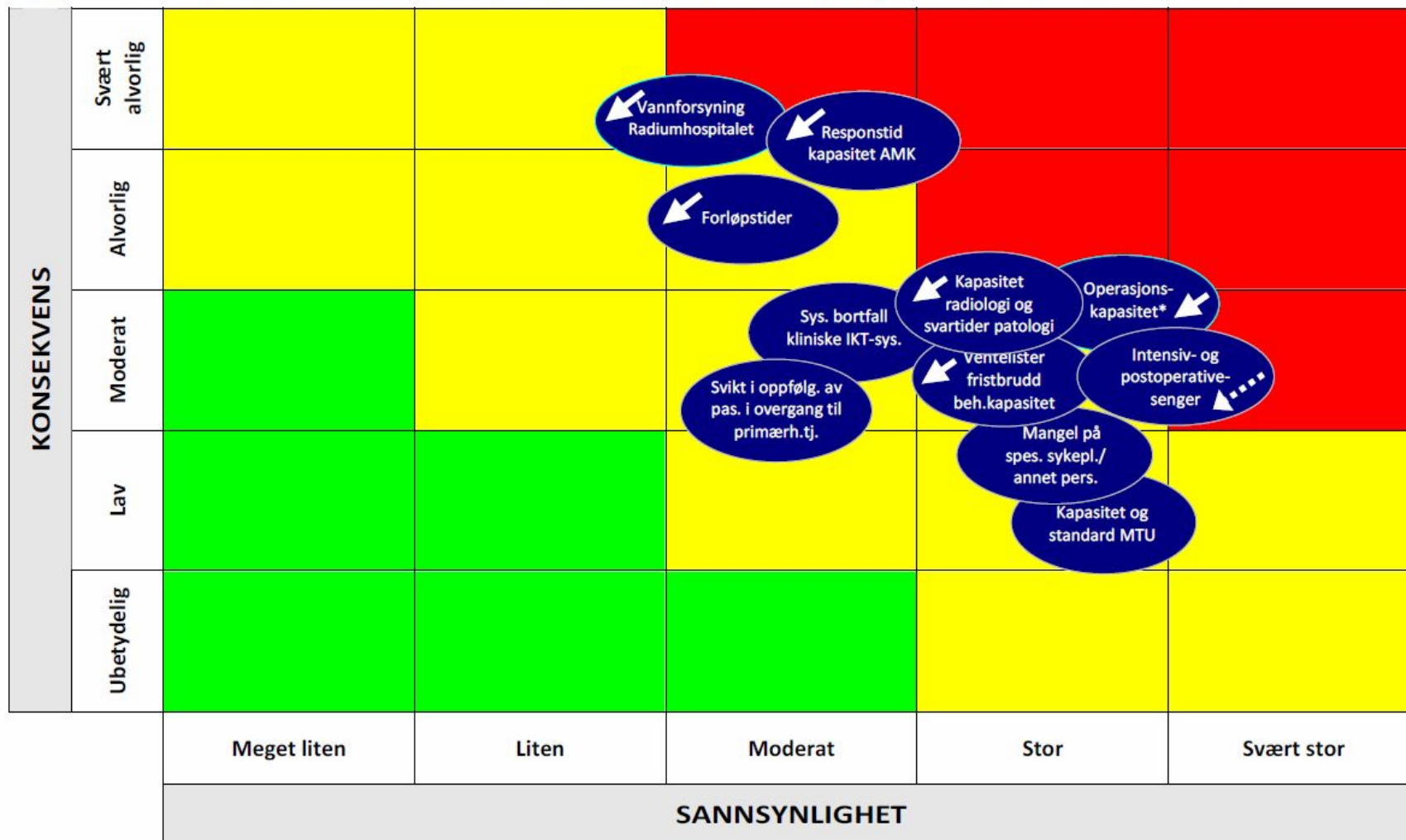




# Budsjett 2014 - tiltakenes påvirkning på risikobildet for sykehusnivået

## Risikovurdering av pasientbehandlingen

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



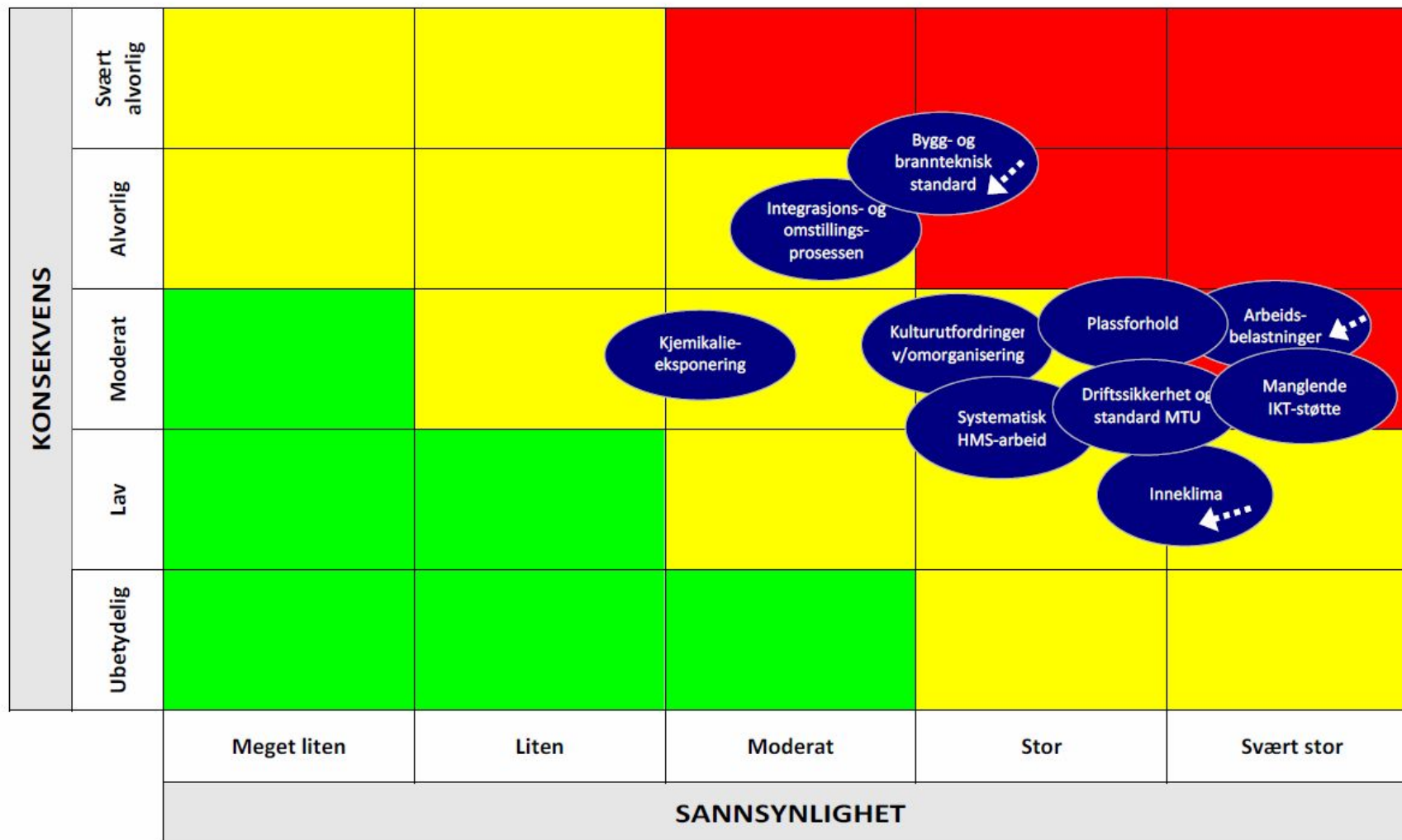
← = Forventet reduksjon av risiko

← = Usikker reduksjon av risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak. Fastsatt etter 2. tertial 2013.

### Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

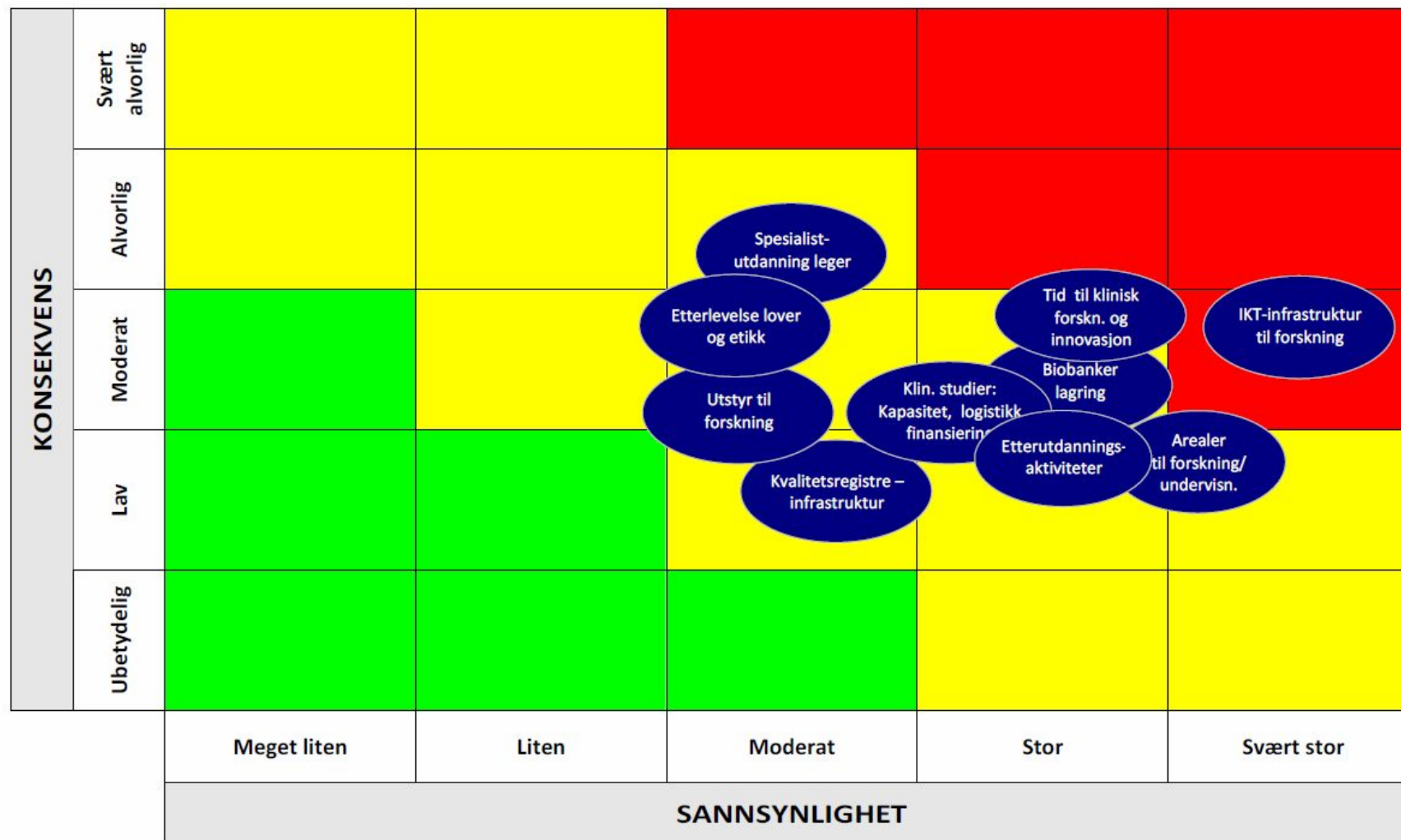


← = Forventet reduksjon av risiko    ←... = Usikker reduksjon av risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak. Fastsatt etter 2. tertial 2013.

## Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

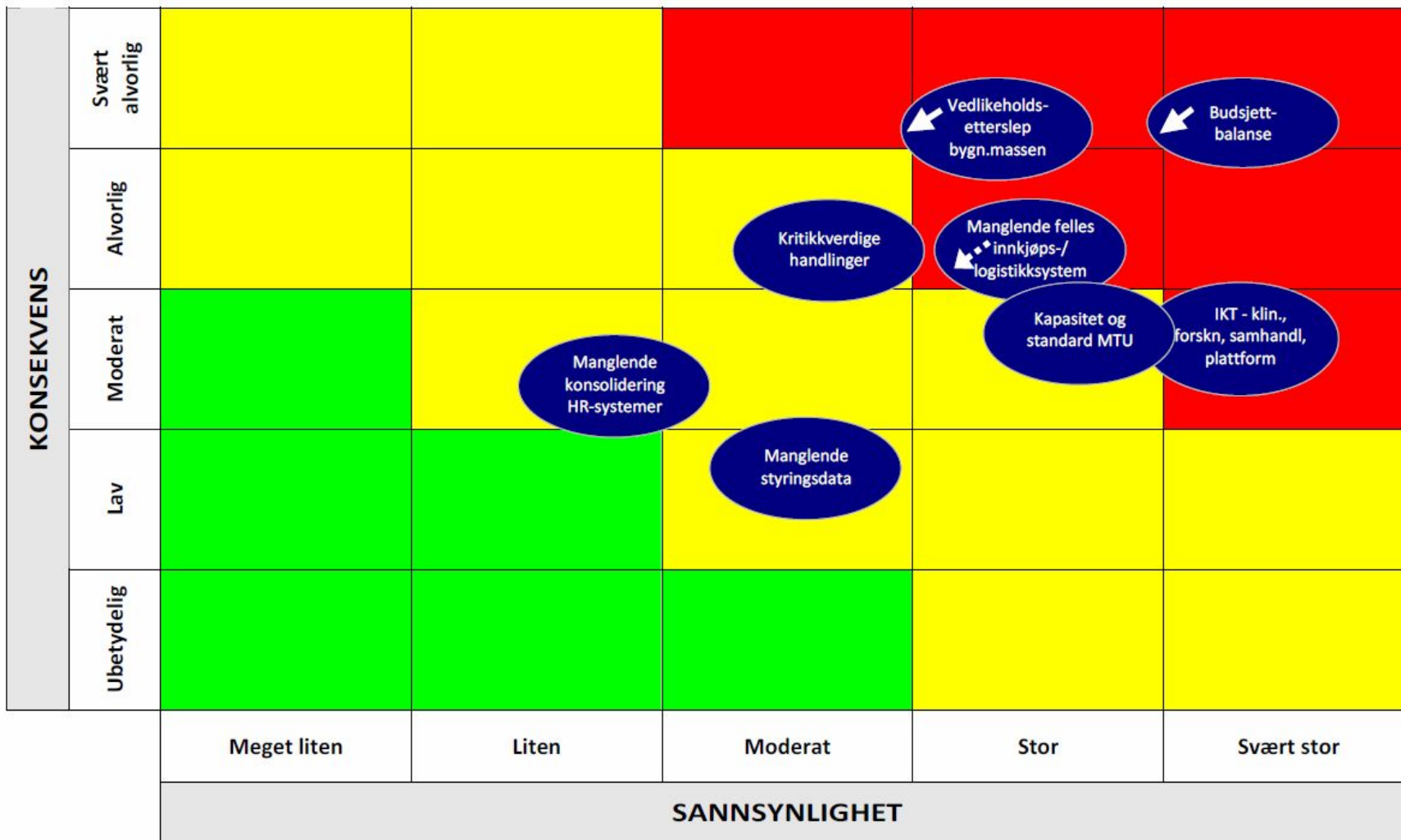
Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



Risikokartet viser identifisert risiko før iverksatte tiltak. Fastsatt etter 2. tertial 2013.

### Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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



- Vedlikeholds- etterslep bygn.massen
- Budsjett- balanse
- Kritikkverdige handlinger
- Manglende felles innkjøps-/ logistikk-system
- Kapasitet og standard MTU
- IKT - klin., forskn, samhandl, plattform
- Manglende konsolidering HR-systemer
- Manglende styringsdata



## VEDLEGG 1

### **Budsjettdokument: Budsjett 2014 for Oslo universitetssykehus HF – forutsetninger og detaljer**

#### **1. Innledning / hovedtrekk**

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan for perioden 2014-2017 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lang sikt og dermed sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i årene fremover for Oslo universitetssykehus HF. For å realisere dette var det i Økonomisk langtidsplan 2014-2017 lagt til grunn et nullresultat i 2014 (fra et budsjettert underskudd på 200 mill kroner i 2013) og et positivt resultatkrav i 2015 med 150 mill kroner, 300 mill kroner i 2016 og 350 mill kroner i 2017.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende mål for 2014:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

I samsvar med økonomisk langtidsplan er det budsjettert med et nullresultat for 2014.

I tabellvedlegg til slutt i dette budsjettdokumentet er følgende tabeller:

1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2014
2. Økonomiske forutsetninger 2014
- 3.1 Måltall for somatikk 2014
- 3.2 Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2014
- 4.1 Resultatbudsjett 2014 – Hovedtall
- 4.2 Resultatbudsjett 2014 – ØBAK-linjer
5. Rammetildeling til klinikkene 2014
6. Bemanningsbudsjett for 2014
7. Investeringsbudsjett for 2014
8. Kontantstrømsbudsjett for 2014
9. Balansebudsjett for 2014

## 10. Prioriterte områder 2014

I mange av tabellene sammenliknes budsjett-tall for 2014 med tall for budsjett 2014, estimat 2013 og tall for 2014 fra Økonomisk langtidsplan 2014-2017. Det gjøres oppmerksom på at alle tallene fra Økonomisk langtidsplan var i 2013-priser.

## 2. Rammeforutsetninger for budsjett 2014 for Oslo universitetssykehus HF

### 2.1. Totale driftsinntekter

Tabell 1 i tabellvedlegget redegjør for rammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF, mens det i tabell 2 er redegjort for sentrale forutsetninger for budsjettet for 2014.

<b>Resultatbudsjett</b>	<b>Budsjett 2013</b>	<b>Estimat 2013</b>	<b>ØLP 2014</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Basisramme	10 769	10 786	11 083	11 152
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430	6 452	6 513	7 162
Andre inntekter	1 692	1 710	1 692	1 807
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 892</b>	<b>18 949</b>	<b>19 287</b>	<b>20 120</b>

Tabellen ovenfor viser de samlede inntektene til Oslo universitetssykehus HF i budsjettet for 2014. Basisramme (faste inntekter) utgjør 11 152 mill kroner (55 pst av de samlede inntektene). Dette er en økning på om lag 70 mill kroner i forhold til det som var lagt til grunn i økonomisk langtidsplan for 2014. Endringen består i hovedsak av prisjustering av basisrammen og effekt av endret refusjonssats for innsatsstyrt finansiering. 7 162 mill kroner (35 pst) er definert som aktivitetsavhengige inntekter, hvorav 1 842 mill kroner er budsjettetert salg til andre foretak i regionen.

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

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr 087-2013 - Budsjett 2014, fordeling av midler til drift og investering til sykehusområdene og de private ideelle sykehusene. Styret sluttet seg til de mål, prioriteringer og premisser for budsjett 2014 slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2014, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige krav og rammebetingelser i 2014 vil bli fastsatt i "Oppdrag og bestilling 2014". Oslo universitetssykehus HF mottok 10.12.2013 oppdatert inntektsramme og utbetalingsplan basert på forutsetningene i styresaken og senere justeringer fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til forskning for 2014 vil ikke bli besluttet av styret i Helse Sør-Øst RHF før i styremøte 19. desember. I totalbudsjettet til Oslo universitetssykehus HF er det foreløpig lagt inn foreslåtte beløp. Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av "Oppdrag og bestilling 2014" i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette er kjent.

Alle elementer i tildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i vedlagte tabell 1. Nedenfor gis en oversikt over de viktigste endringene fra 2013 til 2014 i tildelingen:



Inntektstype (kommentarer i teksten under)	Beløp i mill kroner
Fremskrivning av inntektsforutsetninger inntektsmodell mv (inkl uttrekk av omstillingsmidler)	+ 307
Uttrekk som følge av nasjonal inntektsmodell	- 18,5
Overført betalingsansvar fra RHF	+ 8,9
Krefilegemidler (overført betalingsansvar fra folketrygden)	+ 23,2
Midler til økt aktivitet	+ 87,1
Psykisk helsevern- vridning fra døgn til dag	- 3,9
Økt refusjon overnatting pasienthotell	+ 1,1
Brystrekonstruksjoner	+ 8,0

#### Lønns- og prisvekst

Det er budsjettert med en gjennomsnittlig lønns- og prisvekst i 2014 på 3,1 pst, fordelt på prisvekst med 2,2 pst og lønnsvekst med 3,5 pst. Dette er innarbeidet i basisrammen for 2014 og lagt til grunn for justering av øvrige inntekter og kostnader i budsjettet, herunder egenandeler og refusjoner fra Helfo.

#### Fremskrivning av inntektsforutsetninger inntektsmodell mv

Det er gjennomført oppdateringer og korreksjoner i inntektsmodellene fra 2013 til 2014 i Helse Sør-Øst RHF der følgende har gitt positiv effekt for inntektene til Oslo universitetssykehus HF:

- Fremskriving av befolkning (ny SSB-beregning viser høyere vekst enn tidligere antatt, blant annet for Oslo)
- Komplette aktivitetsgrunnlag for beregning av oppgjør for radiologi- og laboratorieaktivitet utført for polikliniske pasienter fra andre sykehusområder
- Oppdatering av kostnadskomponenten med nye tall for forskningsaktiviteten

Oppdatert grunnlag for gjestepasienter i modell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ga imidlertid et negativt utslag for rammene til Oslo universitetssykehus HF.

Dette er som forutsatt ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan for 2014.

#### Uttrekk som følge av nasjonal inntektsmodell:

Systemet for fordeling av basisbevillingen mellom de fire RHF'ene er bygd opp av behovs- og kostnadsindekser. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver samlet ressursbehov for hvert RHF relativt til landsgjennomsnittet. Som følge av endret ISF-refusjonssats (fra 40 pst til 50 pst) er det også gjort nye beregninger av regionale andeler. Samlet oppdatering av modellen for 2014 innebærer et uttrekk av basisrammen på 117 mill kroner for Helse Sør-Øst, hvorav 18,5 mill kroner er trukket fra Oslo universitetssykehus HF.

#### Økt refusjon for overnatting pasienthotell

Nasjonalt dobles overnattingsgodtgjørelsen i syketransportforskriften fra dagens 350 kroner til 700 kroner per døgn fra 1. januar 2014.

#### Gjestepasientoppgjør innenfor regionen

Gjestepasientoppgjør internt i regionen videreføres som i 2013, i tillegg til at det innføres gjestepasientoppgjørsordning også for døgnvirksomheten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle satsene er justert for lønnsvekst og prisstigning.



Pasientbehandling ved Statens senter for epilepsi og Geilomo barnesykehus har etter at det ble etablert nye og kostnadsdekkende kurdøgnpriser i 2013 hatt en 100 pst kurdøgnfinansiering. Til og med 2013 har Oslo universitetssykehus HF fakturert Helse Sør-Øst RHF for pasienter fra Oslo sykehusområde. Fra og med 2014 er budsjettmidlene omfordelt fra RHF'et til Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus HF. Fra samme tidspunkt vil det bli innført gjestepasientoppgjør mellom sykehusene i Oslo sykehusområde for dette.

#### Kreftlegemidler

Fra 2014 er finansieringsansvaret for 3 kreftlegemidler overført til de regionale helseforetakene fra folketrygden. Dette omfatter følgende legemidler:

- Vemurafenib (Zelboraf) til behandling av hudkreft med spredning
- Abirateron (Zytiga) til behandling av prostatakreft med spredning
- Denosumab (Xgeva) til behandling av kreft med spredning til skjelett

I utgangspunktet er dette en budsjettneutryl omlegging. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til om overførte budsjettmidler er tilstrekkelige både for 2014 og på sikt.

#### Ipilimumab

Nasjonalt er det satt av 110 mill kroner til forskningsstudie av ipilimumab, et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Studien ble vedtatt startet opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Formålet er å få bedre kunnskap om hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. Legemiddelet har begrenset effekt på sykdommen for de fleste pasientene. Basert på godkjent bruksområde er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling. Studien vil omfatte pasienter som kan ha nytte av medisinen og hvor behandlingen er innenfor godkjent bruksområde. Oslo universitetssykehus HF har våren 2013 startet bruk av det nye legemiddelet og har forutsatt at kostnadene blir kompensert. Hittil i 2013 er det påløpt om lag 8-9 mill kroner. Midlene er imidlertid ennå ikke fordelt til helseforetakene, og det er ikke budsjettert med denne kostnaden for 2014.

#### Midler til økt aktivitet

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 856 mill kroner til å finansiere økt aktivitet. Midler tildelt Helse Sør-Øst RHF er fordelt til helseforetakene i henhold til inntektsmodellens behovskriterier mv. Oslo universitetssykehus HF's sin andel er 87 mill kroner. Ut over dette er Oslo universitetssykehus HF tildelt 8 mill kroner til brystrekonstruksjoner.

#### Psykisk helsevern: Vridning fra døgn til dag

Som et insitamant for å øke den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern, er det for Helse Sør-Øst RHF trukket ut 27 millioner kroner fra basisrammen. Internt i regionen er dette uttrekket fordelt i henhold til behovsandelene i inntektsmodellen - psykisk helsevern og basisrammen for Oslo universitetssykehus HF er redusert med 3,9 mill kroner.

#### Øremerkede tilskudd via statsbudsjettet

I budsjettet for 2014 er flere mindre tilskudd som tidligere har vært øremerkede flyttet inn i basisrammen. I forslaget til statsbudsjett er det understreket at selv om disse tilskuddene nå innarbeides i basis, og ikke lenger er "øremerket", forutsettes det at midlene fortsatt skal

brukes til formålet. For 2014 er følgende tilskudd til følgende oppgaver inkludert i basisrammen:

<b>Tilskudd</b>	<b>Beløp i mill kroner</b>
Hørsel og psykisk helse, nasjonal behandlingstjeneste overført fra post78-finansiering	14,928
Dømmerassistert narkotikaprogram- overført basis	2,100
Soningsenhet < 18 år, overført basis	1,050
Overført fra post 78: tilskudd til regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri	11,706
Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (fra 732.74)	0,400
Barn som pårørende	1,104
Regional kompetansetjeneste vold og seksuelle overgrep barn, videreføring av tilskudd fra 2013	4,000
Regional kompetansetjeneste astma og allergi, videreføring av tilskudd fra 2013	3,000
Regionalt kompetansesenter for pasienter med kronisk smerte RKLS	4,000
Regional kompetansetjeneste- habiliteringstjeneste for barn og unge	4,000

Videre vil Oslo universitetssykehus HF motta følgende statlige tilskudd som utbetales via Helse Sør-Øst RHF, men som ikke inngår i basistilskuddet:

<b>Tilskudd</b>	<b>Beløp i mill kroner</b>
Prostatasenter	4,124
Skadelig bruk av doping	4,100
Arbeidsmedisinske avdelinger	4,796
Tilskudd til turnustjeneste	1,606
Kreftregisteret	102,600
Behandlingsreiser til utlandet	115,854
Særreaksjonsordning for dømte til behandling	1,600
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3,100

Tilskuddene er budsjettert som øremerkede midler og behandles regnskapsmessig ut fra dette.

### **2.3. Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)**

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering for 2014 er satt til kr 40 772. Dette inkluderer en justering for lønns- og prisvekst på 3,1 pst.

Refusjonssatsen økes fra 40 pst til 50 pst av enhetsprisen. Samtidig er gjestepasient- oppgjørsandelen redusert fra 40 pst til 30 pst. Dette gir samlet for Oslo universitetssykehus HF en netto økning i ISF-inntekten på om lag 360 mill kroner, mens reduksjonen i basisrammen er på 374 mill kroner. Dette inkluderer avregninger knyttet til inntektsmodellen som følge av endringen i ISF-refusjonssats. Intensjonen har vært at endringen skal være økonomisk nøytral på omleggingstidspunktet. Årsaken til at reduksjonen i basisrammen er 14 mill kroner større enn netto økning i ISF-inntekten er at disse økonomiske utslagene er



beregnet på forskjellige måter. Vekst i ISF-inntekter er beregnet ut fra budsjettert aktivitetsnivå for 2014, mens reduksjon i basis er beregnet ut fra andeler i inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF.

Hvert år justeres DRG-vektene, og det gjøres andre endringer i ISF-regelverket mv. Gjeldende regelverk, priser og DRG-vekter mv fremkommer av regelverk for ISF som oppdateres hvert år. For 2014 er det lagt ut et foreløpig regelverk for innsatsstyrt finansiering. Basert på oppdaterte DRG-vekter og andre regelverksendringer har Helsedirektoratet beregnet at Oslo universitetssykehus HF øker antall DRG-poeng med 0,35 pst, gitt samme reelle aktivitet som i 2013. Dette er lagt til grunn i budsjettet. Erfaringsmessig kan det imidlertid komme endringer i det foreløpige regelverket, og det knytter seg på denne bakgrunn noe usikkerhet til den økonomiske effekten av ISF-regelverket for 2014.

Det er lagt til grunn at meraktivitet finansieres med 50 pst ISF-refusjon og de til enhver tid gjeldende satser for gjestepasientoppgjør for pasienter fra andre opptaksområder og andre regioner.

#### 2.4. Øremerkede inntekter

Forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU, Krefregisteret, behandlingsreiser til utlandet, nasjonale kompetansesentre mv er aktiviteter som er finansiert av øremerkede inntekter.

Øremerkede inntekter er inntekter som er kun kan anvendes til gitte formål bestemt av tilskuddsgiver. Det forutsettes at aktiviteten styres innenfor tildelte inntekter. Eventuelle innbetalinger utover registrerte kostnader vil bli ført mot balansen slik at virksomhet basert på øremerkede inntekter isolert sett ikke skal påvirke det økonomiske utfordringsbildet. Oslo universitetssykehus HF fakturerer dekningsbidrag på en stor del av virksomheten som finansieres av øremerkede inntekter.

Av budsjetterte driftsinntekter på 20 120 mill kroner er 1 191 mill kroner, tilsvarende 6 pst, definert som øremerkede.

For Raskere tilbake er det budsjettert med 42 mill kroner. Dette er en reduksjon fra 2013 på om lag 13 mill kroner. Reduksjonen skyldes blant annet at prosjekt ved Nevrokirurgisk avdeling er avvirket og at aktiviteten vil inngå i ordinær drift for 2014.

#### 2.5. Lønnskostnader og pensjon

Det er budsjettert med en lønnsvekst i henhold til forutsetningene i statsbudsjettet for 2013, dvs 3,5 pst.

Resultatbudsjett	Estimat 2013	Budsjett 2014	Kommentarer til endringer fra estimat 2013 til budsjett 2014
Innleid arbeidskraft	168 808	107 907	Klinikkene har planlagt å redusere bruk av innleid arbeidskraft i 2014 sammenlignet med faktisk nivå i 2013. Det vurderes som nødvendig med innleie innenfor enkelte områder hvor det er behov for spesialkompetanse mv.
Lønn til fast ansatte	8 779 825	9 477 711	Økningen skyldes lønnsvekst og budsjettert økning i årsverk på utvalgte områder, samt redusert innleie.
Overtid og ekstrahjelp	1 022 814	926 431	

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2014 er 13 885 mill kroner. Dette er en økning på 748 mill kroner fra budsjett 2013 og 542 mill kroner fra estimat 2013. Tabellen ovenfor viser endringene fra estimat 2013 til budsjett 2014 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 108 mill kroner innleie. Innleie utgjør 0,8 pst av samlet lønnsbudsjett.

For 2014 er det budsjettert med en samlet pensjonskostnad for Oslo universitetssykehus HF på 2 249 mill kroner. Dette er en reduksjon fra budsjett 2014 på 166 mill kroner og en reduksjon fra kostnadsnivået i 2013 for pensjon på 141 mill kroner tilsvarende 5,9 pst. Budsjett 2014 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2013. For Oslo pensjonsforsikring AS er det foretatt en oppdatering av juniberegningen i oktober 2013. For 2014 utgjør pensjonskostnaden 22 pst av samlede lønnskostnader.

Tabellen under viser hvilke elementer som bidrar til reduksjonen i pensjonskostnader fra 2013 til 2014 (kroner):

	Totalt OUS	Kommentar
<b>Budsjettert pensjonskostnad 2013</b>	<b>2 414 773 841</b>	
<b>Kostnadsført pensjonskostnad 2013</b>	<b>2 390 323 656</b>	Iht oppdaterte beregninger fra januar 2013
Økt bestand	66 029 152	Budsjett i juni er basert på oppdatert bestand og ikke bestanden 1.1.2013. Når bestanden øker, så øker også årets opptjening. Større innbetalinger enn utbetalinger i pensjonskassene og bestandsøkning i KLP gir økte pensjonsmidler og således økt avkastning.
Økt avkastning	-79 751 614	Dette skyldes avvik mellom forventede og faktiske størrelser på pensjonsmidler og pensjonsforpliktelser, slik at det årlige resultatførte estimatavviket endres.
Endring korridor	-83 512 567	
Endring frivillig avgang	-33 131 420	Forutsetning om frivillig avgang i OPF ble endret i fm. budsjett 2014. Rentegarantipremien og uføretariffen i OPF ble endret etter forhandlinger i fm. ny pensjonskasse.
Endring tariff	-13 883 980	
Andre forhold	2 700 615	
<b>Budsjettert pensjonskostnad 2014</b>	<b>2 248 773 841</b>	

Ut over endringene som er innarbeidet i budsjettet for 2014 vil det kunne komme endringer i pensjonskostnadene knyttet til følgende:

- Nye økonomiske forutsetninger per 31.12.2013
- Endret dødelighetsgrunnlag
- Levealdersjustering for nye alderstrinn
- Regnskapsmessige effekter av Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH), både nytt risikofelleskap og nye tariff

Det er uklart hvordan disse forholdene slår ut. Det legges til grunn at vesentlige endringer som følge av de tre første punktene blir finansiert av eier.

#### Nærmere om Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH):

Helse Sør-Øst RHF har stiftet Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet, som skal være i drift fra 1. januar 2014. Fra samme tidspunkt skal medlemmene i Kommunal landspensjonskasse (KLP), Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og DNB Liv flyttes til PKH. Dette gjelder ikke sykepleiere, som skal være medlemmer i sykepleierordningen i KLP. Flyttingen av medlemmene til PKH innebærer overføring til nytt risikofelleskap. Dette og nye tariff for PKH forventes å få effekt for pensjonskostnaden for 2014, men det er fremdeles usikkert hvilken effekt dette får for de samlede pensjonskostnadene til Oslo



universitetssykehus HF i 2014. Helse Sør-Øst RHF har foreløpig bedt foretakene å budsjettere som om de tidligere pensjonsordningene og leverandørene blir videreført uendret i 2014.

I forbindelse med flyttingen av medlemmer fra KLP, DNB Liv og Akershus kommunale pensjonskasse er det reist spørsmål om økt betaling av egenkapital på om lag 100 mill kroner. Det er prosess om dette spørsmålet med Helse Sør-Øst RHF, og forholdet er ikke hensyntatt i budsjett 2014.

## 2.6. Varekostnader og andre driftskostnader

Det er budsjettert med 2 262 mill kroner til varekostnader i 2014. Dette er en økning på om lag 100 mill kroner (5 pst) fra estimat 2013. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjetterte varekostnader (kun arter med budsjettert beløp på over 10 mill kroner er tatt med i tabellen).

Art	Art_navn	Beløp i TNOK
4000	Medikamenter	505 491
4001	Cytostatika	70 728
4003	TNF-hemmere	74 419
4006	MS-medikamenter	18 690
4010	Kjøp av blodprodukter	53 959
4020	Implanter	308 834
4030	Instrumenter	68 048
4040	Tester og reagenser	217 252
4041	Laboratorerekvista	143 396
4050	Røntgenprodukter	123 291
4060	Infusjons- og skyllevæsker	35 386
4070	Andre medisinske forbruksvarer	480 915
4100	Innkjøp mat og handelsvarer med 14%	73 149
4120	Frakt, toll og spedisjon	10 263
4180	Hygiene- og rengjøringsartikler	22 882
4189	Diverse andre forbruksvarer	36 082
<b>Sum varekostnader (alle arter)</b>		<b>2 261 765</b>

Det er budsjettert med 2 794 mill kroner til andre driftskostnader i 2014. Dette er en økning på om lag 200 mill kroner (vel 8 pst) fra estimat 2013. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjettet for andre driftskostnader (alle arter hvor budsjett 2014 er over 20 mill kroner).

Nivå02	Tekst kontogruppe	Beløp i TNOK
61	Transport- og fraktkostnader	224 596
63	Kostnader lokaler inkl energi og brensel	494 763
64	Leie MTU, maskiner, inventar og lignende	53 326
65	Utstyr og driftsmaterialeer som ikke skal aktiveres	107 771
66	Reparasjon - vedlikehold og service	269 054
67	Ekstern tjeneste	1 328 341
68	Kontorkostnad - trykksak og lignende	65 023
69	Telefon - porto og lignende	52 068
70	Kostnad transportmidler	30 912
71	Kostnad og godtgj. for reise - diett - bil og lignende	42 839
73	Salgs- - reklame- og representasjonskost.	2 249
74	Kontingent og gave	22 930
75	Forsikringspremie - garanti og serv.kostn.	17 384
76	Lisens- og patentkostnad	7 777
77	Annen kostnad	68 189
78	Tap og lignende	4 850
79	Periodiseringskonto	1 742
<b>Sum andre driftskostnader</b>		<b>2 793 814</b>

Transport- og fraktkostnader omfatter blant annet kostnader til pasientreiser. I kostnader for ekstern tjeneste inngår både kostnader til ekstern revisor, innleie av merkantilt personell, kostnader til konsulenter, kjøp av tjenester (IKT og HR) fra Sykehuspartner, professoratkostnader til Universitetet i Oslo mv.

## 2.7. Avskrivninger

Det er budsjettet med 842 mill kroner til avskrivninger på bygninger og utstyr i 2014. Dette er en økning på 52 mill kroner fra budsjett 2013. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på anlegg som er i drift, anlegg under utførelse og planlagte investeringer. Nytt Akuttbygg på Ullevål sykehus skal tas i bruk i 2014, og for avskrivningsformål er det forutsatt at bygningskroppen avskrives fra 1. juli 2014 og at MTU i Akuttbygget avskrives fra 1. april 2014.

Det gjøres oppmerksom på at IKT-investeringer gjennomføres i regi av Sykehuspartner for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus HF sitt regnskap som avskrivninger, men inngår i driftskostnader via tjenestepris fra Sykehuspartner.

Foretaket har gjennomført noen investeringer (blant annet Forskningsbygget på Radiumhospitalet og noen mindre investeringer finansiert av regjeringens tiltakspakke i 2008/2009) som er helt eller delvis finansiert av investeringstilskudd. Regnskapsmessig ble investeringstilskuddene bokført som utsatt inntekt, og dette inntektsføres i takt med at investeringene avskrives. Det er budsjettet med inntektsføring av investeringstilskudd (utsatt inntekt) på 55 mill kroner.



## 2.8. Salg og behov for nedskrivning av eiendom

Det er ikke budsjettert med verken gevinst fra salg av eiendom eller nedskrivning i 2014.

## 2.9. Finansinntekter og –kostnader

For 2014 er det budsjettert med 92 mill kroner i finansinntekter og 125 mill kroner i finanskostnader, dvs netto finanskostnader på 33 mill kroner. I tillegg kommer budsjettert resultat fra datterselskaper og majoritetsandeler (jfr pkt j) på 12 mill kroner (inngår i budsjetterte finansinntekter) slik at sum finansinntekter for foretaksgruppen er 104 mill kroner. Økte finansinntekter skyldes i hovedsak at Helse Sør-Øst RHF fra og med 2014 innfører renteberegning på mellomværende i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har hatt en praksis hvor det holdes tilbake likviditet på regionalt nivå for å finansiere strategiske satsninger og felles regionale utviklingsprosjekter. Gjennom dette har det oppstått langsiktig mellomværende i regnskapene, såkalt "basisfordring". Disse nedbetales helt eller delvis når det stilles regional likviditet til disposisjon til foretaksvise investeringer og andre kapitalbehov. Som følge av dette har Oslo universitetssykehus HF opparbeidet en fordring på Helse Sør-Øst RHF på om lag 3 200 mill kroner per utgangen av 2013. Mellomværende har inntil nå vært rentefrie. Fra og med 2014 legges det altså opp til å etablere et generelt prinsipp om renteberegning av mellomværende i regionen. For Oslo universitetssykehus HF bidrar dette til å bedre netto finans med om lag 75 mill kroner i budsjettet for 2014.

Renteforutsetninger lagt til grunn for budsjettet fremkommer av tabell 2. I budsjettet for 2014 har Helse Sør-Øst RHF bedt foretakene om å budsjettere med en rentesats på 2,5 pst for driftskreditt og lån med flytende rente. For andre halvår 2013 er denne rentesatsen på 1,88 pst.

## 2.10. Datterselskaper og majoritetsandeler

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2014 er det budsjettert med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 12,0 mill kroner. Dette er en reduksjon på 0,7 mill kroner fra budsjett 2013.

Selskap	Beløp i TNOK
Sophies Minde AS	6 617
Radpark	1 959
NMS	1 050
Barnehagebygg	374
Sykehotell	592
Inven2	1 440
<b>SUM</b>	<b>12 032</b>

Resultatbudsjett 2014 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus innholder også budsjettert resultat for datterselskapene (konsernbudsjett). I årsregnskapet vil det bli laget regnskap både for Oslo universitetssykehus HF og for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus.

Administrerende direktør har fullmakt til å forvalte helseforetakets eierinteresser i andre selskaper. Alt etter virksomhetenes art er oppfølgingen av selskapene lagt til direktør for forskning, innovasjon og utvikling, direktør Oslo sykehusservice og klinikkleder i Klinikk for kirurgi og nevrofag. Oslo universitetssykehus legger prinsipper for god eierstyring til grunn for forvaltning av sine eierinteresser i andre selskaper.

### 2.11. Øvrige sentrale budsjettposter

Under fellesposter er det budsjettert med midler til blant annet følgende forhold:

- Basistilskudd
- ISF-inntekter (det foretas månedlig avregning til klinikkene)
- Midler til lønnsoppgjør (fordeles senere til klinikk)
- Pensjon (fordeles senere til klinikk)
- Avskrivninger
- Netto finans
- Andre kostnader:
  - Noe midler til å håndtere økonomisk risiko
  - Samhandlingsreformen, KAD – kommunal akutt døgnenhet (avsatt 15 mill kroner)
  - Gjestepasientkostnader somatikk (30 mill kroner). Budsjetterte midler omfatter kostnader for behandling av pasienter fra Oslo universitetssykehus opptaksområde både internt i regionen og i andre regioner.
  - Dyre biologiske legemidler (H-reseptor), TNF-hemmere og MS-medikamenter (68 mill kroner)
  - I tillegg er det avsatt følgende til senere fordeling:
    - 10 mill kroner i økte husleiekostnader for Sogn Arena
    - 3 mill kroner til behandlingshjelpemidler etter overtakelse av ansvaret for å levere materiell til kommunale institusjoner
    - 15 mill kroner til økt aktivitet i 2014 ved Akuttklinikken

### 3. IKT-kostnader og større systemendringer

IKT-kostnadene har økt de siste årene, jfr tabell og figur nedenfor. For 2014 er det budsjettert med 958 mill kroner i driftskostnader innenfor IKT-området. Samlede IKT-kostnader utgjør dermed om lag 5 pst av helseforetakets budsjetterte kostnader i 2014. IKT- budsjettet inkluderer tjenestekjøp fra Sykehuspartner (769 mill kroner), tjenestekjøp utenfor Sykehuspartner (7 mill kroner), driftskostnader til gjennomføring av prosjekter (142 mill kroner) og drift av sykehusets IKT stab (40 mill kroner). I tjenestekjøp fra Sykehuspartner inngår avskrivninger innenfor IKT-området.

Resultat 2010	Resultat 2011	Resultat 2012	Estimat 2013	Budsjett 2014
575 017	586 892	671 000	781 000	958 000



Budsjettet for 2014 innebærer en økning på omlag 177 mill kroner fra estimat 2013. Kostnadsøkningen knytter seg i hovedsak til driftsrelaterte projektkostnader og tjenestekjøp fra Sykehuspartner.

Driftsrelaterte projektkostnader øker med 54 mill kroner, fra 88 mill kroner i 2013 til 142 mill kroner i 2014 grunnet høy aktivitet på IKT prosjekter. I prosjektbudsjettet for 2014 inngår 78 mill kroner til gjennomføring av Regional EPJ (DIPS). Regionale prosjekter som gjennomføres i 2014 og som påvirker budsjettet er:

- Regionalt overvåkningscenter og brukerstøtte
- Regional kurve- og medikasjonsløsning (Metavision)
- Regional EPJ (DIPS), samt dublert drift med eksisterende PAS/EPJ av beredskapshensyn
- Regional fødejournal (Partus)
- Regional RIS/PACS på Radiumhospitalet
- Infrastrukturmodernisering
- Regionalt Hjerteultralysystem
- Regionalt Endoskopisystem
- Regionalt laboratoriesystem (LIMS)

For mer informasjon om de ulike prosjektene vises til vedlegg 3 til styresaken "Områdeplan IKT".

Tjenestekjøp fra Sykehuspartner har økt med om lag 70 mill kroner fra 2013 til 2014. Økningen skyldes i hovedsak økt tjenestekostnad (infrastrukturmodernisering, skalering, drift nye systemer som Partus mv) og avskrivning av regionale prosjekter.

Sykehuset har kommet til enighet med Sykehuspartner om reduksjon av IKT kostnader som følge av overføring av pasientgrunnlag fra Aker til Akershus universitetssykehus HF i 2011. Dette ga en årlig reduksjon av tjenestepris for 2013 og fremover på ca. 22 mill kroner som er innarbeidet i budsjettet for 2014.

Drift av sykehusets IKT Stab er redusert med 4 mill kroner (10 pst) fra 2013 til 2014.

Klinikkene er i 2014 tildelt en midlertidig ramme på 52 mill kroner til å dekke utgifter til opplæring og andre kostnader ved implementering/opplæring knyttet til DIPS, Partus, LIMS og RIS/-PACS i 2014. Fordelingen av opplæringskostnader DIPS er basert på PAS/EPJ-prosjektets vurdering av antall planlagte timer til opplæring av personell i den enkelte klinikk. Klinikkene har videre fått kompensasjon i form av redusert DRG-krav som følge av forventet reduksjon i aktivitet ved implementering av DIPS. Dette utgjør om lag 500 DRG-poeng, tilsvarende et inntektstap på om lag 15 mill kroner.

Totalt er det budsjettet med driftskostnader og reduserte inntekter tilsvarende om lag 150 mill kroner ved implementering av nye IKT-systemene for 2014.

For 2014 er det satt av 25 mill kroner til finansiering IKT-prosjekter fra lokale investeringsmidler. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler.

## 4. Interne faglige prioriteringer

### 4.1. Somatikk

I økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn en aktivitetsvekst for Oslo universitetssykehus HF i 2014 på 1,5 pst. Vekstforutsetningen var blant annet basert på følgende faktiske forhold:

- Relativt lange ventelister og mange fristbrudd
- Oslo universitetssykehus HF gir i hovedsak helsetjenester på nasjonalt-, regions-, flerområde- og områdenivå – og forutsetter vekst ihht demografisk utvikling (ingen stor direkte påvirkning av samhandlingsreformen)
- Oslo sykehusområde har meget høy befolkningsvekst og en funksjonsfordeling med andre sykehus som medfører at Oslo universitetssykehus HF får relativt mye av veksten (barn, fødsler, kreft, akuttkirurgi, psykisk helse)
- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus) og nevrologi.

I planleggingen av aktivitetsbudsjettet for 2014 er det lagt til grunn at aktivitetsnivået i 2013 har vært negativt påvirket av lav kapasitet innen de medisinske servicefunksjonene. For 2014 er det lagt opp til en betydelig kapasitetsøkning innenfor radiologi og intensiv for blant annet å fjerne flaskehalsene innenfor disse områdene. Som følge av dette er Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon tildelt et budsjett som gjør at deres tjenester ikke skal være begrensende for klinisk aktivitet. De kliniske enhetene er i hovedsak tildelt et budsjett som gir mulighet for videreføring av dagens ressursbruk slik at økning av aktivitetsnivået vil gi en effektivisering av driften innenfor flere enheter.

I budsjettet for 2014 er det budsjettert med en samlet aktivitet tilsvarende 220 825 DRG-poeng (204 893 DRG-poeng er knyttet til ivaretagelse av "sørge-for-ansvaret"). Internt er det planlagt med en noe høyere aktivitet (vel 1 pst). Det er lagt til grunn at meraktivitet i tråd med tidligere praksis finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter.

Forventet effekt av endringer i ISF-regelverket fra 2013 til 2014 (gjennomgående økte vekter for behandlinger ved Oslo universitetssykehus HF) er innarbeidet med 0,35 pst tilsvarende 770 DRG-poeng til Oslo universitetssykehus HF.

Foretaket ble 10. desember informert om at det i budsjett 2014 er videreført midler tildelt i 2013 til ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med 8 mill kroner (reduert fra 18 mill kroner i 2013). Oslo universitetssykehus HF har videreført prioriteringen internt slik at aktiviteten overfor denne pasientgruppen kan videreføres i 2014 minst på samme nivå som i 2013.

Ved utarbeidelse av aktivitetsbudsjettet for 2014 er det tatt hensyn til forventet effekt av innføringen av DIPS, både når det gjelder planlagt aktivitet for 2014 som helhet og i periodiseringen av budsjettet. Alle klinikkene har kartlagt konsekvensene av innføringen av DIPS i oktober 2014 for både aktivitet og kostnader. Klinikkenes DRG-budsjetter er redusert



med vel 500 DRG-poeng som følge av dette.

Tabellen under viser budsjettert aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2013 og 2014.

Antall DRG-poeng	Budsjett 2013	Budsjett 2014	Endring fra 2013 --> 2014
Medisinsk klinikk	26 720	26 664	-56
Klinikk for kirurgi og nevrofag	60 253	62 370	2 117
Kvinne- og barneklubben	35 314	35 885	571
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	58 364	60 443	2 079
Hjerte-, lunge- og karklubben	31 709	32 829	1 120
Akuttklubben	4 167	4 167	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	116	95	-21
Biologiske legemidler	1 793	1 826	33
Fellesposter	-1 398	-3 454	-2 056
<b>SUM</b>	<b>217 038</b>	<b>220 825</b>	<b>3 787</b>

Det ble høsten 2012 oppdaget at det pasientadministrative systemet ved Oslo universitetssykehus HF var satt opp på en slik måte at det for samme pasient uriktig kunne rapporteres flere konsultasjoner samme dag. Rettelse av dette ville kreve så store og komplekse endringer i PasDoc at det ikke ville vært på plass før helseforetaket hadde tatt i bruk DIPS. Dette forholdet har dermed medført feil i NPR-meldingen i 2013, og dette vil bli videreført i 2014 inntil Oslo universitetssykehus HF har tatt i bruk DIPS i oktober. Ved rapportering til Helse Sør-Øst RHF blir det manuelt justert for dette. I budsjettet for 2014 er dette håndtert ved at det er budsjettert med en negativ aktivitet (1.500 negative DRG-poeng og 45.000 konsultasjoner) på overordnet nivå.

#### 4.2. Laboratoriemedisin- og radiologi

Det er forventet at den somatiske aktiviteten reelt skal øke med 2,5-2,75 pst i 2014. Klinikk for diagnostikk og intervensjon er tilført 36 mill kroner for å kunne levere høyere aktivitet innenfor radiologi og laboratoriefagene. Ut over dette har Avdeling for radiologi og nukleærmedisin blitt ytterligere styrket for å redusere det underliggende kapasitetsproblemet, slik at avdelingen vil øke aktiviteten med minst 5 pst i tillegg til aktivitetsvekst planlagt for 2014. Til sammen gir dette en budsjettert aktivitetsvekst på 7-10 pst sammenlignet med 2013, og da særlig innenfor MR og CT. Det er lagt som forutsetning at aktivitetsveksten skal gjennomføres innenfor dagens maskinpark. Det er imidlertid en risiko for at kapasiteten på MR allerede er presset. Det vil derfor legges opp til utnyttelse av restkapasitet på kveldstid samt at man vil se på muligheten for å flytte pasientgrupper mellom lokalisasjoner.

#### 4.3. Aktivitet psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2013 vært høyere enn budsjettert, både for antall utskrevne døgnpasienter og for antall polikliniske konsultasjoner. Etter en økning gjennom de siste årene, særlig for poliklinisk virksomhet, er det for 2014 lagt til grunn en aktivitet som er om lag på samme nivå som i 2013. Det er foretakets vurdering at en aktivitet på dette nivået ivaretar befolkningens behov på en god måte.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge har aktiviteten i 2013 vært som budsjettert for døgnvirksomheten mens antall polikliniske konsultasjoner har vært lavere enn budsjettert. Det har vært jobbet systematisk for å øke den polikliniske aktiviteten gjennom 2013, og det

er for 2014 budsjettert med en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 8 pst fra estimatet for 2013.

En av hovedutfordringene innenfor døgnvirksomheten har i 2013 vært en økning i henvisninger av barn og ungdom med alvorlige og sammensatte tilstander. Dette har ført til stor pågang på foretakets døgn- og dagseksjoner, også fra områdepoliklinikkene BUP Vest (Diakonhjemmet) og Nic Waals Institutt (Lovisenberg). Spesielt har det vært høy innsøking til døgnbehandling for barn under 13 år. Ventetid på dagbehandling innen utredning og diagnostisering av nevroutviklingsforstyrrelser er lang, på tross av høy aktivitet. Som en følge av dette har poliklinikkene meldt at de nå behandler pasienter som vurderes å trenge et høyere behandlingsnivå, og som dermed tar opp kapasitet på poliklinikkene.

Det er på bakgrunn av dette tildelt midler for 2014 til to prosjekter (FRONT-team og nevrotilbud) for å bedre kapasitet på døgnbehandling for barn under 13 år og utredning og diagnostikk av nevroutviklingsforstyrrelser. Styrkingen av disse tilbudene er gjort på bakgrunn av en vurdering av hvor behovet for økte ressurser er størst. Det jobbes samtidig med økning av aktiviteten på poliklinikkene.

#### **4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2013 vært høyere døgnaktivitet enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten har vært lavere. I budsjett 2014 er det lagt til grunn en videreføring av nivået for antall døgnbehandlinger fra 2013, mens det er lagt inn en forventet økning i antall refusjonsgivende polikliniske konsultasjoner på om lag 1.500 (16,5 pst) fra 2013.

Innenfor TSB er det foretakets vurdering at det etablerte polikliniske tilbudet (sum av refusjonsberettigede og ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner) dekker etterspørselen i Oslo universitetssykehus HFs opptaksområde per i dag. Dette er vurdert på bakgrunn av at det per i dag ikke er ventetid ved poliklinikkene. Det er imidlertid potensiale for å øke antallet konsultasjoner med refusjon innenfor TSB betydelig ved å lydisolere alle kontorene ved Seksjon ruspoliklinikker, bygg 45 på Ullevål. Lydisolering til lydklasse A vil kunne gi bygget godkjenning som poliklinikk og seksjonens konsultasjoner vil være refusjonsberettigede. Det er igangsatt en prosess internt i sykehuset med sikte på gjennomføring av lydisolering. Det er lagt til grunn at kontorene er lydisolert senhøstes 2014, og at aktiviteten fra samme tidspunkt kan rapporteres som refusjonsberettigede konsultasjoner. Dette er inkludert i aktivitetsbudsjettet for 2014.

Det henvises for øvrig til tabell 3.2 for måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for 2014.

#### **4.5. Andre prioriteringer**

Gjennom budsjettarbeidet er det omfordelt og tildelt 103 mill kroner til prioriterte formål innenfor flere klinikker. Tildelingene fremgår av tabell 10.



#### 4.6. Forskning og utdanning

Oslo universitetssykehus HF er en meget stor aktør innen forskning, utdanning og innovasjon. Det har vært en vekst i forsknings- og innovasjonsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra Helse og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF. Hoveddelen av veksten kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Det er likevel slik at dette krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet. I budsjettet for 2014 er det ikke prioritert å bruke en større andel av basisrammen til forskning med unntak av at sentrale forskningsmidler er økt med 2,5 mill kroner. Helse Sør-Øst RHF har foreslått å tildele Oslo universitetssykehus HF 362 mill kroner til forskningsformål i 2014 (behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF 19. desember 2013). Foreslått tildeling innebærer en reduksjon i tildelte midler fra 2013 til 2014 på 30 mill kroner.

I økonomisk langtidsplan ble det påpekt at det vil være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. I budsjettet for 2014 er bevilgningen til videreutdanning av spesialsykepleiere økt med 19 mill kroner til totalt 39 mill kroner.

#### 5. Resultatforbedrende tiltak 2014

Klinikkene er pålagt ansvaret for gjennomføring av budsjett innenfor tildelte økonomiske rammer og krav om aktivitet. Klinikkenes gjennomføring av budsjettet avhenger av god ledelsesmessig forankring av fordelte budsjetttrammer og en stram styring. For å gjennomføre budsjettet er det i tillegg behov for å identifisere konkrete resultatforbedrende tiltak. De mest omfattende tiltakene er omtalt i den klinikkvise beskrivelsen av budsjettene i kapittel 6.

Tilpasningen til budsjettet for 2014 har vært hovedtema på flere utvidede ledermøter og det er diskutert og forankret en strategi for gjennomføring av budsjett 2014 som gjelder for alle klinikker. Strategien medfører en spesiell oppfølging av virksomheten i 2014 innen følgende områder:

- Økt aktivitetet i de kliniske klinikker skal i størst mulig grad gjennomføres med dagens bemanning ved å fjerne eller redusere "flaskehalser" knyttet til støttefunksjoner (anestesiressurser, postoperativ-/intensivkapasitet, operasjonssykepleiere, radiologi og patologi). Dette muliggjøres ved tilførsel av økte budsjetttrammer til støtteklinikken og gjennomføring av resultatforbedrende tiltak
- Øke den operative kapasitet i sykehuset ved
  - Bruk av andre ressurser enn spesialsykepleiere operasjon som nr. 2 på visse operasjonsstuer
  - Vurdere om antall sykepleieteam operasjon på kveld/natt/helg kan reduseres noe ved mer bruk av felles "øyeblikkelig hjelp-team"
- Øke den radiologiske kapasitet, særskilt MR
- Sengepostsamarbeid i helg

Nedenfor gis en nærmere omtale av disse områdene.

Ved gjennomføring av drift i 2013 har det vært rettet et særskilt fokus på følgende områder:

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

Krav til resultatforbedring på disse områdene vil bli fulgt opp også i 2014.

Administrerende direktør har etablert en tiltaks-/støttegruppe. Gruppen består av ledere fra den kliniske virksomhet med både sykepleie- og legekompentanse. Gruppens mandat er å gjennomgå hvordan driften gjennomføres i utvalgte avdelinger og gi råd til klinikkleder og avdelingsleder til områder som kan bidra til bedre gjennomføring av driften. Gruppen har gitt råd til en større kirurgisk avdeling høsten 2014. Tiltaks- og støttegruppen vil rette sitt arbeid mot andre større enheter i resten av 2013 og inn i 2014.

### **5.1. Økt aktivitet ved å fjerne flaskehals**

Etterspørselen (kfr ventelister og fristbrudd) er større enn kapasiteten innen mange fagområder. Samtidig gir mange fagområder uttrykk for at de ikke får utnyttet sine tilgjengelige ressurser maksimalt grunnet flaskehals særlig innen postoperativ-/intensivkapasitet, operasjonskapasitet (operasjonsstuer og operasjonssykepleiere) og radiologi (særlig MR).

Det pågår en rekke ombyggings- og utbyggingstiltak for å gi flere post operativ-/intensivsenge og flere operasjonsstuer. Utdanningen av operasjonssykepleiere vil også øke. Disse tiltakene omtales ikke nærmere her. I tillegg til disse tiltakene er det mulig å øke aktiviteten innen en del fagområder med

- Målrettet innsats for å fjerne eller redusere en del av dagens flaskehals med styrking av budsjettene innenfor støttefunksjonene.
- Tydelig oppfølging av avdelingenes aktivitet og særskilt om de kliniske avdelingene utnytter de mulighetene økt kapasitet innen støtteklinikken gir (mindre venting og færre strykninger) og at aktivitetsøkningen skjer ved effektiv utnyttelse av dagens ressurser

Med målrettet reduksjon i flaskehals forventes økt aktivitet uten særlig øket ressursbruk (utover variable kostnader som varekostnader) i kliniske avdelinger. Dette vil bidra til både reduserte ventelister og fristbrudd samt økonomisk resultatforbedring.

Økning i aktivitet gir betydelige følgekostnader for støtteklinikken Akuttklinikken, Klinikk for diagnostikk og intervensjon og Oslo sykehusservice. Økt kapasitet i støtteklinikken skal gjøres kontrollert og med produktivitetskrav, og innen de områdene som er Oslo universitetssykehus HF sitt definerte oppdrag. Alle fagområder skal derfor utarbeide tydelig informasjon til henvisende leger og samarbeidende sykehus over hvilke pasienter som skal henvises til Oslo universitetssykehus. Informasjonen vil inneholde hva som skal gjøres av utredning før pasientene henvises og hvilke pasientgrupper som med fordel kan behandles av andre (helseforetak, private sykehus og avtalespesialister /private spesialister). Dette er nødvendig sett ut fra lange ventetider og riktig prioritering av den helsehjelp Oslo universitetssykehus skal tilby.



## 5.2. Øke operativ kapasitet

Oslo universitetssykehus HF har opprettet et overordnet kirurgisk driftsstyre og fire lokale driftsråd for å styrke overordnet styring og koordinering av samlet operativ virksomhet i sykehuset. Driftsstyret og driftsrådene skal bidra til god pasientflyt, effektiv ressursutnyttelse og riktig prioritering samt sikre at problemer som hindrer effektiv operativ drift blir fulgt opp med tiltak. Det vil bli vurdert en tydeligere skjerming av effektive, elektive operative linjer, eventuelt med utvidet åpningstid og mer bruk av prepoliklinisk oppmøte og sammedagskirurgi innen en del fagområder og pasientgrupper.

Tilgang til operasjonssykepleiere er i dag en begrensende faktor innen mange områder inklusive muligheten for å øke kveldsdrift/utvide driftstiden. Oslo universitetssykehus HF vil vurdere to konkrete tiltak som begge anses som spesielt viktige for å bidra til tilstrekkelig kapasitet i en presset operativ drift:

- bruk av operasjonstekniker/sykepleier som ikke er spesialsykepleier i operasjon som ”nr 2” på en del operasjoner/stuer. Dette krever opplæring av andre personellgrupper/bedriftsintern opplæring av egne sykepleiere. Tiltaket vil ikke være aktuelt innen alle fagområder og fremmes som eget prosjekt.
- bruk av felles ”øyeblikkelig hjelp-operasjonssykepleieteam” på kveld/natt/helg.

Sykehuset har i dag et stort antall parallelle vaktlag av operasjonssykepleiere i vakt hele døgnet inklusive i helgene. Mange vaktteam har begrenset operativ aktivitet særlig om natten. Samtidig er det stort behov for økt (elektiv) operativ drift på ettermiddag /kveld. Mange andre store sykehus (bl. a. Karolinska og Universitetssykehuset i Nord-Norge) har i langt større grad enn Oslo universitetssykehus HF felles øyeblikkelig hjelp-operasjonsvaktlag utenom vanlig dagtid og spesielt om natten. Med bakgrunn i andres erfaring vil det utredes hvilke fagområder dette kan gjennomføres innenfor. Dette har tildels vært utredet tidligere både på Aker, Ullevål og Rikshospitalet, men gjennomføres i svært liten grad. Ettersom sykehuset har et stort behov for høy operativ aktivitet/operasjonssykepleiere samlet sett, vil reduserte vakttimer på natt kunne erstattes med økt arbeidstid på ettermiddag og kveld, slik at fast ansatte operasjonssykepleiere ikke trenger å få redusert arbeidstid ved en slik endring.

## 5.3. Øke radiologikapasitet

Tilstrekkelig kapasitet forutsetter både fornyelse av maskiner og tilstrekkelig personell som kan drifte maskinene både innenfor normal arbeidstid og utvidet arbeidstid. Det pågår en målrettet oppbemanning for å få til dette. Det er viktig at dette gjøres med konkret mål om at det i hovedsak blir økning i antall tilgjengelige ”arbeidstimer” for å utnytte gode maskiner maksimalt. Oslo universitetssykehus HF vil følge opp at økt personellinnsats gjenspeiles i minimum tilsvarende økning i kapasitet.

Samtidig er det viktig at bruken av avansert radiologi hele tiden følges opp med klare rutiner for indikasjon, klinisk konsekvens og hvilke undersøkelser som med fordel kan utføres av andre, konferer statsbudsjettets klare styrking av MR-tilbudet ved private institutter. Dette arbeidet vil videreføres som et samarbeid mellom radiologer og aktuelle klinikere.

## 5.4. Samarbeid mellom sengeposter i helg

Det er mange sengeposter ved Oslo universitetssykehus HF som har stor reduksjon i antall innlagte pasienter i helg. Det legges nå opp til et samarbeid mellom sengeposter i helger og spesielt der det er betydelig færre pasienter innlagt i helgene. Alle klinikker vil konkret gjennomgå alle sengepostene og vurdere følgende to modeller:



- Modell 1: Kun formalisert vakt samarbeid
- Modell 2: Fysisk sammenslåing i helg, alle helger det er praktisk mulig. Dette betyr at to eller tre naboposter samler pasienter i en eller to poster fra fredag ettermiddag til mandag morgen (evt lørdag formiddag til mandag morgen).

Der det er mulig skal modell 2 foretrekkes da det i langt større grad gir mulighet for redusert ressursbruk ved lavt belegg. Unntaksvis kan fysisk helgesammenslåing avlyses hvis belegget er unormalt stor. Satt i system vil dette kunne redusere de faste bemanningsplanene i helg noe, gi betydelige muligheter for redusert innleie og overtid, samt sikre en mer robust drift ved sykdom.

Ansatte på aktuelle poster vil i helger måtte håndtere nye pasientgrupper. Egne sykepleiere på ”nabopost” er dog som gruppe sannsynligvis bedre kvalifisert enn de sykehuset alternativt kan få inn fra vikarbyrå/som ekstravakter. Det legges opp til systematisk opplæring og kurs, samt tydelige rutiner. Regelmessig helgesamarbeid vil også bidra til tryggere feriegjennomføring hvor Oslo universitetssykehus HF allerede har gjennomført slike fysiske sammenslåinger.

Det henvises til rapport fra Kunnskapssenteret 28. okt 2013 om vikarbruk:

*Det anbefales at sykehusene bruker intern vikarpool i stedet for eksterne byråer. Dette begrunnes med at sykehusinterne sykepleiere vil være kjent med de felles organisatoriske systemene som er viktig for pasientsikkerheten – som for eksempel informasjonsteknologi og avviks og beslutningssystem, og at de vil få del i organisasjonens kultur og internopplæring.*

### **5.5. Andre tiltak**

Som det fremgår av øvrige budsjett dokumenter må Oslo universitetssykehus HF videreføre arbeidet også innenfor andre områder som sikrer at sykehuset gir best mulig pasientbehandling til flest mulig pasienter innen rammene. Dette omfatter blant annet videre arbeid innen innkjøpsområdet, legenes arbeids- og vaktplaner og større grad av ”produksjonsplanlegging”, dvs at man i større grad planlegger hvordan totalt antall undersøkelser/prosedyrer/pasienter (måltall for året) må fordeles gjennom dag/uke/år i forhold til tilgjengelige ressurser.

To ytterligere fokusområder i tillegg til ovennevnte omtales kort:

#### Poliklinikkdrift

Det skal etableres tydeligere praksis for hvilke pasienter Oslo universitetssykehus HF tar inn til undersøkelser med skriftlige rutiner ift pasientgrupper andre helseinstitusjoner kan vurdere og/eller behandle (se over). Det skal også vurderes omfanget av de kontroller som gjennomføres og samarbeid mellom poliklinikker samt at man skal sikre effektive åpningstider pr dag/uke og timebokoppsett som legger til rette for god logistikk og planlegging. Videre vil oppgaveforskyvning (”jobbglidning”) mellom leger, sykepleiere og helsesekretærer bli vurdert. Andel av sykepleiere som deltar i rotasjon til sengepost/helgevakt skal også gjennomgås. Dette er en vedtatt rutine for Oslo universitetssykehus HF der praktisering vil bli gjennomgått.

#### Bemanningsnormering på sengeposter

Oslo universitetssykehus har gjennomført en kartlegging og gjort vedtak om bemanningsnormering på sengeposter, men dette har ikke i tilstrekkelig grad blitt lagt til



grunn for faktisk bemanning på mange sengeposter. Vedtatte normer kompliseres av at et stort antall intermediaerpasienter/pasienter med behov for øket tilsyn og pleie ligger inne på mange fagrelaterte sengeposter. Dette må hensyntas i vurderingen av bemanning på postene. Klinikken vil gjennomgå sin bemanning og det vil være spesielt hensiktsmessig å sammenligne bemanning og turnus mellom ulike sengeposter med tilsvarende pasientbelegg opp mot normering og også sammensetning/tilgang på administrative ressurser mellom sengepostene.

## **6. Gjennomføring av driftsbudsjettet i klinikkene**

Nedenfor er det gitt en kort omtale av den enkelte klinikks budsjett for 2014 med fokus på vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014, tiltak, risiko og medvirkning i budsjettprosessen.

## 6.1. Klinikk for psykisk helse og avhengighet

KLINIKK FOR PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG fra bud 2013 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
1 800 000	15 000	1,19 %	-	20 300

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Klinikken har en resultatprognose på 15 mill kr for 2013, men vurderer inngangsfarten til å være på 12 mill kr som følge av midlertidige forhold i 2013.

Utgiftsrammen er redusert med 7 mill kr for TSB og 25,3 mill kr for psykisk helsevern som følge av innføring av ny inntektsmodell. Klinikken har blitt tilført midler til drift av ny enhet innenfor regional seksjon for spiseforstyrrelser, opplæringskostnader knyttet til innføring av DIPS, aktivitetsvekst og til to nye prosjekter innenfor BUP; et Front-Team for øyeblikkelig hjelp på døgn-nivå til barn under 13 år og et Spesialteam for å styrke og utvikle Nevropsykiatrisk enhet overfor barn med nevrouviklingsforstyrrelser.

Budsjettet leveres med kostnadsreduserende tiltak innenfor både TSB og psykisk helsevern for å oppnå nødvendig resultatforbedring.

### Tiltak

Alle avdelingene har kostnadsreduserende tiltak. De mest omfattende tiltakene er følgende:

- Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling reduserer kostnader til legemiddelassistert rehabilitering med 7 mil kroner (avtaleendringer)
- Døgnavdelingen reduserer bemanning på sengepost med 5 mill kr i reduserte kostnader
- Bemanningstilpasninger ved flere avdelinger – med årseffekt på 5,5 mill kr.
- Josefinesgt DPS. Reduksjon av 6 sengeplasser og overføring av kapasitet og ressurser fra døgn til poliklinisk virksomhet.

Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)		Klinikk
Tiltakskategori		KPHA
Innkjøp		7 000
Annet		2 715
Klinikkovergripende tiltak for driftsendring		1 639
Størrelse, bemanningsnormering og drift av sengeposter		8 946
<b>Totalt</b>		<b>20 300</b>

### Risiko

Klinikken vurderer at alle tiltakene er mulig å gjennomføre. Oppsigelse av avtale med Kirkens Bymisjon og reduserte kostnader i Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR) medfører lav risiko.

Risikoen er middels høy for de enhetene som får redusert bemanning både mhp konsekvenser for pasientbehandling, arbeidsmiljø og omdømme.

Redusert bemanning kan i ytterste konsekvens medføre at ansatte og pasienter vil kunne rammes av økt antall moderate og alvorlige skader. Klinikken er allerede den klinikken ved Oslo universitetssykehus HF med høyest antall avviksmeldinger som følge av skader. Videre nedbemanning krever nitid oppmerksomhet på variabelt pasientbelegg og fleksibilitet i bemanningskapasitet.

Klinikk Psykisk helse og avhengighet har et pasientbilde preget av kompliserte og sammensatte psykiske lidelser. Dette krever skjerpet samhandling i pasientforløpet, fra døgnaktivitet til dagaktivitet, samt bredde i tilbudet om poliklinisk behandling.

Konsekvensen av lav bemanning kan i verste fall være at andelen tvang i psykisk helsevern øker. Oslo universitetssykehus HF er i dag ett av sykehusene i landet med lavest prosentandel av tvang i behandlingen. Ledere i alle ledd i klinikken arbeider for at ansatte skal føle seg trygge på jobb.

### Medvirkning

Klinikkledelsen har uttrykt et klart ønske og ambisjon om deltakelse og involvering fra alle nivå i arbeidet med vurdering av eventuelle endringer, samt risiko- og konsekvensvurderinger.

Informasjon om status i arbeidet har fortløpende vært tatt opp med tillitsvalgte og verneombud i klinikk både i samarbeidsforum, KAMU og i ekstraordinært informasjonsmøte. Avdelingene i PHA har videre gitt tilbakemelding om god medvirkning i budsjettprosessen helt ned på enhetsnivå.



## 6.2. Medisinsk klinikk

MEDISINSK KLINIKK				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
1 026 000	-37 000	1,44 %	-0,6 %	13 100

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Medisinsk klinikk (MED) har en prognose for 2013 resultatet på - 37 mill kroner. Inngangsfarten til 2014 preges også av en underkompensasjon for redusert DRG krav på 3 mill kroner. Klinikken er tilført midlertidige rammer på 26,5 mill kroner og har derfor et utfordringsbilde for 2014 på ca. 13 mill kroner før tiltak.

Klinikken har fremdeles et krevende budsjett å gjennomføre, men forventer at fokus på kvalitet, pasientbehandling, kompetanseheving og forbedringsarbeid vil ha ytterligere positive effekter. Klinikken forventer en noe økt driftsutfordring som følge av oppgradering av Bygg 3 på Ullevål sykehus, men dette er ikke innarbeidet i budsjettene ettersom det vil være en midlertidig avviksperiode. All utfordring er plassert på avdelingsnivå i budsjettprosess 2014.

### Tiltak

Klinikken har i overkant av 63 definerte tiltak for 2014 med en total effekt på 13,1 mill kroner.

Medisinsk klinikk største tiltak for 2013 er også meldt inn for 2014 og gjelder avviklingen av intermediearenheten, et samarbeid mellom Oslo kommune og Geriatrik avdeling. Dette tiltaket vil nå med sikkerhet bli gjennomført etter dialog med kommunen. I tillegg meldes et stort tiltak som innebærer sammenslåing av sengeposter tilhørende Gastromedisinsk avdeling. Dette tiltaket fordrer at areal blir tilgjengelig for en samlet sengepost og henger sammen med øvrige arealprosjekter på Ullevål inklusive behovet for oppgradering av bygg 3 og erstatningsarealer i den sammenheng. Det er således et tiltak som uansett ikke vil få effekt før mot slutten av 2014.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>MED</b>
Innkjøp	852
Planlegging poliklinikk	180
Samarbeid med andre foretak og Oslo kommune	2 100
Sengeposter; Norm og planlegging	3 378
Vaktordninger og kjøp av legetid	1 773
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	1 611
Annet	3 249
<b>Totalt</b>	<b>13 143</b>

Klinikken jobber også med fem områder der det er et potensial knyttet til gjennomføringen:

- Bruk av dagpost (hvordan utnytte denne kapasiteten best mulig i Medisinsk klinikk)
- Tolkekostnader (har etter sentralt påtrykk og ny avtale doblet kostnadsnivået i 2013)
- Farmasøytjenester (prosjekt med apoteket for mulige forbedrede løsninger)
- Aktiv forsyning (klinikken er tidlig ute og dette vil ha effekt på varekost)
- Personalsamarbeidsprosjekt (større grad av samarbeid mellom fagområder)

#### Risikovurdering

Klinikkens innmeldte tiltak synes forsvarlige og går lite utover behandlingskvalitet. De viktigste tiltakene av større økonomisk betydning omhandler samlokalisering av fagområder. Tiltak utover de innmeldte mener klinikken at ikke kan gjennomføres uten betydelig økt risikobilde. Det er gjennomgått og levert tiltak på de 6 innsatsområdene i den grad klinikken ser det som forsvarlige.

De øvrige somatiske klinikkene planlegger en betydelig aktivitetsvekst. Medisinsk klinikk understøtter i vesentlig grad disse klinikkene med tilsyn, undersøkelser, øyeblikkelig hjelp på inneliggende pasienter og oppfølging og resultatet av en slik vekst vil føre til økonomisk press, reduserte tjenester og/eller kvalitet med mindre dette kompenseres.

#### Medvirkning

Tiltak 2013, med effekt også inn i 2014 ble drøftet på klinikknivå 5.9. For Budsjettprosessen 2014 ble det gjennomført en heldags samling den 12.9. med ledere, tillitsvalgte og verneombud på alle nivå i klinikken, samt klikkens brukerråd. Samlingen var et arbeidsseminar i avdelingene og i fagspesifikke grupper. Det sammenfattede resultat av dette arbeidet ble gjennomgått i Leder møte 25.9, sammen med tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. I dette møtet ble det også arbeidet videre med tiltakene i grupper. Leveranse I, oktober 2014, ble drøftet på klinikknivå 9.10. Siste budsjettleveranse er behandlet i AMU og drøftet 28.11.



### 6.3. Klinikk for kirurgi og nevrofag

<b>KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG (KKN)</b>				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
1 856 000	-160 000	3,6 %	3,3 %	66 400

#### Vurdering av det økonomiske utfordringsbilde

Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN) har en prognose for 2013 på -160 mill kroner. Resultatet er preget av enkelte engangsforhold som lav aktivitet som følge av stengningen av legevakten.

Klinikken har fått en midlertidig tildeling på 94 mill kroner slik at kravet til resultatforbedring før tiltak er 66,4 mill kroner.

#### Tiltak

KKN har lange ventelister både knyttet til poliklinikk og til operasjon. For å imøtekomme den økonomiske utfordringen og ventelisteutfordringen, har klinikken som hovedstrategi å øke aktiviteten uten tilsvarende økning på kostnadssiden blant annet med å øke utnyttelsen av operasjonskapasiteten:

A. Økt kapasitet med lengre dager. Krever ekstra innsats fra samarbeidende klinikker, spesielt Akuttklinikken. Arbeidet med dette er imidlertid i gang og klinikken forventer å ta ut effekter fra begynnelsen av året.

B. Økt antall operasjonsstuer ved bedre utnyttelse dagtid. Ved Sentraloperasjon på Ullevål og ved Rikshospitalet blir det trolig mulig å øke kapasiteten noe allerede fra årsskifte og trolig ytterligere økning utover året. I 2013 har KKN etablert ny kapasitet for mer dagkirurgi ved Aker for to avdelinger (Plastikkirurgisk og Kjevekirurgisk avdeling).

C. Overføre flere pasientgrupper til andre foretak/private institusjoner. Klinikken har i 2013 aktivt jobbet for å overføre kompetanse og aktivitet ved fotseksjonen på Ortopedisk avdeling til andre sykehus i HSØ. Erfaringen tilsier at pasienter som allerede er henvist til OUS ønsker å vente på behandling her.

D. Økt kapasitet som følge av effektiviseringer. Klinikken forventer i 2014 å se effekt av å forbedre arbeidsprosessene innen flere områder basert på LEAN-metodikk. Et eksempel er ved Nevrologisk avdeling der målet er å redusere tid fra utredningen starter til en pasient med epilepsi er operert fra 3 år til 1 år i løpet av 2014.

E. Økt kapasitet som følge av overordnede prioriteringer: Klinikken har fått tilgang til mer operasjonskapasitet med en ekstra operasjonsstue på Nevrokirurgisk avdeling (høst 2013). Det arbeides videre med:

- Tiltak for økt øyeblikkelig hjelpskapasitet innen ortopedien på Ullevål.

- Øke operasjonsaktiviteten på fredager ved Nevrokirurgisk avdeling, til spinal kirurgi
- En ekstra stue kjevekirurgi en dag i uken på Ullevål

Ut over prosjektene for å øke den operative kapasiteten er det også blitt satt i gang tiltak for å effektivisere poliklinikkene, både ift oppstart og utnyttelse av fredager. I tillegg jobber klinikken med flere andre tiltak som forventes å bedre det økonomiske resultatet i 2014, blant annet med større kostnadsreducerende tiltak på bemanningssiden, her forventes effekten å komme fra tidligst i 2. kvartal 2014.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>KKN</b>
Innkjøp	4 000
Vaktordninger og kjøp av legetid	15 300
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	38 609
Annet	4 000
Sengeposter; samdrift helg	4 500
<b>Totalt</b>	<b>66 409</b>

Et av de større kostnadsreducerende tiltak for klinikken vil være å få etablert en AMD-klinikk som gir en varig årlig reduksjon på 6 mill kr i redusert variabel lønn, men innebærer noe opptrapping av bemanning og investeringer i utstyr og bygg. i 2014.

Utredningspakker for nevrokirurgi og ortopedi (dagbehandling) for pasienter ved KDA. Dette vil være viktig for pasienter der sykehuset har regions- og landsfunksjon, men også for pasienter med større utredningsbehov. Dette prosjektet forutsetter et nært samarbeid med anestesi og radiologi.

Mer effektive løp for nevrologiske pasienter spesielt ved å samarbeide tettere om radiologiske undersøkelser for øyeblikkelig hjelp-pasientgruppene ved Ullevål og Rikshospitalet. Dette vil kunne frigjøre senger og avhjelpe nevrokirurgene med å behandle flere Oslo-pasienter.

Mer effektiv sengelogistikk for nevrokirurgiske pasienter for vårt lokalsykehusområde  
Etablere følgende pasientløp for pasientgruppen; Operasjon – PO – nevrokirurgisk post – nevrologisk post – hjem.

Forbedringer av operasjonssløyfen ved Nevrokirurgisk avdeling.

Innføring av 12-timers vakter ved ortopedisk operasjon, Ullevål

#### Risikovurdering

Den overordnede risikoen i budsjettet til KKN er knyttet til om man faktisk klarer å øke aktiviteten uten tilsvarende økning i kostnadene. Når det gjelder pasientrisiko, så vil de fleste av tiltakene ha en positiv effekt, i form av kortere ventetider. Flere av tiltakene vil ha en

positiv effekt på arbeidsmiljø, med bl.a. mindre overtid. Når det gjelder de større prosjektene, som innen nevrokirurgi og ortopedi, er klinikken avhengig av god anestesistervice. Det er også en risiko at ytterligere fortetting på Ullevål vil føre til redusert produktivitet.

#### Medvirkning

Tiltak og rammene for klinikken er drøftet i KAMU og ekstraordinær drøfting med tillitsvalgte.



#### 6.4. Kvinne- og barneklubben

KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN (KVB)				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
1 443 000	-52 000	-2,65 %	1,4 %	37 800

#### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Kvinne- og barneklubben (KVB) har en prognose for 2013 på -52 mill kroner. Klinikken forventer effekt av tiltak iverksatt siste del av 2013 som oppstart av fast-track IVF og høyere egenandelsinntekter fra IVF, men har også noen forhold som bidrar til økte kostnader i 2014.

Klinikken er tilført midlertidig ramme på 26 mill kroner, samt 7 mill kroner dedikert til nyfødt intensiv. Noen av disse midlene vil øremerkes spesielle tiltak og medføre en viss øket ressursbruk (kfr de tre prioriterte områdene i ØLP). De økte rammene innebærer imidlertid at klinikken har gode muligheter til å levere budsjett og regnskap i balanse og klinikken vil styre stramt for å oppnå dette. Det vurderes som absolutt nødvendig at planlagte tiltak gjennomføres tross økte budsjetttrammer. Uten dette vil det være risiko for underskudd.

Noe av de viktigste endringene i driften for 2014 er oppdraget alle HF har fått med å øke aldersgrense for sine barneavd. til 18 år. For KVB innebærer det en betydelig økt aktivitet. Av praktiske årsaker mener klinikken at beste gjennomføringstidspunkt er 1.september. Aktivitetsoverføringen forutsetter noe endringer/investering i arealer. KVB har i tillegg tre områder som klinikken ønsker å prioritere fremover:

- Nyfødtintensivavdelingen anerkjennes som en intensivavdeling hvor kompleksitet, behandlingstilbud og krav til behandling stadig øker og ressursinnsatsen må økes slik man gjør for øvrige intensivavdelinger. Planlegging i retning av "family centered care"/"rooming in" for å tilpasse seg dagens faglige standarder og forskrift om barn på sykehus.

- Midler til å møte økte kvalitetskrav fra Helsedirektoratets til fødeavdelingene som krever jordmorressurser

- Habilitering, inkl. finansiering av pedagog stillinger som har falt bort ved omorganisering av Sykehuskolen.

#### Tiltak

KVB har ingen planlagte endringer i form av flyttinger eller samlokaliseringer som vil få store gevinster i 2014. KVBs hovedtilnærming for å tilpasse seg tildelte rammer vil være fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid i den ordinære daglige driften.

Videre er det slik at god bemanningsstyring sammen med høy aktivitet er nøkkelen til gode resultater. Klinikken vil i tråd med dette styrke sin turnuskompetanse og oppfølging i 2014. Klinikken forventer samtidig at nå som hele klinikken er over i GAT, vil dette gradvis gi bedret styring og oversikt, - også på tvers av lokalisasjonene.

Tiltakene som er meldt inn fra avdelingene faller i stor grad innenfor aktivitet og reduksjon i innleie/variabel lønn. Klinikken har planlagt et innkjøpsprosjekt i 2014. Det er estimert et potensial på 1,5 mill kroner i reduserte varekostnader i dette.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>KVB</b>
Innkjøp	2 240
Planlegging poliklinikk	684
Sengeposter; Norm og planlegging	14 330
Vaktordninger og kjøp av legetid	100
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	4 568
Annet	4 518
Gjennomføring av operasjonsaktivitet (kirurgi)	11 400
<b>Totalt</b>	<b>37 840</b>

### Risikovurdering

Størst risiko til gjennomføring av tiltakene er knyttet til å få tildelt annen operasjonstid enn fredag for den ene fredagsstuen på Radiumhospitalet. Nyfødtintensiv (NIN) melder om noe risiko knyttet til reduksjon av innleie dersom medarbeidere slutter mtp påfølgende opplæringsbehov for nyansatte. Gynekologisk avdeling melder også om moderat gjennomføringsrisiko vedrørende økt operasjonsaktivitet innen generell gynekologi. Innføring av både Partus (fødejournal og til dels gynekologisk journal) 30. mars 2014 og DIPS 20. okt 2014 medfører en betydelig utfordring for KVB. Dette planlegges i detalj og det budsjetteres med ekstra personellinnsats slik at dette bør kunne håndteres. Det er viktig at aktiviteten holdes høy helt frem til helgen 20. oktober.

Ingen av tiltakene som foreslås bør ha betydningsfull negativ effekt på pasientbehandling eller omdømme. Både nyfødt- og fødeavdelingen har fått betydelig økte budsjettammer. Begge har både fått en øremerket budsjettøkning; nyfødtavdelingen 7 mill kroner prioritert sentralt og fødeavdelingen 5 mill kroner prioritert av KVB, samt sin del av generelt økte rammer i KVB. Begge avdelinger er likevel fortsatt presset bemanningsmessig. Det kan være en risiko for arbeidsmiljøet hvis man reduserer bemanning, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie og ikke reduksjon i faste ansatte.

Klinikkens erfaring er at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement og økt eierskap til løsninger, og derfor også er et bidrag til forbedret arbeidsmiljø. Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2014.



### Medvirkning

Klinikken startet budsjettprosessen tidlig. Avdelingene begynte allerede i august arbeidet for å finne tiltak (først og fremst) innenfor de nevnte tiltaksområdene i budsjettskrivet. Dette for å gi alle seksjoner og enheter tid til å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombud i prosessen. Klinikkledeledelsen har formidlet en klar forventning om at budsjett 2014 skal være tema på personalmøter, og at tillitsvalgte og vernetjeneste skal være med i dialogmøter på seksjons- og avdelingsnivå. Alle avdelingene har i forbindelse med dette gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. Budsjettsaken er drøftet på klinikknivå før innlevering.

## 6.5. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

<b>KREFT-, KIRURGI- OG TRANSPLANTASJONSKLINIKKEN (KKT)</b>				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
2 115 000	-94 000	2,39 %	3,5 %	26 500

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) har en prognose for 2013 på - 94 mill kroner, men prognosen påvirkes av enkelte midlertidige forhold blant annet knyttet til kreftbehandlingsmidlet Ipilimumab som genererer kostnader på ca 8,3 mill kroner. Disse kostnadene skal finansieres av et forskningsprosjekt. Inngangsfarten vurderes også som noe bedret ettersom tiltak gjennomført i siste del av 2013 forventes å gi helårseffekt i 2014. Det er en risiko for at andre nye kreftmedikamenter som introduseres i 2014 vil medføre økte utgifter for klinikken og for at enkelte av de nær 60 medarbeiderne på Institutt for kreftforskning som er lønnet over kortsiktige eksterne midler genererer rettigheter som medfører økonomiske forpliktelser.

KKT er tildelt midler til ny aktivitet, som vil kreve fokus å etablere, men ikke forventes å påvirke OUS sitt utfordringsbilde:

- Etablering av et prostatasenter vil blant annet bidra til bedre og raskere utrednings- og behandlingsforløp.
- En ny nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring, anbefales etablert som en del av et ernæringscenter på Gaustad og omfatter en ernæringspoliklinikk med en læringsarena for masterstudenter i ernæring ved UiO.

Klinikkens vurdering er at kravet til økonomisk resultatforbedring i 2014 er om lag 69 mill kroner før tiltak og midlertidig ramme. KKT er tilført en midlertidig ramme på 23,6 mill kroner slik at kravet til resultatforbedring er på 2,39 pst.

### Tiltak

Klinikken har levert tiltak for 26,5mill kroner for 2014. Det er definert 38 ulike tiltak i klinikken og det gjenstår noe for å få tallfeste effekten på ett tiltak. Klinikken har planlagt en aktivitetsvekst sammenliknet med faktisk aktivitet 2013 på 1,5 pst. Noe av denne økte aktiviteten er lagt inn uten tilsvarende økningen i kostnader, uten at hele effekten av dette er spesifisert i klinikkens tiltaksliste.

Klinikken har behov for å planlegge tiltak for ytterligere 2-3 mill kroner for 2014 og vil jobbe videre for å oppnå ytterligere effektivisering. Klinikken vil spesielt vurdere mulighetene innenfor ferieplanlegging, forbedringsarbeid for raskere pasienterforløp og for samarbeid mellom sengeposter i helgene.

Klinikken jobber også for å få til en bedre fordeling av budsjett for varekostnader ved operasjonsvirksomheten på Radiumhospitalet og medikamentell kreftbehandling



mellom enkelte klinikker. Dette vil trolig gi bedre samsvar mellom medisinsk faglig og økonomisk ansvar.

Innkjøpstiltak er den største tiltakskategorien og medikamenter utgjør en stor del av kostnadene der reduserte priser gjennom Legemiddelinnkjøps samarbeidet forventes å gi en besparelse på 7,7 mill kroner. Tiltakene forventes å ha effekt fra starten av året.

- Gjennomføring av operasjonsaktivitet og økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk dekker primært arbeidet med å redusere antall strykninger ved Rikshospitalet og Ullevål for Avdeling for gastro- og barnekirurgi. Gjennomføringen betinger tilstrekkelig kapasitet innen postoperativ-/intensiv-området og operasjonskapasitet. Økt poliklinisk aktivitet i Avdeling for kreftbehandling gir redusert forløpstider og innføring av teknologien VMAT på to strålebehandlingsmaskiner gir redusert behandlingstid.

- Reduserte kostnader til legetjenesten og sengepostene innebærer en viss gjennomføringsrisiko og er avhengig av aktivitetsnivå i klinikken.

- Ny intermedierstue ved avdeling for blodsykdommer er åpnet høsten 2013 og vil gi bedre drift og kunne bidra til intensivkapasiteten på sykehuset.

Avdeling for urologi har fremdeles det aller meste av sin virksomhet på Aker, noe som medfører driftsutfordringer for avdelingen, for eksempel har den måtte etablere egen mottaksfunksjon på Aker. Ved planlagt flytting til Ullevål vil driftsulempene falle bort.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>KKT</b>
Innkjøp	11 095
Samarbeid med andre foretak og Oslo kommune	780
Sengeposter; Norm og planlegging	1 575
Vaktordninger og kjøp av legetid	3 894
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	3 144
Annet	1 910
Gjennomføring av operasjonsaktivitet (kirurgi)	4 137
<b>Totalt</b>	<b>26 535</b>

#### Risikovurdering

Det er knyttet en viss gjennomføringsrisiko til de foreslåtte tiltakene. Som et eksempel krever tiltaket om redusert antall strykninger ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi tilstrekkelig operasjonskapasitet ved Ullevål og tilgang til postoperativ-/intensivkapasitet ved Rikshospitalet.

Med tanke på effekten på arbeidsmiljø, pasientbehandling og omdømme er tiltakene fra KKT er i hovedsak vurdert til å ha lav risiko. Noen av tiltakene er vurdert til å ha medium risiko. Det gjelder for eksempel tiltaket fra Avdeling for kreftbehandling som innebærer økt

kapasitet for poliklinisk behandling blant annet gjennom tidligere oppstart om morgenen. Tiltaket kan komme i konflikt med håndtering av undervisning og informasjonsutveksling for legene og det må arbeides med hvordan slike ulemper kan avhjelpes.

Det er ingen av klinikkens tiltak som er vurdert til høy risiko.

#### Medvirkning og involvering

Basert på erfaringene fra budsjettprosessen 2013 har klinikkledelsen forsøkt å forberede ledere og tillitsvalgtapparatet så tidlig som mulig om prosessene. Dette arbeidet har vært krevende ettersom prosessen og informasjonen påvirkes av forhold utenfor klinikken.

Klinikken laget og diskuterte en plan med forslag til møter med tillitsvalgte i forkant av budsjettleveransen med alle ledere og tillitsvalgte og vernetjenesten før budsjettprosessen startet.

Klinikkledelsen har understreket viktigheten av at medvirkning og fulgt opp overfor respektive avdelinger/seksjoner/enheter der tillitsvalgte/vernetjenesten har sagt fra om manglende involvering. Klinikkledelsen vil i den forbindelse fremheve at det gode samarbeidet med klinikktiltitsvalgte/vernetjenesten er en forutsetning for at KKT skal kunne klare å følge opp budsjettprosessen med hensyn til medvirkning og involvering på alle nivå i klinikken.

På klinikknivå har prosessen med budsjettarbeidet ivaretatt hensynet til medvirkning og involvering ved å avholde drøftemøter i forkant av leveranse. I tillegg har budsjettleveransens risikovurdering vært behandlet i klinikk-AMU 26. november 2013.



## 6.6. Hjerter-, lunge- og karklinikken

<b>HJERTE-, LUNGE- og KARKLINIKKEN (HLK)</b>				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
935 000	-70 000	2,51 %	3,5 %	11 000

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Hjerter-, lunge- og karklinikken (HLK) har en prognose på negativt resultatavvik for 2013 på 70 mill kr. November-resultatet kan tyde på at prognose for resultat 2013 blir noe lavere. Thoraxkirurgisk avdeling har i 2013 hatt økte kostnader med å operere sent på dag/kveld samt i helg for å utnytte intensivkapasiteten. HLK er tilført 7,2 mill kr som muliggjør en oppbemanning av 9 spesialsykepleiere og 1 intensivseng – dette er kostnader som inngår i prognosen for 2013.

Klinikken er tilført 40 mill kr i midlertidig ramme, noe som bedrer den økonomiske situasjonen. Til tross for at klinikkens økonomisk ramme for 2014 er bedret, og at klinikken kontinuerlig arbeider med driftsforbedringstiltak, må det arbeides videre med ytterligere konkretisering av tiltak for om lag 5 mill kroner. Klinikken har skissert driftsforbedringer som vil ha økonomisk effekt og vil kunne redusere utfordringen noe.

Det er noen forhold som vil kunne påvirke driften i 2014 som ikke er innarbeidet i budsjettet:

- Tidligere oppstart av operasjoner både på Rikshospitalet og Aker vil kunne være bedre for pasientene, utnyttelsen av operasjonsressursene og mtp ukurant arbeidstid.
- Etablering av PCI-satelitt ved Akershus universitetssykehus
- Det er usikkert med hensyn til flytting av deler av ablasjonsvolum til andre foretak eller private behandlingenheter /utlandet.

Av midlertidige forhold som er innarbeidet i budsjettet reduserer innføringen av DIPS forventet DRG-aktivitet med 230 poeng, en halvering av DRG-inntjening av elektiv drift i uke 43 i oktober 2014. Varekostnader er også trukket ned med ca 2 mill kroner som en konsekvens av noe lavere aktivitet.

### Tiltak

Erfaringsmessig har klinikkens tidligere tiltak hatt for lav gjennomføring. Tiltakene som meldes nå er knyttet til driftsendringer som dels kan være vanskelig å beregne effekten av, men vil føre til langsiktig og god drift. En hovedstrategi for å bedre driftseffektivitet er at det legges til rette for utvidet dagbehandling ved Rikshospitalet, slik at klinikken kan behandle flere pasienter på en dagenhet eller poliklinisk.

Klinikken jobber med tiltak som vil kunne medføre varige driftsforbedringer:

- Gjennomgang av alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk.

- Nye vaktplaner for overleger i thoraxkirurgi (TKA 1 og 2) og karkirurgi.
- Nye Hinasavtaler på ulike produkter, som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris, samt sikring av innkjøpsrutinene.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>HLK</b>
Innkjøp	4 850
Sengeposter; Norm og planlegging	800
Vaktordninger og kjøp av legetid	1 350
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	4 000
<b>Totalt</b>	<b>11 000</b>

### Risiko

De skisserte tiltakene for budsjett 2014 er gjennomførbare uten at tiltakene vil resultere i svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt. Tiltakene svekker ikke pasientsikkerhetsarbeidet, arbeidet med kvalitetsreformen eller forskningsaspektet. Kortsiktige tiltak som tilsvarende hele den negative prognosen vil kunne få negative konsekvenser for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø.

Åpning av 2 senger ved Kardiologisk avdeling er det mest omfattende tiltaket til klinikken når det gjelder økonomi og drift. Tiltaket vil kunne gi god økonomi samt reduserte ventelister for alvorlig syke pasienter, men er avhengig av utstyr til lab.

### Medvirkning

Klinikken har i forbindelse med budsjettleveransen avholdt budsjettseminar 6. juni, 11. september og 6. november, der drift, prinsipper og tiltak har blitt gjennomgått. På seminaret 6. nov. presenterte avdelingsledere eller seksjonsledere tiltak og planlagte driftsforbedringer for 2014 innefor sin avdeling.

Det har vært et stort fokus og krav til involvering av ledere på nivå 4 og 5 som alle har fått budsjettverktøyet selv og hatt gode muligheter for å få et eieforhold til eget budsjett. Økonomistaben i klinikken har hatt møter med alle ledere og bistått. Helsefaglig rådgiver i klinikken har vært en faglig pådriver for å få til mest mulig hensiktsmessige tiltak innenfor trygg pasientbehandling og et forsvarlig arbeidsmiljø.

Forslag til tiltak fra avdelingene er presentert for tillitsvalgte og verneombud i møte den 27. september, og med et oppfølgingsmøte den 8. oktober 2013. Det er skrevet referat fra møtene. I tillegg har tillitsvalgte og verneombud vært invitert til alle seminarne, samt til enhver tid fått tilsendt oppdaterte budsjettoversikter. Informasjonsmøte for tillitsvalgte og verneombud vedrørende budsjett ble avholdt fredag den 22. november og budsjettet ble drøftet den 29. november 2013.



## 6.7. Akuttklinikken

AKUTTKLINIKKEN (AKU)				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
2 061 000	-95 000	1,35 %	-	29 300

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Akuttklinikken har en prognose på - 95 mill kroner for 2013. Korrigert for ekstraordinære tiltak, oppstart aktivitetsvekst og nye forhold høsten 2013 vil klinikken ha en negativ inngangsfart til 2014 på 138 mill kroner. Nye oppgaver og forutsetninger er budsjettert til 36,8 mnok i 2014. Det er beregnet tiltak i 2014 på 29,3 mill kroner. Klinikken har fått styrket rammen fra 2013 til 2014 på 133,6 mill kroner. De nye budsjetttrammene inkluderer midler til vekst, klinikkens andel av planlagt DRG-økning i 2014, økning av midlertidige rammer og midler til opplæring DIPS. Det er i tillegg øremerket midler til styrking av bemanning AMK. Det er også bevilget 4 mill kroner til regionalt kompetansesenter innen smertebehandling fra HSØ for å øke kompetanse og kapasitet i behandling av langvarige smerter.

Dette er en stor styrking av budsjettet som vil gi et langt bedre utgangspunkt for oppfølging gjennom året enn tidligere. Klinikken har fortsatt en økonomisk utfordring i 2014. Det vil være økonomisk risiko knyttet til driften på postoperativ-/intensiv, Prehospitalt Senter og innen den operative driften (anestesi, operasjon og sterilforsyning). Budsjettet vil kreve god styring, oppfølging og ledelse.

### Tiltak

Samlet utgjør tiltakene 29,3 mill kr og 17 årsverk. Dersom flyttingen av Urologisk avdeling fra Aker ville latt seg gjennomføre hadde AKU kunne realisert ytterligere tiltak på 1,2 mill kroner, men disse er holdt utenfor denne innmeldingen.

Fokus i budsjettarbeidet 2014 har vært å få til et riktig nivå for bemanning og arbeidet med tiltak har vært sentralt. De mest omfattende tiltakene så langt i budsjettprosessen er beskrevet nedenfor.

**Bemanning.** Avdelingene har i budsjettarbeidet forutsatt at alle faste stillinger er besatt og at alle går vakter, spesielt helger, slik at klinikken reduserer bruk av innleie og overtid sammenlignet med 2013. Disse tiltakene utgjør 13,3 mill kr og består av mange mindre tiltak på de fleste seksjoner i avdelingene Postoperativ/Intensiv, Anestesisykepleie, Operasjon, Akuttmottaket og Ambulansetjenesten. Tiltakene vil få innslag på mange ulike tidspunkter og perioder. Det er også forutsatt tiltak på Aker med bedre samdrift på helg mellom avdelingene. Det kreves lederfokus å gjennomføre alle disse tiltakene. Utover konkret definerte tiltak er det forventet i budsjettet at PO/Intensiv vil redusere innleien i forhold til inneværende år under forutsetning av at de lykkes med rekruttering av personell i ledige og nye stillinger.

Omlegging av tjenesteplaner for overleger Rikshospitalet, reduksjon i vaktordninger på Aker og Radiumhospitalet og reduksjon overtid på Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet utgjør tiltak for 4,4 mill kroner.

Samlokalisering av Avdeling for Smertebehandling på Ullevål i november 2013 er ventet å gi en helårseffekt for 2014 på 1,5 mill kroner og mulighet for å redusere med 3 stillinger.

Pasientreiser fikk tilført 3 nye stillinger i budsjett 2013. Disse er ansatt i høst, og det forventes å gi økt samkjøring og besparelser på 2 mill kroner i 2014. Det er knyttet usikkerhet rundt effektene av nye anbud og evt. vekst i antall transporter.

Reduserte vedlikeholdskostnader ambulanser. Ved leveranser av nye ambulanser tidlig på året vil klinikken få en redusert kilometerstand på bilflåten. Klinikken forventer at det vil gi reduserte drifts- og vedlikeholdskostnader på bilene, estimert til 1,5 mill kroner gitt at bilene leveres 1. april. Forsinket leveranse vil gi redusert effekt av tiltaket.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>AKU</b>
Innkjøp	920
Planlegging poliklinikk	224
Samarbeid med andre foretak og Oslo kommune	160
Sengeposter; Norm og planlegging	13 388
Vaktordninger og kjøp av legetid	4 371
Annet	8 211
Sengeposter; samdrift helg	2 040
<b>Totalt</b>	<b>29 314</b>

#### Risikovurdering

Det er varierende risiko ved gjennomføring av tiltakene. Samarbeid med andre seksjoner internt i klinikken og mot andre klinikker er en forutsetning for flere tiltak. Det betyr for Akuttklinikken at det fortsatt er noe risiko knyttet til økonomien i 2014:

- Drift Aker - Fortsatt behov for beredskap medfører høyt kostnadsnivå også fremover for AKU.
- Bemanning - Akuttmottak, Anestesi-, Operasjons- og PO/Intensiv-avdelingen er alle enheter som er sterkt berørt av sykehusets aktivitet og andre klinikkers virksomhet. Risiko for manglende gjennomføring av tiltakene vil være tilstede ved endringer i brukeravdelingenes behov. Risikoen varierer avhengig av type drift og lokalisasjon. Risiko for driftsavvik kommer som følge av uhensiktsmessig organisering og styring av operative ressurser. Det er forventet at driftsoppfølgingen av operativ virksomhet etter opplegg fra sykehusets nye driftsstyre vil minske denne risikoen betydelig. Det er forventet at alle avdelinger i klinikken med de økte budsjetttrammene i 2014 vil følge opp tettere og redusere risikoen i forhold til inneværende år.
- Samlokalisering Smerteavdelingen vurderes til å ha liten risiko.



- Risikoen for at Pasientreiser ikke samkjører som planlagt er minimal, men vil bero på nye anbud og vekst i antall transporter.
- Reduksjon i vedlikehold av ambulanser forutsetter tilstrekkelige investeringsmidler til kjøp av nye ambulanser tidlig 2014.
- Risikoen i Prehospitalt Senter er forøvrig knyttet til økt aktivitet og til manglende IKT-utstyr i AMK og ambulansetjenesten.

Tiltak knyttet til bemanningsreduksjon i Akuttklinikken vil lett kunne bety forsinkelser og eventuelt strykninger i operativ virksomhet. I budsjett 2014 har Akuttklinikken ingen bemanningsreduksjon. Budsjettet er styrket på bemanningssiden. Risikoen vurderes således å være lav.

Det har i 2013 vært meldt flere avvik i pasientbehandlingen. Kapasitet i prehospitaltjenester, særskilt svartider i AMK, og PO/Intensivkapasitet har vært i fokus for tilsynsmyndighet og i det offentlige rom. Fremlagt budsjett vil styrke driften betydelig i disse enhetene. Implementering av budsjettet, oppbemanning og styring av ressurser vil redusere risikoen på dette området.

Omstilling, endring og produktivitetsøkning har belastet arbeidsmiljøet for ansatte. Lederslitasje på N3, N4 og stab registreres fortsatt. God lederrekruttering og mer kompetanse gir bedre mulighet til styring. Forsatt vil en del ikke-funksjonelle arealer og lange byggeprosjekter påvirke arbeidsmiljøet. Sykefraværet er imidlertid ikke stigende.

#### Medvirkning

Klinikkens tillitsvalgte og verneombud har vært involvert i budsjettarbeidet fra klinikkens formelle "kick-off" med budsjettmøter 17.juni for alle seksjoner og avdelinger, dialogmøtet 15. august og tilsendelse av løpende informasjon. Ved oppstarten av budsjettarbeidet var det fokus på at hver avdeling og seksjon sørget for å ha løpende involvering av tillitsvalgte og verneombud. Det er planlagt møter for dialog og drøftingsmøter i klinikkens tidsplan for budsjettet 2014. Påminnelse om seksjonenes og avdelingenes ansvar for medvirkning for ansatte og tillitsvalgte/verneombud er løpende tema på møter og i all kommunikasjon om budsjettarbeidet i klinikken. Betydelige endringer i budsjetttrammene tett innpå leveringsfrist har vært en utfordring i involveringen på alle nivå.



## 6.8. Klinikk for diagnostikk og intervensjon

KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON (KDI)				
Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)	Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)	% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet	% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014	Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)
1 969 000	-8 000	1,35 %	-	29 300

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Klinikken har per oktober en prognose på 8 mill kroner i negativt resultatavvik. Kravet til resultatforbedring på 1,35 pst innebærer om lag 22,4 mill kroner. Klinikken mener å ha tilstrekkelig med tiltak for å dekke kravet til resultatforbedring og muliggjøre forventet aktivitetsvekst.

KDI har i budsjettprosessen løftet utfordringer knyttet til manglende finansiering av aktivitet som vil påløpe i 2014 og har blitt tilført utgiftsrammer for å dekke dette. Samlet har klinikken økte kostnader knyttet til nye oppgaver tilsvarende 27,1 mill kroner. Noen av de største elementene er:

- Akuttmottaket - 13 mill kroner tilført i ramme forventes å dekke merutgiften
- Avtale med Unilabs og Aleris - tilført 3,3 mill kroner i ramme
- Innføring av LIMS (felles laboratoriesystem) og RIS/-PACS (felles radiologisystem) tilført 10,8 mill kroner i ramme.

Denne tilførselen kommer i tillegg til midlene som skal finansiere aktivitetsveksten og som er på 36,6 mill kroner og styrkingen av radiologi med forventet 2014 effekt på 17 mill kroner. I tillegg har KDI fått innvilget businesscase for ca 12 mill kroner knyttet til medisinsk teknisk utstyr og meldt økte inntekter som kompenserer økte kostnader for 36 mill kroner.

### Tiltak

Det er identifisert tiltak for ca 30 mill kroner. Det er ikke budsjetterte uttak av årsverk knyttet til disse tiltakene. Det presiseres at mange av tiltakene ikke er ment å resultere i økonomisk uttak, men andre effekter som er positive for pasientbehandlingen – frigjøre kapasitet til aktivitetsøkning, svartider, kvalitet, arbeidsmiljø etc.

Klinikken har i år valgt å legge et minimumskrav på leveranse av forbedringstiltak på 1 pst av kostnadsrammen. Når inngangsfarten til 2014 er lavere enn dette minimumskravet, vil tiltakene generere gevinster som skal benyttes innad i egen avdeling. Tiltakene vil da gi rom for å øke kapasitet. Dette skal gi positive utslag på aktivitetsvekst, svartider og andre kvalitetsindikatorer. Risiko for negative effekter på pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø vurderes som lav.

- Innkjøp Alle laboratorieavdelingene vurderes å ha potensiale for å redusere kostnader gjennom klinikkens innkjøpsarbeid påbegynt i 2013. Realiseringen av disse gevinstene er blitt forsinket, men det foreligger en anskaffelsesplan som er tenkt gjennomført i

2014.

- Effekter av MTU investeringer: Enkelte av tiltakene betinger investeringer knyttet til automasjon som ikke har blitt gjennomført i 2013. Det er risiko knyttet til gjennomføringen av disse tiltakene i 2014.

- KDI har også en rekke business case (BC) som bidrar til varige forbedringer av arbeidsprosesser og som nedbetales på under ett år. Iverksettelsen av disse kan også for 2014 bli noe forsinket.

- LEAN prosjekter: Klinikken håper at denne metodikken kan bidra til et mer bevisst og kontinuerlig forbedringsarbeid som i det lange løp vil gi varige gevinster – både økonomisk, kvalitetsmessig og med tanke på arbeidsmiljø.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>KDI</b>
Innkjøp	3 300
Annet	25 815
Legers tidsbruk (vaktordninger mv)	2 200
Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	2 300
Samarbeid med andre sykehus og Oslo kommune	970
<b>Totalt</b>	<b>34 584</b>

### Risikovurdering

De aller fleste tiltakene lar seg igangsette i 2014, men det er knyttet usikkerhet til gjennomføringsgrad og gevinster spesielt de tiltakene som krever MTU investeringer og servicekapasitet hos Sykehuspartner. Det ligger også risiko i at klinikkens tiltaksoppnåelse normalt ligger på ca 60 pst av opprinnelig budsjettert verdi.

Det er forventet en økt aktivitet ved OUS på 2,5-2,75 pst i 2014. KDI er kompensert for denne veksten med ca 36 mill kroner, og deler av disse midlene er forfordelt Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for patologi. Dette betyr at øvrige laboratorieavdelinger i større grad må finansiere aktivitetsvekst gjennom effektiviseringstiltak.

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin har blitt styrket for å redusere det underliggende kapasitetsproblemet. Med en styrkning på ca 29 mill kroner i årseffekt (7 mnd effekt innarbeidet i budsjettet) skal avdelingen øke aktivitet med totalt mellom 7-10 pst fra et 2013 nivå. Avdelingen vil prioritere vekst innenfor MR og CT innenfor dagens maskinpark. Risiko kan være at kapasiteten på MR allerede er presset, noe som innebærer at avdelingen må legge opp til utnyttelse av restkapasitet på kveldstid samt se på mulighetene for å flytte pasientgrupper mellom lokalisasjoner.

### Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal involveres på det nivået tiltakene får effekter/konsekvenser. Alle avdelinger har gjennomført dialogmøter angående foreslåtte tiltak og levert referater fra møtene som vil bli lagt ved endelig leveranse fra klinikken. Jevnlig dialog ang gjennomføring av tiltak vil skje gjennom året.



## 6.9. Oslo sykehuservice

<b>OSLO SYKEHUSSERVICE (OSS)</b>				
<b>Budsjett 2013 rev 2 (i 1000 kr)</b>	<b>Prognose for resultat 2013 (i 1000 kr)</b>	<b>% krav til resultatforbedring i 2014 budsjettet</b>	<b>% aktivitetsvekst i DRG bud 2013 rev 2 til bud 2014</b>	<b>Tiltak meldt fra klinikk 30. nov (i 1000 kr)</b>
1 925 000	-18 000	1,85 %	-	17 300

### Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Oslo sykehuservice (OSS) har i forbindelse med budsjettprosessen utarbeidet en liste over oppgaver som OSS ikke har rammer til å utføre. Etter møter med sentral stab er det avklart hvordan disse oppgavene skal håndteres i 2014. Noen oppgaver skal gjennomføres, og det tilføres midler til dette. Andre oppgaver skal gjennomføres, men det forutsettes at dette belastes bruker. Noen kostnader forutsettes dekket innenfor OSS sine eksisterende rammer.

### Tiltak

Samlet sett anses det at det er utarbeidet tilstrekkelig med tiltak for å møte utfordringen for 2014. Det er ved utsendelse av drøftingsnotater 21. november ikke utarbeidet nye konkrete tiltak knyttet til ny rammereduksjon på 19,5mill kroner i endelige rammer av 21. november. Det legges i utgangspunktet ikke opp til økte rammekutt hos virksomhetsområdene, men det øker presset på virksomhetsområdene til å komme i balanse med tildelte rammer.

OSS får redusert mulighet til å påta seg nye oppgaver, prioritere kostnadskrevende interne utviklingsprosjekter og satsingsområder i 2014.

### Risikovurdering

Ift risiko for gjennomføring av budsjett 2014 så er noen av de identifiserte tiltakene for å oppnå budsjettbalanse avhengige av suksess i gjennomføring (eks økt nærvær), andre er avhengig av ekstern godkjenning på søknad om eksterne midler, mens andre er avhengig av prosjektgjennomføring utenfor OSS.

Det er så langt i prosessen ikke foreslått noen tiltak som anses å ville ha høy risiko for konsekvenser for pasientbehandling, omdømme, eller medarbeidertilfredshet. Likevel vil for eksempel mangelfullt vedlikehold på sikt innebære en høyere risiko.

### Medvirkning

Oslo sykehuservice gjennomførte ultimo juni budsjettseminar med ledergruppen og har hatt en god dialog med klinikktiltitsvalgte. I medio august var det felles gjennomgang og diskusjon om de utsendte rammefordelingene sammen med klinikktiltitsvalgte og nivå-3 ledere. Tidsplanen ble gjennomgått og forankret sammen med et opplegg for involvering av ansatte. I drøftingsmøtet 3.oktober fremgikk det at klinikktiltitsvalgte og OSS-ledelsen oppfatter at deltagelse i budsjettprosessen har vært god innværende år.

Klinikktiltitsvalgte har fått grunnlaget for samtlige leveranser. Det har vært avholdt formelt drøftingsmøte 27. november. Her ble budsjettleveranse gjennomgått, i tillegg til en gjennomgang av hvordan oppgavene på listen over prioriterte oppgaver skal håndteres i 2014 (ref punkt 1, andre avsnitt). Protokoll ble signert i etterkant og det er ikke kommet tilførsler til protokollen.

Budsjettsituasjonen til OSS er gjennomgått med klinikkrepresentanter i OSS sine faste "kundemøter" med disse. I samråd med klinikkrepresentantene er det ikke gjennomført egne dialogmøter med klinikkene hvor tiltak er gjennomgått, da tiltakene i liten grad vil påvirke klinikkene.

<b>Budsjettert økonomisk effekt i 2014 (1000 kr)</b>	
<b>Tiltakskategori</b>	<b>OSS</b>
Annet	17 275
<b>Totalt</b>	<b>17 275</b>

## 7. Investeringsbudsjettet

Investeringsrammen til ordinære investeringer for å sikre videreføring av drift er økt fra 594 mill kroner (medregnet 160 mill kroner til bygg/tilsyn) til 785 mill kroner fra 2013 til 2014. Det er to finansieringskilder til ordinære investeringer: Likviditet fra basistildeling og ekstraordinær finansiering fra Helse Sør-Øst RHF. Likviditet fra basistildeling er økt med 21 mill kroner fra 2013 til 2014. Ekstraordinær finansiering fra Helse Sør-Øst RHF til oppgradering av bygningsmassen er økt med 170 mill kroner fra 2013 til 2014.

I tabellen under fremkommer den fordelingen av investeringsmidlene som nå legges til grunn.

Kategori	Investeringsformål	Foreslått budsjett 2014 i mill kroner	Bygg - mulig disponering
MTU	Sammenbrudd	100	
MTU	Overvåking	44	
MTU	Stråleterapi	39	
MTU	MR	16	
MTU	Pumper	14	
MTU	Autoklaver og instrumentvaskemaskiner	17	
MTU	Business case	13	
MTU	Andre planlagte anskaffelser	30	
Bygg	Totalt	428	
Bygg	Planl. prosjekter arbeidstilsyn og brann		160
Bygg	Elektro		140
Bygg	IKT - fiber med kjøling		60
Bygg	Sammenbrudd		50
Bygg	Investeringer som følger av MTU		43
Bygg	Trykkammer		30
Bygg	Business case		10
Bygg	Likviditetsmessig forskyvning		-65
Annet	Ambulanser	23	
Annet	Behandlingshjelpemidler	19	
Annet	Biler, trucker, vaskemaskiner, kjøkken mm	17	
IKT	Lokale IKT investeringer	25	
	<b>SUM</b>	<b>785</b>	

### Nærmere om investeringer i medisinsk teknisk utstyr

I tabellen ovenfor er det samlet sett disponert midler til investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 273 mill kroner. I tillegg vil det innenfor omstillingsinvesteringene inngå budsjetterte anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr i størrelsesorden 84 mill kroner. Totalt budsjett for anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr er derved 357 mill kroner i det foreliggende budsjett, jf styrets beslutning om en flerårig investeringsplan for MTU på i størrelsesorden 350 mill kroner per år.

I samsvar med styrets vedtak 25. oktober 2012 er det utarbeidet en flerårig plan for investeringer i MTU i perioden 2013 til 2016. Planen er basert på en gjennomgang av alt medisinsk teknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus HF i regi av Medisinsk teknisk virksomhetsområde. Klinikkene har kartlagt det behov de mener må prioriteres i perioden.



Dette arbeidet er samlet og konkretisert i en plan for prioriterte utskifninger i Oslo universitetssykehus for årene 2013-2016.

#### Nærmere om investeringer i bygg

Oslo universitetssykehus HF har en til dels gammel og nedslitt bygningsmasse, med et betydelig vedlikeholdsetterlep. En rapport fra Multiconsult fra 2011 antyder at dersom man skal oppgradere dagens bygningsmasse slik at den understøtter en bærekraftig drift, så vil dette medføre oppgraderingskostnader på mellom 7 og 9 mrd kroner. I Arealutviklingsplan 2025, fremlagt styret den 29. mars 2012 i sak 18/2012, ligger det en forutsetning om å erstatte mange av dagens bygg med nye og mer egnede bygg som bedre kan understøtte fremtidsrettet pasientbehandling. I tillegg ligger det inne beregninger for tekniske oppgraderinger og ombygninger av en rekke bygg som til sammen utgjør kostnader i en størrelsesorden på vel 5 mrd, hvorav 1,6 mrd av disse var forutsatt å dekke tilsynsavvik innen bygg og infrastruktur. Foreliggende planer om midlertidig oppgradering av eksisterende bygningsmasse bygger i hovedsak på de planer som Arealutviklingsplan 2025 synliggjør med hensyn til tekniske oppgraderinger og ombygginger.

Uavhengig av scenario i det forestående idéfasearbeidet, så vil det måtte gjennomføres midlertidige oppgraderinger av dagens bygningsmasse og infrastruktur. Foreløpig er det lagt til grunn at foretaket bør komme opp i et omfang på om lag 450 mill kroner årlig til denne type nødvendige oppgraderinger (Økonomisk langtidsplan 2014-2017). Dette er formidlet til Helse Sør-Øst RHF og for 2014 budsjettet er dette finansiert med 350 mill kroner i ekstraordinær finansiering. I tillegg disponeres midler til bygginvesteringer innenfor den ordinære likviditet fra basistildeling med 78 mill kroner for budsjett 2014.

For Oslo universitetssykehus HF er det viktig å få en økonomisk forutsigbarhet i finansieringen slik at man kan planlegge prosjekter over flere år. Med en forutsigbar finansiering, kan man bygge opp en gjennomføringsstruktur og få lukket de aller største avvikene, spesielt innen brann- og arbeidsmiljøtiltak.

Nivået for oppgraderinger gjøres for å sikre et forsvarlighetsnivå, men har et midlertidig preg da det er forventet over tid at en rekke nye bygg vil erstatte deler av dagens bygningsmasse. Nivået det legges opp til er derfor en form for "midlertidig bærekraft". Et eksempel på dette er rensing av ventilasjonssystemer fremfor totalrehabilitering med nye ventilasjonsanlegg. Et annet eksempel kan være tilføring av ytterligere strøm gjennom "trafo" fremfor erstatning av stigeledninger og hovedtavler. Levealderen for de investeringene som skal utføres vil variere. Noen investeringer vil gi grunnlag for drift i 15-20 år, mens andre vil trolig vare kortere.

Ut over allerede planlagte forbedringsprosjekter knyttet til tilsyn ift arbeidsmiljø og brann vil det for 2014 budsjettet bli prioritert investeringsmidler til særskilt fire områder:

- Elektrotilsyn: Det er et stort investeringsbehov innenfor elektro, estimert til om lag 220 mill kroner totalt. Oslo universitetssykehus HF betaler nå månedsbøter og er i dialog med tilsynet om prioritering av investeringer for 2014.
- IKT-fiber med kjøling: Implementering av DIPS og felles basisplattform stiller andre krav til yteevne. Mye av dette må være på plass før DIPS-implementering.
- Investeringer som følge av MTU: For å gjennomføre et investeringsnivå på 357

mill kroner i MTU må det tilrettelegges med bygginvesteringer for flere av anskaffelsene.

- Trykkammer: Bygginvesteringene er betydelige for å få på plass ett nytt trykkammer i Oslo universitetssykehus HF. Dette er også en tilsynssak. MTU-delen av investeringen inngikk i budsjett 2013.

### 7.1. Omstillingsinvesteringer

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører samlokaliseringstiltak/omstillingstiltak innen en investeringsramme på 1,5 mrd kroner. Det vises til Prop. 1S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor det står:

*"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.

Samhandlingsarena Aker tiltak med en vedtatt totalramme på 75 millioner ble i prop 1S for budsjettåret 2014 lagt til investeringsrammen på 1.5 milliarder slik at total låneramme i 2012 kroner er 825 mill kroner.

For 2014 er det avsatt totalt 470 millioner til omstillingsinvesteringer i budsjettet (inklusive samhandlingsarena Aker). Delprosjektene som dette omfatter vil alle bidra til å samlokalisere virksomhet som beskrevet i styresak 50/2013.

Akuttbygget er det eneste nybygget som er under oppføring per nå, og første delinnflytting er planlagt til januar 2014.

Mandat for idéfase Oslo universitetssykehus HF er forelagt styret. Helse Sør-Øst RHF finansierer idéfasearbeidet med 36 mill kroner. Oslo universitetssykehus HF fakturerer Helse Sør-Øst RHF for medgåtte kostnader. Prosjektet skal ikke gi utslag i det økonomiske resultatet for 2014.

### 7.2. IKT-investeringer

Innenfor IKT-området håndterer Helse Sør-Øst i stor grad finansieringen av investeringene innenfor regionale IKT-programmer. Helseforetakene må likevel finansiere investeringer som er knyttet til tilpasninger til egne behov og som må gjøres for å kunne ta i bruk en regional løsning. I tillegg må sykehuset finansiere IKT-investeringer som ikke er del av regionale program. Oslo universitetssykehus HF har innenfor det ordinære investeringsbudsjettet prioritert IKT-investeringer innenfor en ramme på 25 mill kroner for 2014 (jf tekstabell under). Prosjekter er prioritert ut fra behovet om å sikre stabil drift eller støtte omstillingen og fordeler seg som følger:



<b>Prosjektnavn</b>	<b>Investerings-midler 2014 Etter prioritering i OUS IKT-utvalg</b>
Innføring av regional EPJ i OUS	3 400 000
OUS - Innføring av elektronisk fødejournal	1 500 000
MinJournal 2014: Sikker meldingstjeneste	500 000
Breeding av elektronisk kurveløsning MetaVision ved OUS 2014	2 150 000
AMK 113 (foranalyse pågår)	2 000 000
Spesialistmodul Nyrebase	2 000 000
eKommunikasjon med brukere i Klinikk PHA	200 000
<b>Sum prosjektkostnader IKT-fagutvalg klinisk, forkn.st og samhandling</b>	<b>11 750 000</b>
OUS - RIS/PACS ved Radiumhospitalet - Carestream - i bruktakelse	1 700 000
IKT Analyseplattform, DNA sekensieringsdata i genetisk diagnostikk	3 750 000
Synkronisering mellom Kreftregisteret og mammografiscreeningen i Oslo	200 000
<b>Sum prosjektkostnader IKT-fagutvalg lab og radiologi med forkn.støtte og samhandling</b>	<b>5 650 000</b>
Felles innkjøp og logistikkjøp	4 500 000
Felles fakturaløsning	600 000
Utvidelse og endring av server og lagringsmiljø for OUS LIS	1 000 000
Organisasjonsforvaltning	1 000 000
Utvikling og oppgradering av Håndboken (Dashboard 5)	500 000
<b>Sum prosjektkostnader IKT-fagutvalg adm.tjenester og LIS</b>	<b>7 600 000</b>
<b>Sum prosjektkostnader prioriterte prosjekter</b>	<b>25 000 000</b>

IKT-investeringer som Oslo universitetssykehus HF ønsker utført i 2013 finansiert av regionale midler er anslått å kreve en finansiering på 585 mill kroner og fordeler seg som følger:

<b>Kategori</b>	<b>Foreslått budsjett 2014</b>
Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	276
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	35
Prosjekter innenfor området infrastruktur	274
<b>Sum Regionalt finansierte prosjekter</b>	<b>585</b>

Det understrekes at totaltallet og fordelingen ovenfor kun er anslag. På dette tidspunkt er verken totalsum for prosjekter for IKT i Oslo universitetssykehus HF eller de enkelte prosjektene besluttet i Helse Sør-Øst RHF.

## **8. Likviditet og finansiering (kontantstrøm og balanse)**

Kontantstrømbudsjettet er avledet av investeringsbudsjettet og resultatbudsjettet, samt enkelte kjente endringer i arbeidskapitalen.

Ved utgangen av 2013 forventes benyttet driftskreditt for Oslo universitetssykehus HF å være 2 969 mill kroner. Kontantstrømbudsjett for 2014 viser at benyttet driftskreditt vil øke med om lag 440 mill kroner i løpet av året, til tross for et budsjettert årsresultat på null. Årsaken til utviklingen er at budsjettert pensjonskostnad som resultatføres er om lag 360 mill kroner lavere enn budsjettert pensjonspremie som skal betales. På kort sikt vil det være forskjeller

mellom pensjonspremien og pensjonskostnaden. Dette skyldes blant annet at pensjonspremien baseres på andre parametre enn pensjonskostnaden. I tillegg er det tatt hensyn til negative effekter knyttet til utbetalinger til Sykehuspartner for tidligere års planlagte investeringer i IKT.

Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF øker driftskredittrammen til foretaket tilsvarende forskjellen mellom kostandsført pensjonskostnad og betalt pensjonspremie i desember, slik at foretaket har tilstrekkelig likviditet. Endelig likviditetseffekt blir ikke avklart før endelig pensjonskostnad foreligger med nye parametere i begynnelsen av 2014.

<b>Tabeller til budsjettdokument 2014</b>	
1.	Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2014
2.	Økonomiske forutsetninger 2014
3.1	Måltall for somatikk 2014
3.2	Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2014
4.1	Resultatbudsjett 2014 - Hovedtall
4.2	Resultatbudsjett 2014 - ØBAK-linjer
5.	Rammetildeling til klinikkene 2014
6.	Bemanningsbudsjett for 2014
7.	Investeringsbudsjett for 2014
8.	Kontantstrømsbudsjett for 2014
9.	Balansebudsjett for 2014
10.	Prioriterte områder 2014



TABELL 1 - Inntektsramme 2014

Beløp i tusen kroner

Foreløpig inntektsramme 2014	Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 10.12.2013
<b>Basisramme til drift og investering foregående år</b>	<b>10 617 397</b>
<b>Justeringer 2014:</b>	
Tilbakeføring av uttrekk knyttet til øyeblikkelig hjelp i 2012 og 2013	16 639
Midler til brystrekonstruksjoner, uttrekk av bevilgning	-9 062
Behandlingshjelpemidler, fra RNB 2013	80
Insentivmidler praksisplasser, omfordeling	-282
0,25% til regionale prioriteringer	-11 327
Uttrekk av omstillingsmidler fra 2012	-120 000
<b>Implementering av regional inntektsmodell:</b>	
Fremskriving av inntektsforutsetninger (Totalt 427,495 mill.kr)	
Implementering av regional inntektsmodell:	332 700
Justering inntektsmodell sfa ny beregning:	31 840
Omfordeling av midlertidige tildelinger 2013	62 955
<b>Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF:</b>	
Midlertidig tildeling 2014 opplæring DIPS	0
Overført fra RHF: betaling for kurdøgnfinansiert Oslo-pasienter	8 950
Hørsel og psykisk helse, nasjonal behandlingstjeneste overført fra post78-finansiering	14 928
Avrunding (wmn 18.11.2013)	0
Sum endring	327 421
<b>Basisramme 2014 før statsbudsjettet</b>	<b>10 944 818</b>
Lønns- og prisvekst 2014 (3,10%) Grunnlag 10.944,818 mill.kr	339 289
<b>Andre endringer fra Prop 1:</b>	
Redusert basis sfa 50% ISF	-368 662
Nedtrekk sfa nasjonal inntektsmodell	-18 478
Kompensasjon for økte pensjonskostnader	0
Kreftlegemidler til RHFene (fra 2751.70)	23 226
Samhandlingsreformen. Uttrekk knyttet til kommunale øhjelpstilbud	-4 674
Midler til økt aktivitet	87 127
Dommerass. narkotikaprogram- overført basis	2 100
Soningsenhet < 18 år, overført basis	1 050
Overført fra post 78: tilsk.til reg.komp.senter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatrie	11 706
Økte egenandeler, korrigert for manglende priskompensasjon	3 169
Økt refusjon overmatting pasienthotell	1 132
Psykisk helsevern- vridning fra døgn til dag	-3 871
Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (fra 732.74)	400
Barn som pårørende	1 104
Reg. komp.tjeneste vold og seksuelle overgrep barn, videreføring av tilskudd fra 2013	4 000
Reg. kompetansetjeneste astma og allergi, videreføring av tilskudd fra 2013	3 000
Regionalt kompetansesenter for pasienter med kronisk smerte RKLS	4 000
Reg. kompetansetjeneste- rehabiliteringstjeneste for barn og unge	4 000
Andre regioner, gjestepasientoppgjør, økning fra 2013	5 000
Avregning private sfa 50% inntektsmodell	-6 064
Midler til brystrekonstruksjoner	8 000
Avrunding (wmn 19.11.2013)	1
Sum endring	96 555
<b>Basisramme 2014</b>	<b>11 041 373</b>

**TABELL 1 - Inntektsramme 2014 - fortsettelse fra forrige side**

Beløp i tusen kroner

Foreløpig inntektsramme 2014	Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 10.12.2013
Fra post 78, øremerket fra HOD (Forutsatt videreført uendret fra 2013)	252 020
Strategiske midler, post 72 (Forutsatt videreført uendret fra 2013)	110 429
<b>Sum forskning</b>	<b>362 449</b>
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78	87 743
Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78	85 164
<b>Sum nasjonale kompetansetjenester</b>	<b>172 907</b>
Prostatasenter	4 124
Skadelig bruk av doping	4 100
Arbeidsmedisinske avdelinger	4 796
Tilskudd til turnustjeneste	1 606
Kreftregistret	102 600
Behandlingsreiser til utlandet	115 854
Dommerassistert narkotikaprogram	0
Særreaksjonsordning, dømte til behandling	1 600
Soningsenhet for ungdom under 18 år	0
Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø	0
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 100
<b>Sum statlige tilskudd</b>	<b>237 780</b>
<b>Sum faste inntekter 2014</b>	<b>11 814 508</b>
ISF- refusjoner, 204.893 DRG- poeng (Pris = kr. 20.386,00 = 50%)	4 176 949
Avrunding	0
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>4 176 949</b>
<b>Sum inntekter 2014</b>	<b>15 991 457</b>



<b>TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2014</b>	
<b>Økonomiske forutsetninger 2014</b>	
Enhetspris ISF 2014 (100% DRG)	kr 40.772
Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ	50 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)	30 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)	50 %
Gjestepasientoppgjør fra andre helseregioner	80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter	kr 4.255
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet)	3,1 %
Herunder lønnsvekst	3,5 %
Herunder prisvekst andre kostnader	2,2 %
<b>Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2014:</b>	
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.5)	kr 6.034
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.5)	kr 1.506
<b>Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2014:</b>	
Avgiftning/utredning, tvang og dobbeltdiagnoseproblematikk	kr 7.258
Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.5)	kr 3.629
<b>Priser somatikk 2014:</b>	
(Generelt: Alle 2013-priser er økt med 3,1%)	
Kurdøgn / SSE Voksne	kr 8.662
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede	kr 10.298
Kurdøgn / SSE Barn	kr 9.932
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering	kr 5.661
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus	kr 4.590
PET-scanning	kr 13.350
<b>Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)</b>	
Diskonteringsrente	Benyttet i Budsjett 2014 4,05 %
Lønnsvekst	3,50 %
G-regulering	3,25 %
Pensjonsregulering	2,50 %
Forventet avkastning	4,00 %
<b>Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.5)</b>	
Driftskreditt	Benyttet i Budsjett 2014 2,50 %
Bundne bankkonti	3,00 %
Fordring på HSØ vedr. basisfordring	2,50 %
Langsiktige lån med flytende rente	2,50 %
Langsiktige lån med fast rente	3,00% - 3,80%

TABELL 3.1 - Måltall for somatikk 2014

Pasientbehandling	Budsjett 2013	Estimat 2013	ØLP 2014	Budsjett 2014
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	103 335	103 335	104 368	104 269
Antall liggedøgn - døgnbehandling	466 658	473 658	-	480 086
Antall dagbehandlinger	67 215	67 215	67 215	70 649
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner 2)	738 892	728 892	756 034	741 648

DRG-poeng	Budsjett 2013	Estimat 2013	ØLP 2014	Budsjett 2014
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	201 161	201 161	204 179	204 893
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	15 877	15 876		15 932
DRG-poeng totalt 1) 3)	217 038	217 038		220 825

## Noter

- 1) Effekt av ny grupper for 2014 inngår med 770 DRG-poeng
- 2) Budsjett 2014. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 45.000 og antall DRG fra polikliniske konsultasjoner er redusert med 1.500 poeng. Dette er gjort for å rette opp feil i rapporteringen knyttet til flere konsultasjoner per dag.
- 3) Samlet er det planlagt med en noe høyere aktivitet i 2014 enn det som fremgår av tabellen

**TABELL 3.2 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2014**

<b>Psykisk helsevern</b>	<b>Budsjett 2013</b>	<b>Estimat 2013</b>	<b>ØLP 2014</b>	<b>Budsjett 2014</b>
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP)</b>				
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>				
Antall liggedøgn døgntbehandling	79 315	71 400	-	71 400
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 250	1 550	1 256	1 542
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	115	-	40
Antall polikliniske konsultasjoner	79 461	79 461	79 461	79 669
<b>Barne - og ungdomspsykiatri</b>				
Antall liggedøgn døgntbehandling	4 121	4 121	-	4 230
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	96	96	96	96
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 041	3 041	3 041	3 161
Antall polikliniske konsultasjoner	51 820	45 700	51 820	49 356
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)</b>				
Antall liggedøgn døgntbehandling	29 001	25 500	-	27 400
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	2 815	2 900	2 815	2 900
Antall oppholdsdager dagbehandling	948	700	948	574
Antall polikliniske konsultasjoner	10 459	9 060	10 459	10 552



**TABELL 4-1 - Resultatbudsjett 2014 (hovedtall)**

Beløp i tusen kroner

<b>Resultatbudsjett</b>	<b>Budsjett 2013</b>	<b>Estimat 2013 Rapportert pr. oktober 2013</b>	<b>ØLP 2014</b>	<b>Budsjett 2014</b>
Basisramme	10 769 438	10 786 077	11 082 587	11 151 802
Aktivitetsbaserte inntekter	6 430 275	6 452 136	6 512 544	7 161 520
Andre inntekter	1 692 235	1 710 374	1 692 235	1 806 954
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 891 948</b>	<b>18 948 587</b>	<b>19 287 366</b>	<b>20 120 276</b>
Varekostnader inkl. kjøp av helsetjenester	2 468 248	2 468 248	2 519 243	2 578 750
Lønn- og innleiekostnader 1)	13 136 508	13 343 147	13 089 989	13 884 836
Avskrivninger/nedskrivninger	790 000	780 000	823 802	842 246
Andre driftskostnader	2 616 743	2 591 743	2 778 832	2 793 814
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>19 011 499</b>	<b>19 183 138</b>	<b>19 211 866</b>	<b>20 099 646</b>
<b>Resultat før finans</b>	<b>-119 551</b>	<b>-234 551</b>	<b>75 501</b>	<b>20 630</b>
Netto finans	80 449	65 449	75 500	20 630
<b>Driftsresultat</b>	<b>-200 000</b>	<b>-300 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Note

1) I Estimat 2013 inngår "Herav endrede pensjonskostnader ift budsjett 2013" med 25,171 mill.kr

TABELL 4-2 - Resultatbudsjett 2014 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2013	Estimat 2013 Rapportert pr. oktober 2013	ØLP 2014	Budsjett 2014	Kommentarer til endringer fra estimat 2013 til budsjett 2014
Basisramme	10 769 438	10 786 077	11 082 587	11 151 802	Inntabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	2 247 539	2 263 317	2 281 252	3 064 314	50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 204.893 DRG-poeng, inkl budsjettet aktivitetsvekst fra 2013 og effekt av nye vektorer 2014. Se også tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	292 263	276 485	296 647	453 528	
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	605 987	605 997	615 087	621 882	
ISF-refusjon kostnadsrelevante legemidler utenfor sykehus	28 292	30 153	28 716	37 225	
Utskrivningsklare pasienter	4 331	4 331	4 331	4 109	Innt. fra kommunen for utskrivningsklare pasienter basert på forventet nivå og nye priser for 2014.
Gjeste pasienter	576 532	556 532	583 987	589 183	Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. For priser innen regionen se tabell 2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF.
Salg av konserntjenester (gjestepasienter)	2 187 511	2 237 511	2 214 714	1 842 062	
Polikliniske inntekter	487 810	477 810	487 810	549 217	Det er budsjettet med en vekst i 2014 særlig innenfor lab/rad inkl medisinsk genetik.
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	55 461	55 461	55 461	41 897	Inntekter fra Raskere tilbake er budsjettet ut fra sendte søknader for 2014.
Andre øremerkede tilskudd	1 012 250	972 250	1 012 250	1 022 067	Omfatter tilskudd til forskningsprosjekter fra regionen, Krefregisteret mv
Andre driftsinntekter	624 524	682 863	624 524	742 990	Økte egenandeler som følge av høyere aktivitet inngår her, samt forventede merinntekter somatisk for øvrig. Det er ikke bud med gevinst fra salg i 2014. Noe midler omgjort fra øremerket til annen inntekt.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>18 891 948</b>	<b>18 948 587</b>	<b>19 287 366</b>	<b>20 120 276</b>	Det er budsjettet med en økning i kjøp av offentlige helsejenester fra estimat 2013. Dette skyldes i hovedsak riktige kontobruk i budsjettet.
Kjøp av offentlige helsejenester	67 781	22 781	67 781	42 854	Videreløses om lag på samme nivå som i 2013.
Kjøp av private helsejenester	193 190	238 190	193 190	237 291	Sum varekostnader er budsjettet med en økning på vel 100 mnok fra estimat 2013. 23 mnok av økningen skyldes overføring av kreftelegemidler fra folketrygden.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 160 706	2 160 706	2 211 701	2 261 765	Det er budsjettet med en reduksjon i innleiekostnadene på 36 pst fra estimat 2013.
Innleid arbeidskraft	83 808	168 808	83 808	107 907	
Kjøp av konserntjenester helsejenester (gjestepasienter)	46 571	46 571	46 571	36 840	Kjøp av helsejenester fra andre HF i regionen. Kjøp er avstemt i budsjettet.
Lønn til fast ansatte	8 623 186	8 779 825	8 593 223	9 477 711	Økningen skyldes lønnsvekst og budsjettet økning i årsverk på utvalgte områder, samt redusert innleie.
Overtid og ekstrasjøl	1 022 814	1 022 814	1 018 735	926 431	
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift 1)	2 414 744	2 414 744	2 406 222	2 248 774	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger fra juni 2013 (OPF oppdatert oktober 2013).
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-541 304	-591 304	-539 145	-531 017	Budsjettet forutsetter en reduksjon i sykelømsrefusjoner fra estimat 2013 på om lag 10 pst
Annen lønn	1 533 260	1 548 260	1 527 146	1 655 030	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppehelseforsikringer, opplæring mv
Avskrivninger	790 000	780 000	823 802	842 246	Budsjetterte avskrivninger for eksisterende anlegg, AUU og planlagte investeringer.
Nedskrivninger	0	0	0	0	Det er ikke budsjettet med nedskrivninger.
Andre driftskostnader	2 616 743	2 591 743	2 778 832	2 793 814	Hoveddelen av økningen er knyttet til IKT-området.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>19 011 499</b>	<b>19 183 138</b>	<b>19 211 866</b>	<b>20 099 646</b>	
<b>Driftsresultat</b>	<b>-119 551</b>	<b>-234 551</b>	<b>75 501</b>	<b>20 630</b>	
Finansinntekter	29 229	29 229	29 460	104 332	Omfatter bidrag fra AS ene med 12 mnok og renter på basisforordning på HSØ
Finanskostnader	109 678	94 678	104 961	124 962	Finanskostnadene er budsjettet ut fra forutsetninger fra HSØ.
<b>Finansresultat</b>	<b>-80 449</b>	<b>-65 449</b>	<b>-75 500</b>	<b>-20 630</b>	
<b>Ordinært resultat</b>	<b>-200 000</b>	<b>-300 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Note

1) I Estimat 2013 inngår "Herav endrede pensjonskostnader ift budsjett 2013" med 25,171 mill.kr



TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2014

Klinikk 1)	Beløp i tusen kroner			Eksterne inntekter			Utgiftsramme			DRG-poeng 2)		
	2014		2014	2014		2014	2014		2014	2014		2014
	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjet	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjet	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjet	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjet
A	261 980	59 077	321 057	1 742 758	59 077	1 801 835	0	0	0	0	0	0
B	32 172	59 359	91 531	1 013 943	59 359	1 073 302	26 664	0	26 664	0	0	26 664
C	362 742	49 805	412 547	1 988 788	49 805	2 038 593	62 370	0	62 370	0	0	62 370
D	79 510	162 313	241 823	1 381 631	162 313	1 543 944	35 885	0	35 885	0	0	35 885
E	71 308	257 030	328 338	2 013 057	257 030	2 270 087	60 443	0	60 443	0	0	60 443
F	5 444	35 200	40 644	995 516	35 200	1 030 716	32 829	0	32 829	0	0	32 829
H	21 799	12 466	34 265	2 207 152	12 466	2 219 618	4 167	0	4 167	0	0	4 167
I	558 721	204 179	762 900	1 879 877	204 179	2 084 056	95	0	95	0	0	95
J	212 879	31 236	244 115	1 984 044	31 236	2 015 280	0	0	0	0	0	0
	0	162 992	162 992	300 715	162 992	463 707	0	0	0	0	0	0
	0	1 400	1 400	958 404	1 400	959 804	0	0	0	0	0	0
	0	155 988	155 988	0	155 988	155 988	0	0	0	0	0	0
	17 322 676	0	17 322 676	2 442 716	0	2 442 716	1 826	0	1 826	0	0	1 826
	0	0	0	0	0	0	-3 454	0	-3 454	0	0	-3 454
<b>Sum Klinikker mv</b>	<b>18 929 231</b>	<b>1 191 045</b>	<b>20 120 276</b>	<b>18 908 601</b>	<b>1 191 045</b>	<b>20 099 646</b>	<b>220 825</b>	<b>0</b>	<b>220 825</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>220 825</b>

## Noter:

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

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk	Brutto årsverk 2013 1)			Brutto årsverk 2014 1)		
	Budsjett 2013	Faktisk i november 2013	Gjennomsnitt 2013	Øremerkede midler	Ordinær drift	Budsjett 2014
A	2 178	2 176	2 171	64	2 053	2 117
B	1 246	1 297	1 274	73	1 176	1 249
C	2 039	2 185	2 143	51	2 110	2 161
D	1 721	1 758	1 743	141	1 652	1 792
E	2 371	2 545	2 511	360	2 176	2 535
F	809	837	825	29	800	830
H	2 238	2 281	2 268	14	2 312	2 325
I	2 118	2 142	2 112	209	2 014	2 222
J	1 696	1 781	1 779	35	1 826	1 861
Krefregisteret	131	134	129	142	0	142
Staben	266	273	275	48	236	284
Ufordelt 2)	139	0	0	0	0	0
<b>OUS Totalt</b>	<b>16 952</b>	<b>17 409</b>	<b>17 230</b>	<b>1 164</b>	<b>16 353</b>	<b>17 517</b>

Noter:

- 1) Brutto månedsværk, inkl eksternt finansierte
- 2) Midler i sentral reserve omregnet til brutto årsverk
- 3) OSS øker med 73 årsverk i tilknytning til videreutdanning av sykepleiere



**TABELL 7 - Investeringsbudsjett for 2014**

Beløp i mill kroner		Budsjett 2013	Estimat 2013	ØLP 2014 <sup>1)</sup>	Budsjett 2014
<b>Ordinær drift (Likviditet fra basistildeling)</b>	MTU	192	140	160	173
	Bygg	30	30	80	78
	Annet	60	60	60	59
	IKT	32	10	25	25
	<b>SUM</b>	<b>314</b>	<b>240</b>	<b>325</b>	<b>335</b>
<b>Ordinær drift (Ekstraordinær finansiering)</b>	MTU	100	100	106	100
	Bygg (tilsyn og infr.)	100	160	400	350
	Bygg (øremerked)	20	20	15	0
	Annet			0	0
	IKT			0	0
	<b>SUM</b>	<b>220</b>	<b>280</b>	<b>521</b>	<b>450</b>
<b>Omstilling Fase 1 (1 500 mill kroner)</b>	MTU			84	84
	Bygg	462	412	386	386
	Annet			0	0
	IKT			0	0
	<b>SUM</b>	<b>462</b>	<b>412</b>	<b>470</b>	<b>470</b>
<b>SUM</b>	MTU	292	240	350	357
	Bygg	612	622	881	814
	Annet	60	60	60	59
	IKT	32	10	25	25
	<b>SUM</b>	<b>996</b>	<b>932</b>	<b>1 316</b>	<b>1 255</b>

<sup>1)</sup> Omstillingsinvesteringene er eksklusive finansieringskostnader

		Budsjett 2014
<b>Regionale IKT investeringer 1)</b>	Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	276
	Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhand	35
	Prosjekter innenfor området infrastruktur	274
	<b>SUM</b>	<b>585</b>
<b>SUM TOTAL</b>		<b>1 840</b>

**Note**

1) Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i IKT blir formelt besluttet i Helse Sør-Øst RHF og legges derfor ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

**TABELL 8 - Kontantstrømsbudsjett for 2014**

Beløp i mill kroner

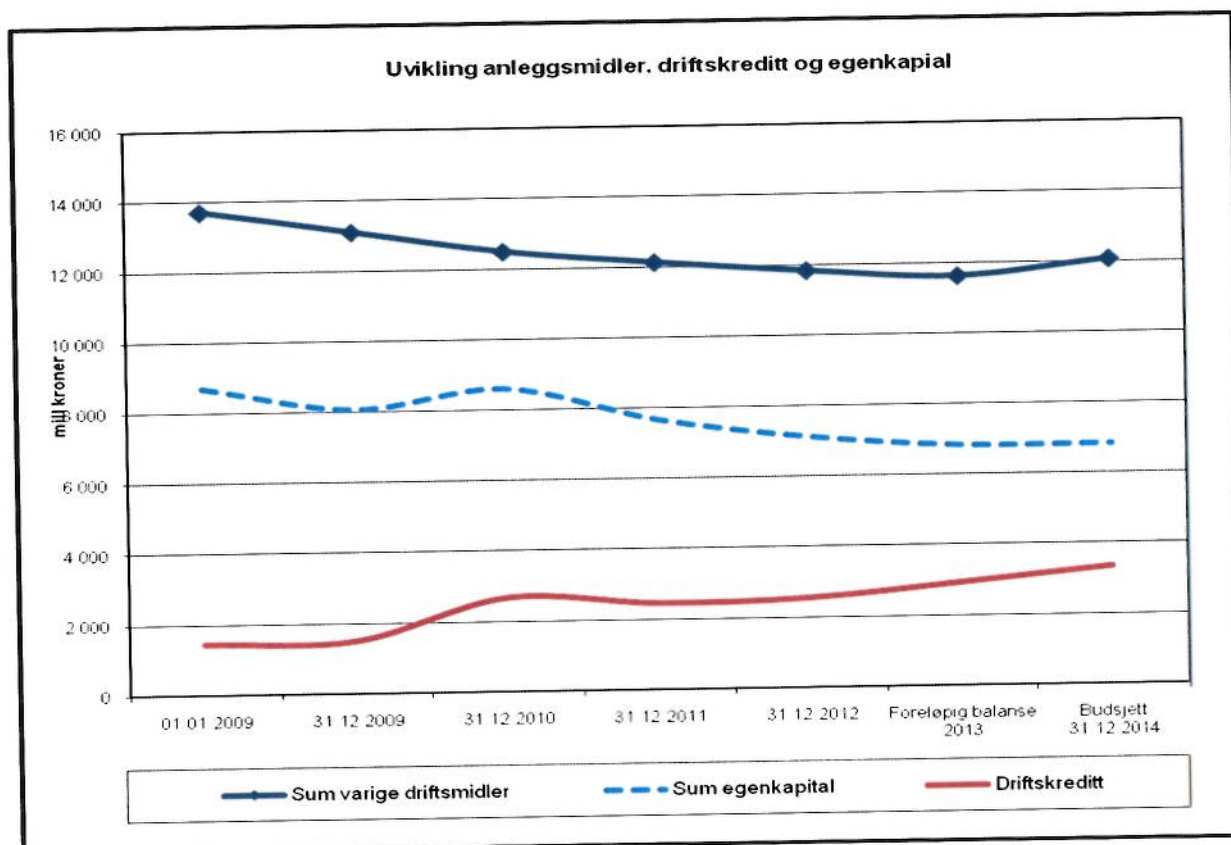
Forenklet fremstilling av kontantstrøm	Budsjett 2013	Estimat 2013	ØLP 2014 <sup>1)</sup>	Budsjett 2014
Inngående likviditetsbeholdning (estimer)	-3 076	-2 554	-3 001	-2 934
Årsresultat	-200	-300	0	0
Periodiseringer (endring fordringer/gjeld)	-90	-83	0	-293
Inntekter og kostnader uten likviditetseffekt	9	18	0	10
<b>Likviditet fra drift</b>	<b>-281</b>	<b>-365</b>	<b>0</b>	<b>-284</b>
Finansiering av investeringer til videreføring av drift	325	319	359	335
Ekstraordinær finansiering	220	280	521	450
Finansiering av omstillingsinvesteringer	462	412	470	470
Investeringer knyttet til videreføring av drift (ekskl. IKT)	-282	-230	-300	-310
Oppgradering av eksisterende bygg og MTU (ekstraordinær)	-220	-280	-521	-450
Omstillingsinvesteringer	-462	-412	-470	-470
Annet	12	-67	6	-69
Økt langsiktig lån til Sykehuspartner (IKT investeringer)	-92	-36	-25	-88
<b>Likviditet fra investeringer og finansiering</b>	<b>-37</b>	<b>-15</b>	<b>40</b>	<b>-132</b>
<b>Utgående likviditetsbeholdning</b>	<b>-3 394</b>	<b>-2 934</b>	<b>-2 961</b>	<b>-3 350</b>

<sup>1)</sup> Omstillingsinvesteringene er eksklusive finansieringskostnader

TABELL 9 - Balansebudsjett for 2014

Beløp i mill kroner

EIENDELER	01.01.2009	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	Foreløpig balanse 2013	Budsjett 31.12.2014
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10 316	10 762	10 622	10 430	10 093	9 553	10 110
MTU, inventar, transportmidler og lignende	1 697	1 350	1 315	1 358	1 268	1 321	1 571
Anlegg under utførelse	1 696	987	554	345	473	753	385
Sum varige driftsmidler	13 710	13 099	12 491	12 133	11 834	11 626	12 066
Sum finansielle anleggsmidler	961	2 681	4 555	4 476	4 584	4 811	4 962
Sum omløpsmidler	2 752	1 579	1 540	1 609	1 607	1 612	947
SUM EIENDELER	17 424	17 359	18 585	18 218	18 024	18 049	17 975
EGENKAPITAL OG GJELD	01.01.2009	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	Foreløpig balanse 2013	Budsjett 31.12.2014
Sum egenkapital	8 708	8 081	8 615	7 687	7 141	6 846	6 846
Sum avsetninger for forpliktelser	1 822	2 229	1 990	2 272	2 471	2 707	2 673
Sum annen langsiktig gjeld	1 502	1 644	1 681	1 782	1 727	1 797	1 944
Driftskreditt	1 448	1 498	2 677	2 467	2 556	2 934	3 350
Annen kortsiktig gjeld	3 944	3 907	3 623	4 009	4 128	3 766	3 163
Sum kortsiktig gjeld	5 392	5 405	6 299	6 476	6 684	6 700	6 512
EGENKAPITAL OG GJELD	17 424	17 359	18 585	18 218	18 024	18 049	17 975





TABELL 10 - Prioriterte områder 2014

Klinikk	Beløp	Innhold
PHA	8 000	Basert på forventet overskudd 2013 15 mill kroner, og en faglig prioritering tildeles 8 mill kroner til prioriterte satsingsområder KPHA. FRONT-TEAM forventes prioritert innenfor denne rammen. Rammen er en årskostnad for 2014.
MED	5 300	Fremskutt kompetanse i akuttmottak. Nytt og bedret tilbud i akuttmottaket. Ny kostnad for 2014. Vurdert MHU som prioritert 2014 med følgende begrunnelse og beleggelse: a) Medisinsk klinikk har i tråd med alle anbefalinger styrket den fremskutte medisinske kompetansen i mottak. Dette gir økte utgifter for medisin, men mindre press på OUS som helhet, bedre flyt i mottak og til dels mindre innreiser til medisin ved at unødvendige innleggelse unngås. b) OUS legger opp til en betydelig økning i samlet aktivitet som i stor grad er knyttet til de operative avdelingene. Medisinsk klinikk har en tilsynsrolle overfor pasienter i andre klinikker. Denne rollen forventes å øke noe, uten at dette gir innreiser til medisinsk klinikk. Særskilt endring i bruk av preparat Eylea til behandling av aldersgenerert makuladegenerasjon (AMD): 4 mill er overslag - klinikken rapporterer på faktisk kostnadsendring i juni 2014.
KKN	4 000	Kostnadsøkning følger blant annet av att leverandør vil begrense leveransen til engangsinjeksjoner i stedet for ampuller som kan trekkes opp til to behandlinger.
KVB	8 040	Nyfødt intensiv: Sak "Family centered care" Nye krav til intensivbemanning på nyfødt intensivavdeling der utviklingen viser at intensivinnleggelse i større grad følger sykdomsforløp (hjerteroppererte med mer enn tidlig nyfødt. Gjelder særskilt avdelingen på RH. Prioritert som satsing 2014 av MHU BUP KVB RH tilføres ett NR.ID.nr og får lov å ansette en overlege mot at de dekker den service Nasjonal behandlingstjeneste for transseksuelle trenger. Prioritert som satsing 2013/2014 av MHU
KKT	6 500	Økte kostnader til substitusjonsbehandling med koagulasjonsfaktorkonsentrater. Kostnadsøkning over flere år for et medikament som brukes i kirurgi i alle klinikker. Merkostnad genereres som følge av behandling i flere klinikker, det medisinske ansvaret ligger i KKT. Denne kobling danner grunnlag for særskilt tildeling. Det arbeides med særskilt finansiering gjennom ISF-systemet.
HLK	7 200	HLK har mistet tilgang til det avtalte tilbud for 1 av 2 intensivsenger driftet av AKU. HLK vurderes likt som intensivkapasitet i AKU og tilføres ressurser til å drifte ytterligere en intensivseng i klinikken. HLK overtok drift i 2013 og dette er derfor innarbeidet i 2013 resultatet.
AKU	4 460	560 tusen til ekstra ressurser når akuttmottak gjennomgår ombygging. Midlertidig for 2014 3.9 mill kroner til Prehospitaltjenester og AMK. Tilsynskrav om 13 nye stillinger for å sikre svartid i henhold til krav. Tildeling basert på kostnadseffekt fra 1/7-2014.
STA	2 500	Økt satsning på forskning
KDI	14 133	Nytt akuttmottak. 13 mill kroner er beregnet årskostnad for drift 3 labber i nytt akuttmottak. Driftes i snitt fom mars 10/12. Del av satsing nytt mottak og vedtak i styringsgruppen for prosjektet. 3.3 mill brystdiagnostikk, klinikk er pålagt kostnad for kjøp av tjeneste fra privat leverandør for å sikre svartid/diagnostikk innen 48 timer.
Delsum	60 133	
OSS	1 000	Branndokumentasjon
OSS	5 000	Behandlingshjelpemidler
OSS	1 000	Vannsikkerhetsplan
OSS	3 000	Økte ressurser innkjøp
OSS	3 000	Økte ressurser MTV - økt aktivitet ifm investeringsnivå
OSS	6 000	Forvaltning nytt akuttbygg - Klinikk må forvalte ny bygningsmasse med tilhørende driftsavtaler og økte arealer.
OSS	2 000	virksomheten.
OSS	1 000	Administrativ oppfølging av tilsyn
OSS	2 500	Økte ressurser smittevern - prioritert for å understøtte effektiv drift og god pasientbehandling
OSS	19 200	Videreutdanning av sykepleiere
Delsum	43 700	
<b>SUM</b>	<b>103 833</b>	

Beløp i tusen kroner



	Dato:	Side: 1 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF

**Perioden 2014 - 2017**

**GODKJENT AV:**

Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	

	Dato:	Side: 2 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>MÅLBILDE 2017</b> .....	<b>4</b>
<b>1 FORMÅL</b> .....	<b>5</b>
<b>2 PRINSIPPER FOR PRIORITERING</b> .....	<b>5</b>
<b>3 REGIONAL "IKT STRATEGI OG GJENNOMFØRINGSPLAN"</b> .....	<b>5</b>
<b>4 UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS</b> .....	<b>6</b>
ARKITEKTUR OG APPLIKASJONSLANDSKAP .....	6
<b>5 PROSJEKTER SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014</b> .....	<b>7</b>
ETABLERING AV ET FELLES KLINISK INFORMASJONSGRUNNLAG .....	7
UNDERSTØTTE FORSKNING .....	8
OPPGRADERING AV IKT INFRASTRUKTUR VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF .....	8
<b>6 DRIFTSMESSIGE FORHOLD SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014</b> .....	<b>11</b>
UNDERSTØTTE MTU INVESTERINGER .....	11
UNDERSTØTTE ARBEIDET MED Å LUKKE AVVIK OG MYNDIGHETSPÅLEGG .....	11
FORBEREDELSE TIL ETABLERING AV REGIONALE KOMPETANSESENTER FOR EPJ OG PASIENTDIALOG .....	11
VIDEREFØRE ARBEIDET MED ETABLERING AV FUNKSJONELL FORVALTNING AV FELLES KLINISKE SYSTEMER .....	12
<b>7 INNOVASJONSARBEID SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014</b> 12	
PASIENTDIALOG .....	13
GRENSESNIITT MELLOM JOURNAL OG INTERNASJONALE FAGDATABASER .....	13
STRUKTURERT JOURNAL.....	13
MOBILITET.....	13
<b>8 NYTTEEFFEKTER OG GEVINSTUTTAK</b> .....	<b>14</b>
<b>9 SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR 2014</b> .....	<b>14</b>
<b>RISIKOER KNYTTET TIL GJENNOMFØRINGEN AV OMRÅDEPLAN 2014</b> .....	<b>15</b>

## VEDLEGG

**VEDLEGG 1: SAMLET OVERSIKT OVER BEHOV I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF FREM MOT 2017**

**VEDLEGG 2: SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FREM MOT 2017**

**VEDLEGG 3: PROSJEKTLEVERANSER 2013**

	Dato:	Side: 3 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

#### REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dato
	Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2012-2016	
	IKT strategi og handlingsplan (Helse Sør-Øst RHF)	25. okt. 2012
	Regional Gjennomføringsplan for IKT området	
	Langtidsplan med strategiske føringer for IKT området (Helse Sør-Øst RHF)	Ultimo 2010
	Oppdrag og bestilling 2013 for Oslo universitetssykehus HF	
	Oslo universitetssykehus strategidokument	

	Dato:	Side: 4 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## MÅLBILDE 2017

Oslo universitetssykehus HF skal utvikle og ta i bruk systemløsninger som fungerer på tvers av geografiske skiller i foretaket. Disse løsningene skal understøtte de gjennomgående prosessene i sykehuset, slik at informasjon og prosessstøtte er tilgjengelig for alle medarbeidere som skal ha tilgang til det. I lys av dette, vil de viktigste målene frem mot 2018 være arbeidet med følgende:

- En gjennomgående elektronisk pasientjournal (inkludert fødejournal og en felles løsning for prøvesvar), som vil sørge for at pasientinformasjon er tilgjengelig på tvers av fag og geografi i Oslo universitetssykehus HF. Det skal også etableres like arbeidsprosesser for bruk av EPJ på tvers av sykehuset, for å bedre det interne samarbeidet og øke graden av digitalisering.
- Innføring av nytt gjennomgående RIS/PACS, som vil understøtte bildediagnostikk i Oslo universitetssykehus HF på tvers av organisasjon, geografi og fagområder. Med dette legges grunnlaget for en mer effektiv drift og elektronisk tilgang til nødvendig informasjon i sykehuset.
- Ett felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS), som skal understøtte en fullverdig konsolidering og integrasjon innen det enkelte fagområde i laboratoriemedisinen i Oslo universitetssykehus HF.
- Etablere felles løsninger for innkjøp, logistikk, økonomi og netthandel. Felleløsningene skal dekke de samlede behovene for hele Oslo universitetssykehus HF innen de berørte områdene, og er en forutsetning for at man skal kunne standardisere rutiner og prosesser på tvers i sykehuset.
- Etablere en felles IKT-infrastruktur med en oppdatert, enhetlig infrastruktur som gjør at sykehuset kan driftes forsvarlig og evner å ta i bruk nye tjenester.
- Arbeide systematisk og tverrfaglig med indikatorer for produktivitet og effektivitet, som gjør det mulig å måle gevinstuttak og synliggjøre nytteeffektene av tiltakene og aktivitetene som er prioritert for perioden.
- Videreføre arbeidet med lokale, regionale og nasjonale tiltak for samhandling og pasientdialog.
- Arbeide systematisk med effektivisering og strømlinjeforming av IKT-funksjonen ved sykehuset for å sikre en fremtidsrettet og effektiv IKT-organisering som evner å ivareta og videreutvikle sykehusets IKT-tjenester.
- Fokuserer på IKT-infrastruktur for forskning og tilgang på kvalitetsikrede pasientdata, dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank), og lagring og håndtering av store datamengder.

For de tjenestefokuserte områdene som er nevnt over finnes det regionale programmer for å etablere gjennomgående regionale løsninger. Oslo universitetssykehus HF vil etterstrebe å implementere disse regionale løsningene med fokus på Oslo universitetssykehus HF's behov for IKT tjenester.

I den grad nye systemer kan etableres på regionalt og eventuelt nasjonalt nivå skal Oslo universitetssykehus HF understøtte dette. For de områdene hvor Oslo universitetssykehus HF har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (regions eller landsfunksjon), skal sykehuset ta høyde for dette og ha kompetanse på området. Dette skal blant annet skje ved et uttalt fokus på innovasjon innen IKT-området.



	Dato:	Side: 5 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## 1 FORMÅL

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2014 – 2018 viser hvilke konkrete resultater sykehuset skal oppnå i perioden innenfor IKT-området. Resultatene skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs IKT-strategi samtidig som Oslo universitetssykehus HFs behov blir ivaretatt. Planen gir et helhetlig bilde av den aktiviteten som er prioritert for perioden, med spesielt fokus på 2014, for følgende områder:

- Prosjektaktivitet
- Daglig drift og systemforvaltning
- Innovasjon innenfor IKT området

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus HF. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HFs IKT behov og planer for perioden.

## 2 PRINSIPPER FOR PRIORITERING

De prioriteringene som er gjort i arbeidet med denne planen er i tråd med de regionale prinsipper for prioritering som ble vedtatt 21. august 2013 av Fornyingsstyret i Helse Sør-Øst RHF.

- Økt kvalitet i pasientbehandlingen
- Økt grad av sikker og stabil drift
- Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag
- Økt understøttelse av regionens målbilde
- Økt kvalitet i styringsinformasjon

Felles prinsipper for prioritering i regionen, er et tiltak som vil bidra til bedre styring og koordinering av prosjektporteføljen. Imidlertid er det et viktig moment at prinsippene i denne planen også inkluderer de utfordringene Oslo universitetssykehus HF står overfor i forhold til omstillinger internt.

Mange av omstillingsaktivitetene i sykehuset er avhengige av at IKT-løsninger er konsolidert og på plass. Spesielt er det nødvendig å sikre en felles IKT infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger.

I tråd med Oslo universitetssykehus rolle som nav for forskningen i regionen og nasjonalt på landsbasis, og med tanke på at omkring halvparten av forskning i sykehus i Norge i dag foregår på vårt sykehus, ønsker vi også å trekke inn dette som et prioriteringskriterium i områdeplanen.

Det er derfor i Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF tatt høyde for ytterligere to prioriteringskriterier:

- Understøtte omstillingsprosessen i sykehuset
- Understøtte forskning i sykehuset

## 3 REGIONAL ”IKT STRATEGI OG GJENNOMFØRINGSPLAN”

Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at de lokale områdeplanene for IKT skal bygge på den vedtatte regionale ”IKT strategi og Gjennomføringsplan”, slik at planverkene henger sammen.

	Dato:	Side: 6 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

I den regional IKT strategien legges det vekt på å standardisere på regionale og, over tid, nasjonale standarder og løsninger. Regionen har prioritert flere funksjonelle områder, og det er etablert egne programmer for disse:

- Klinisk dokumentasjon
- Laboratoriesystemer
- Radiologiløsning
- Digital samhandling
- Virksomhetsstyring og økonomi
- Infrastrukturfornying

Den regionale gjennomføringsplanen har som formål å sikre at programmenes planer er koordinerte og gjennomførbare, og bidrar til å realisere Helse Sør-Øst sine overordnede strategiske mål. Tiltakene i gjennomføringsplanen er bygget på rammene i økonomisk langtidsplan, som ble besluttet i styret for Helse Sør-Øst RHF i juni 2012.

#### **4 UTFORDRINGER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

Oslo universitetssykehus HF har i denne områdeplanen innarbeidet både de regionale føringene og de lokale behovene. I de situasjonene der det er forhold som kompliserer eller forhindrer innføring av en regional tjeneste, vil det være nødvendig for Oslo universitetssykehus HF å vurdere andre kortsiktige eller lokalt tilpassede tiltak. Det gjelder også i situasjoner hvor det er nødvendig å ha en løsning på plass raskere enn den regionale tjenesten kan leveres. Alle slike behov vil bli håndtert i tett dialog med Helse Sør-Øst RHF. Det vil alltid være et mål å migrere lokale tilpasninger over på en felles regional løsning når det er tilstrekkelig modenhet for å gjennomføre det i løsningen og/eller infrastrukturen.

Oslo universitetssykehus HF har spesielle oppgaver i forbindelse med regionale og nasjonale funksjoner. I den grad slike behov ikke dekkes innenfor rammen av en regional standard, vil det være behov for spesielle lokale løsninger i Oslo universitetssykehus HF. I diskusjoner rundt etablering av slike løsninger vil Helse Sør-Øst RHF bli involvert. Gjennom sin størrelse, sine ressurser og sin sterke forskningstradisjon, har Oslo universitetssykehus HF et spesielt ansvar for forskning og innovasjon i helsesektoren både regionalt og nasjonalt. Sykehuset har derfor en tydelig og selvstendig forskningsstrategi som vil kreve egne IKT-løsninger.

##### **Arkitektur og applikasjonslandskap**

Oslo universitetssykehus HF har i dag i overkant av 800 kliniske applikasjoner i drift, hvorav ca. 400 håndterer pasientinformasjon. I tillegg er det et tilsvarende antall innen administrative og støttefunksjoner. Dette gir store utfordringer, både med tanke på sikkerhet, drift, økonomi og brukervennlighet.

Oslo universitetssykehus HF legger prosjektene og programmene i regional gjennomføringsplan til grunn for sitt målbilde. Det er derfor viktig for foretaket å ha fokus på utviklingen i det totale applikasjonslandskapet, og å se de ulike applikasjonene i sammenheng. Oslo universitetssykehus HF har på grunn av størrelse og fusjonshistorikk en rekke overlappende applikasjoner på mange områder. Det er vesentlig å konsolidere overlappende funksjonalitet der det er mulig, samt ha fokus på å sanere overfløddige applikasjoner. Et av målene med dette arbeidet er blant annet å unngå å bruke mye ressurser på å få ikke-konsoliderte og overlappende systemer til å fungere sammen.

	Dato:	Side: 7 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

For å sikre konsistens i informasjonen, er det viktig å ha klare definisjoner og regler for samhandling mellom de applikasjonene som skal inngå i applikasjonslandskapet. Et grunnleggende prinsipp er at informasjon skal registreres, lagres og vedlikeholdes i ett, men være tilgjengelig i mange systemer. For å sikre god samhandling og konsistens vil ingen prosjekter for innføring av nye applikasjoner settes i gang før det er gjort en arkitekturmessig vurdering av hvordan den nye applikasjonen skal samhandle i applikasjonslandskapet. En slik vurdering må foreligge før beslutningen om å starte et hovedprosjekt tas.

Det arbeides med å få etablert en regional database over eksisterende applikasjoner, hvilke funksjoner og arbeidsprosesser de understøtter og hvordan de samhandler. Oslo universitetssykehus HF vil i 2014 registrere sine applikasjoner i den regionale databasen.

## **5 PROSJEKTER SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014**

I dette kapittelet beskrives alle prosjekter som er prioritert via styringsstrukturen i 2014. De behovene som er meldt inn, men som ikke har en slik prioritet, fremkommer i vedlegg 1. Dette er behov som ikke vil bli løst i form av prosjekter i 2014, men som vil vurderes og eventuelt prioriteres i neste revisjon av områdeplanen for IKT i Oslo universitetssykehus HF. Gjennom en senere foranalyse skal "ikke prioriterte" behov vurderes og anbefalt løsning utredes mer i detalj.

Alle IKT-leveranser skal ha en kvalitet som sikrer stabil og forsvarlig drift i pasientbehandlingen, og dermed bidra til god pasientsikkerhet. For Oslo universitetssykehus HF kan de prosjektene som er knyttet til omstillingen i forbindelse med fusjonen også svare ut flere av de andre regionale prioriteringsområdene, som økt kvalitet, større effektivitet og en enklere hverdag. Tiltakene knyttet til omstillingsprosessen vil derfor også i denne planperioden legge beslag på mye ressurser.

### **Etablering av et felles klinisk informasjonsgrunnlag**

Felles EPJ (DIPS) er viktig for å understøtte organisasjonsendringer i klinikkene. Dette gjelder både for at den elektroniske informasjonen skal være tilgjengelig når pasienter starter behandlingen et sted og fortsetter behandlingen på et annet sted, og for at all tidligere elektronisk informasjon skal være tilgjengelig når behandlingstilbud som tidligere var spredd nå er samlet i samme foretak.

Den regionale elektroniske fødejournalen Partus planlegges å tas i bruk i hele Oslo universitetssykehus HF i løpet av våren 2014. Innføringen av Partus vil gi Oslo universitetssykehus HF en felles elektronisk fødejournal. For Ullevål sykehus innebærer innføringen at den siste store papirbaserte journalen blir elektronisk.

Konsolidering av løsninger innenfor medisinsk service er viktig både for at disse enhetene internt skal kunne gjennomføre egen omstilling, og for at svar skal være tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg. På grunn av en uakseptabel driftssituasjon knyttet til eksisterende RIS/PACS-løsning ved Radiumhospitalet, er det etter en vurdering av mulige løsninger konkludert med en forsert implementering av den regionale RIS/PACS-løsningen på denne lokalisasjonen. Beslutningen er tatt selv om dette medfører at Oslo universitetssykehus HF vil fortsette en periode med tre operasjonelle RIS/PACS-løsninger. Det vil også gjennom 2014 pågå betydelig aktivitet i forhold til å få på plass nytt felles laboratoriesystem basert på den regionale løsningen som per i dag utvikles ved Sykehuset Østfold HF.

	Dato:	Side: 8 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

**Etablering av konsoliderte administrative løsninger** er en forutsetning for gode og effektive arbeidsprosesser innen Oslo universitetssykehus HF. For eksempel er en felles innkjøps- og logistikk-løsning grunnleggende for å kunne etablere foretaksovergrepene prosesser på innkjøp og logistikkområdet. Dette er en av mange forutsetninger for at Oslo Universitetssykehus skal fungere som én virksomhet.

#### **Understøtte forskning**

Oslo universitetssykehus HF er det ledende forskningssykehuset i Norden. For å opprettholde sin forskningsproduksjon, er en integrert IKT-infrastruktur for forskning nødvendig. Oslo universitetssykehus HF sitt behov for IKT-støtte til forskning er i liten grad nevnt i regional "IKT-strategi og gjennomføringsplan", dette vil derfor i hovedsak måtte ivaretas som lokale initiativer men med regional finansiering og støtte.

#### **Oppgradering av IKT infrastruktur ved Oslo universitetssykehus HF**

Oslo universitetssykehus HF har en utdatert IKT-infrastruktur bygget opp rundt de HFene som 1. januar 2009 dannet Oslo universitetssykehus. Denne må erstattes av en oppdatert, enhetlig infrastruktur for å sikre at sykehuset kan driftes forsvarlig. Oppgraderingen er nødvendig for at utdatert infrastruktur ikke skal være den største bremseklossen i forhold til omorganisering, faglig standardisering og etablering av nye IKT-tjenester ved sykehuset.

Arbeidet med en felles teknisk plattform er organisert som en del av det regionale IKT infrastruktur-moderniseringsprogrammet (IMP). Det regionale programmet har ansvaret for å designe, etablere og legge om sykehuset til den regionale plattformen. Det er et lokalt ansvar å etablere et mottaksprosjekt som sikrer at sykehuset klarer å motta og innføre de løsningene som IMP designer. Dette lokale ansvaret er ivaretatt gjennom etableringen av MIO prosjektet (Modernisering IKT Infrastruktur OUS). I tillegg har det vist seg at Oslo universitetssykehus må delta aktivt i krav, design og etableringsfasene for å sikre at sykehusets behov blir ivaretatt.

Tabellene under viser hvilke prosjekter som gjennom bearbeidelse i styringsstrukturen for IKT vil bli prioritert i 2014.

<b>Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling</b>	<b>Aktivitet i 2014</b>
Innføring av regionalt felles PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF	Implementere og ta i bruk regional EPJ-løsning med planlagt produksjonsstart 20. oktober 2014
Felles regional elektronisk fødejournal - ibruktakelsesprosjekt	Forberede og ta i bruk regional fødejournal-løsning med modul for fostermedisin med planlagt produksjonsstart 31. mars 2014.
Konsolidering og integrasjon av billedlagring øye	Implementere og ta i bruk løsning med en planlagt produksjonsstart ultimo mai 2014.
Konsolidering og integrasjon av system for hjerteultralyd	Etablere regional løsning, implementere og ta i bruk løsningen. Planlagt produksjonsstart er mai/ juni 2014.
Konsolidering og integrasjon av system for endoskopier	Etablere regional løsning, implementere og ta i bruk løsningen. Planlagt produksjonsstart 20. okt 2014 samtidig med EPJ-prosjektet.
AMK 113	Foranalyse pågår, ferdigstilles i desember 2013. Eventuelle IKT-løsninger som bidrar til å redusere svartider, er ikke spesifisert ennå. IKT-fagutvalg



	Dato:	Side: 9 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

<b>Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling</b>	<b>Aktivitet i 2014</b>
	klinisk, forskn.støtte og samhandling prioriterer denne høyt (møte 22.10.2013).
Min Journal/samhandling	Ny funksjonalitet etableres og tas i bruk
Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv/operasjon	Innføre regionalt kurvesystem til intensivheter og operasjonsstuer i Oslo universitetssykehus HF som ennå ikke har tatt dette i bruk (mål 2014 = 80 senger).
Registerverktøy for kvalitets- og forskningsregistre	Oppgradere minst 5 gamle registre og etablere registerløsning for samtykkehåndtering.
Pleiekategorisering	Foranalyse pågår, ferdigstilles ikke i 2013. Når det foreligger en foranalyserapport i 2014 vil den fremlegges for IKT-fagutvalg klinisk, forskn.støtte og samhandling for prioritering.
Spesialistmodul Nyrebase	Finne en løsning som sikrer at behovene som i dag dekkes av Nyrebase også dekkes etter innføring av ny løsning for transplantasjonsimmunologi. Foranalyse, velge fremtidig løsningsalternativ og starte implementering for å erstatte Nyrebase.
Løsning for medikamentell kreftbehandling	Delta i spesifisering av og senere evt. pilotere ny regional løsning for kreftbehandling. Aktivitet i 2014 avhenger av regional prioritering av prosjektet.
Digital samhandling	Sending av patologimelding til Kreftregisteret. Applikasjonskvittering er tatt i bruk for epikriser og laboratoriesvar.
eKommunikasjon med brukere i Klinikk PHA	Gjennomføre en foranalyse i 2014 og avhengig av foranalysen, starte et gjennomføringsprosjekt.

	Dato:	Side: 10 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	Aktivitet i 2014
Regional RIS/PACS ved Radiumhospitalet – Carestream - ibruktakelse	Forberede og ta i bruk regional løsning på Radiumhospitalet, med en planlagt produksjonsstart medio juni 2014.
Regionalt felles laboratorieinformasjonssystem (LIMS) i Oslo universitetssykehus HF	Etablere regional løsning for de områdene hvor det ikke er etablert regionale standarder ifm SØ-HF. Ferdigstille forprosjekt i 2014 og starte implementering av valgt regional løsning. Produksjonsstart planlagt til etter 2014.
Laboratorieløsning for Transplantasjonsimmunologi og Benmargsgiverregister	Velge (anbudsprosess pågår), implementere og ta i bruk løsning med planlagt produksjonsstart september 2014.
Laboratorieløsning for Celleterapi	Velge (anbudsprosess pågår), implementere og ta i bruk løsning med planlagt produksjonsstart desember 2014.
Produksjonsplanleggingsprogram mikrobiologisk lab	Velge (anbudsprosess pågår), implementere og ta i bruk løsning med planlagt produksjonsstart mai 2014.
IKT analyseplattform for DNA sekvenseringsdata i genetisk diagnostikk	Starte forprosjekt, kravspesifisering og anskaffelse. Merkantile avklaringer. Implementere og ta i bruk løsning med planlagt produksjonsstart første del desember 2014
Konvertering av historiske data til Swisslab (Medgen)	Konvertere historiske data til Swisslab og slå av gamle labløsninger i medisinsk genetikk.
Synkronisering mellom Kreftregisteret og mammografiscreeningen i Oslo	Gjennomføre en foranalyse i 2014 og avhengig av foranalysen, starte et gjennomføringsprosjekt.
Analyseplattform for aCGH ved Avdeling for medisinsk genetikk	Gjennomføre en foranalyse i 2014 og avhengig av foranalysen, starte et gjennomføringsprosjekt.
Køsystem – primært basert på iTide	Avvente ferdigstillingen av iTide som gjennomføres som en før-kommersiell anskaffelse og deretter behandle, prioritere og evt. starte en anskaffelse av et køsystem.

Prosjekter innenfor området administrative tjenester og LIS	Aktivitet i 2014
Felles innkjøp/ logistikk-løsning i Oslo universitetssykehus HF	Felles innkjøpssystem (iProcurement) skal være ferdig innført på Oslo universitetssykehus HF (Ullevål og Aker i 2014). Lokale plukklagre for medisinske forbruksartikler er etablert på Oslo universitetssykehus HF (Aktiv forsyning også tatt i bruk på Ullevål og Aker, Visma eHandel og Clockwork er faset ut). Rapporteringsløsningen er oppgradert (Discoverer erstattet av BI APPS)
Aktivitets- og ressursstyring (videreføring av tidligere prosjekt "Innføring av regional løsning for personalressursstyring")	Prosjektets skal 1. Vurdere, pilotere og klargjøre nye moduler/funksjonalitet i GAT iht Oslo universitetssykehus HF ' behov. 2. Forbedre bruken av GAT ved å gjennomføre

	Dato:	Side: 11 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

Prosjekter innenfor området administrative tjenester og LIS	Aktivitet i 2014
	måltrettede opplæringstiltak for utvalgte områder der kompetansegapene er store. 3. Fullføre pågående pilot for forbedret styringsverktøy for aktivitet og virksomhetsstyring ved KDA. Gjennomføre pilot nr 2 for en enhet med operasjonsstuer.
Felles fakturaløsning i Oslo universitetssykehus HF	Fakturarapportering og felles fullmaktsregister etablert.
Ny, endret lagringsløsning Oslo universitetssykehus HF LIS	Foranalyserapport levert 2013. Ikke prioritert for 2014. Kun nødvendig utvidelse av dagens løsning er prioritert.
Organisasjonsforvaltning	Etablere en forbedret organisasjonsforvaltningen i Oslo universitetssykehus HF med økt fokus på effektivitet og kvalitet

Prosjekter innenfor området infrastruktur	Aktivitet i 2014
MIO - Felles IKT-plattform	Videreføre fase 1 og starte fase2 av implementering av fellesregional plattform. Prosjektet skal virke som ibruktakelsesprosjekt for det regional infrastrukturmoderniseringsprogrammet og koordinere alle IKT infrastrukturbehov ved OUS.

## 6 DRIFTSMESSIGE FORHOLD SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014

Sikker og stabil drift har en overordnet prioritet for alle IKT-tjenester ved Oslo universitetssykehus HF. Dette bidrar til forsvarlig og effektiv pasientbehandling. I tillegg vil følgende områder innenfor ordinær IKT drift bli spesielt prioritert 2014.

### Understøtte MTU investeringer

Oslo universitetssykehus HF skal i de neste årene gjøre en stor oppgradering av sitt medisinske tekniske utstyr. Dagens medisintekniske utstyr og løsninger krever nesten uten unntak integrasjoner mot de eksisterende kliniske løsningene for å fungere etter hensikten. Alternativt må de etableres som nye IKT-løsninger.

### Understøtte arbeidet med å lukke avvik og myndighetspålegg.

For flere områder på sykehuset vil en mer effektiv IKT-støtte lette arbeidet med å lukke interne avvik i form av myndighetspålegg som er gitt ved tilsyn.

### Forberedelse til etablering av regionale kompetansesenter for EPJ og pasientdialog

Helse Sør-Øst har identifisert behovet for et eget organ for å understøtte standardiseringsarbeidet i regionen. Formålet er å ivareta felles regionale standarder og prosedyrer, samt understøtte standardiseringen og arbeide med videreutvikling av dokumentasjonssystemer. Organet skal bidra til at erfaringer og kunnskap kan gjenbrukes, og dermed drive den regionale fagutviklingen ved bruk av EPJ fremover. Det er derfor besluttet å etablere regionale kompetansesentre innenfor de kliniske områdene. Oslo universitetssykehus HF har fått ansvaret for å etablere grunnlaget for en fremtidig

	Dato:	Side: 12 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

regional EPJ, og bør derfor også påta seg en rolle i forhold til å etablere et regionalt kompetansesenter for området.

Det vil være naturlig å se etableringen av et slikt senter i forlengelsen av at det regionale EPJ-prosjektet avsluttes, og arbeidet med å utvikle EPJ videre overleveres til linjeorganisasjonen i løpet av 2015. For å nå dette målet vil det være nødvendig å forberede en slik organisering gjennom 2014. Oslo Universitetssykehus HF har over tid jobbet med å forbedre tilgjengelighet og kvalitet i pasientdialogen. Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig for sykehuset å ta på seg ansvaret for å drive frem et regionalt kompetansesenter også på dette området.

#### **Videreføre arbeidet med etablering av kvalitetsregistre (nasjonale og regionale)**

Oslo universitetssykehus HF har fått ansvaret for et regionalt fagsenter knyttet til nasjonale kvalitetsregistre. I tillegg er det et behov for å bygge opp lokale registre eller endre registre med utdaterte IKT-løsninger. Disse miljøene vil være viktige samarbeidspartnere knyttet til medisinsk standardisering (arketyper) som forberedelse for strukturert journal.

#### **Videreføre arbeidet med etablering av funksjonell forvaltning av felles kliniske systemer**

For alle systemene står opplæring og brukeroppfølgning sentralt. Det er basisen for å oppnå god og kvalitetssikret bruk av systemene. Parallelt med utfasing av DocuLive og PasDoc bygges det opp en ny, funksjonell forvaltningsorganisasjon for DIPS. Det vil også bli lagt vekt på å få på plass en funksjonell forvaltning av kurvesystemet for de klinikkene som tar dette i bruk.

## **7 INNOVASJONSARBEID SOM SKAL PRIORITERES I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF I 2014**

I sykehusets innovasjonsstrategi 2011-2015 står følgende:

*"I likhet med andre vestlige land står Norge overfor store helseutfordringer. Vi eldes og utvikler sykdommer som følge av vår livsstil. Helseutgiftene stiger, nye utrednings- og behandlingsformer tas stadig i bruk, og informasjonsteknologi utfordrer dialogen så vel innad i sykehus som med pasienter, helsetjeneste og samarbeidende industri.*

*Regjeringen maner til nytenkning gjennom innovasjonsmeldingen "Et nyskapende og bærekraftig Norge" og samhandlingsreformen. Det er liten tradisjon for å formidle og dele gode kliniske løsninger eller å synliggjøre den samfunnsmessige betydningen av all god forskning som pågår. Norges forskningsråd har også påpekt at det er et urealisert potensial i Norge for økt innovasjon fra medisinsk og helsefaglig forskning sammenlignet med andre land. Landets største sykehus, Oslo universitetssykehus, som er førende innen medisinsk forskning og utvikling i Norge, vil også ta et overordnet ansvar for innovasjon."*

Innovasjonsstrategien formulerer derfor følgende visjon og hovedmål for sykehuset:

*"Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon."*

*"Innovasjon skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst."*



	Dato:	Side: 13 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

Bruk av IKT er et sentralt virkemiddel for sykehusets satsning på innovasjon, gjennom forbedring og forenkling av arbeidsprosesser, forbedring av pasientdialogen og gjennom å ta i bruk ny teknologi. En av hovedutfordringene i et stort og komplekst sykehus som Oslo universitetssykehus, er rask og enkel tilgang til relevant informasjon. Dette gjelder både for kliniske og administrative funksjoner og for pasientene. For klinikerne er det viktig med tilgang til løpende informasjon om pasienten, og til faglig informasjon i form av beste praksis og forskningsresultater. For ledelse og administrativt personell er det viktig med løpende tilgang til informasjon om drift, økonomi og personell. Pasienten er interessert i bedre informasjon om egen sykdom og behandlingsforløp.

De ulike prosjektene i områdeplanen vil sørge for at informasjonen gjøres tilgjengelig. Dette bør suppleres med verktøy som forenkler tilgang til, navigering i og sammenstilling av informasjonen. Oslo universitetssykehus vil utvide samarbeidet med eksterne forsknings- og innovasjonsmiljøer innenfor helseinformatikk, i første rekke UiO og NTNU.

I 2014 vil følgende områder prioriteres:

#### **Pasientdialog**

I MinJournal har pasientene tilgang til egne epikriser. Disse er ofte skrevet i et språk som er vanskelig å forstå. Intervensjonssenteret har i prosjektet Thesaurus laget en løsning som leser epikrisen fra EPJ og legger til en forklaring av vanskelige ord og uttrykk. Vi vil gjennomføre et pilotprosjekt som tar i bruk Thesaurus i MinJournal.

#### **Grensesnitt mellom journal og internasjonale fagdatabaser**

OUS har de siste to årene hatt et samarbeidsprosjekt med firmaet PubGene om utvikling av et søkeverktøy for medisinsk informasjon, CoreMine. Dette verktøyet gir mulighet for søk og sammenstilling av informasjon fra flere internasjonale forsknings- og fagdatabaser basert på informasjon i EPJ. Prosjektet støttes av Innovasjon Norge, og vil videreføres i 2014.

#### **Strukturert journal**

Overgang til en mer strukturert pasientjournal ligger enda noen år frem i tid. Imidlertid vil vi allerede ved oppstart av DIPS i 2014 ta i bruk enkelte moduler fra neste generasjon av DIPS på Skadelegevakten og i Akuttmottaket. Innføring av strukturert journal krever betydelige forberedelser i form av definisjon av såkalte arketyper, som er en måte å standardisere og definere innholdet i journalen. Definisjon av arketyper krever regionalt og nasjonalt samarbeid og koordinering og vil skje i tett samarbeid med DIPS ASA. Vi vil starte dette arbeidet i 2014.

#### **Mobilitet**

Sykehusets ansatte har tilgang til tjenester som e-post og kalender fra mobiltelefon og nettbrett. I løpet av 2014 vil vi gjennomføre et pilotprosjekt som utvider tjenestetilbudet. I første omgang vil piloten konsentrere seg om tilgang til ledelsesinformasjon og administrativ prosessstøtte. Men vi vil også arbeide med å utrede en infrastruktur som tar høyde for å håndtere pasientinformasjon.

Også for pasienter tar vi sikte på å etablere løsninger basert på mobil teknologi. I første omgang vil vi arbeide med å lage en løsning i MinJournal for å gi pasientene tilgang til timeboken sin fra mobiltelefon og nettbrett.

	Dato:	Side: 14 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## 8 NYTTEEFFEKTER OG GEVINSTUTTAK

Det er viktig å realisere nytteeffekter knyttet til innføring og bruk av IKT-systemer i Oslo universitetssykehus. Selve innføringen av et nytt IKT-system som erstatning for et annet, vil ikke automatisk generere gevinster. Et systematisk tverrfaglig arbeid med god lederstøtte samt kunnskap om hvordan vår virksomhet er organisert, hvordan arbeidsprosesser er satt sammen og hvordan IT-løsninger utnyttes vil kunne gi synergier utover det hvert enkelt område kan bidra til. Ved et samlet fokus på bruken av IKT helt fra behov for nye tjenester, innføring, forvaltning og kvalitet sett i sammenheng med enhetenes og ledelsens behov for oversikt og styring, blir nytteeffektene merkbare og målbare for hele sykehuset. Oslo universitetssykehus jobber i dag med dette i det pågående EPJ-prosjektet og i prosjektet "Aktivitet og virksomhetsstyring". Her jobber klinikk og administrasjon sammen for å bidra til bedre måloppnåelse og utnyttelse av de ressursene som finnes på sykehuset. Dette arbeidet vil fortsette og styrkes i 2014.

## 9 SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR 2014

Tabellene under oppsummerer de viktigste økonomitall for IKT området for 2014.

### Bruk av lokale investeringsmidler i 2014

Prosjektområder	Investeringsmidler 2014
Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	11 750 000
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	5 650 000
Prosjektområde administrative tjenester og LIS	7 600 000
<b>Sum lokale finansierte prosjekter</b>	<b>25 000 000</b>

### Bruk av lokale driftsmidler i 2014

Driftsbudsjett OUS Stab IKT	47 133 000
Lokalt driftsbudsjett til prosjekter	142 000 000
Total driftskostnad til Sykehuspartner IKT	769 271 000
<b>SUM driftsbudsjett IKT</b>	<b>958 404 000</b>

	Dato:	Side: 15 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

Tallene under viser til investeringstakten i de regionalt finansierte prosjektene er av en foreløpig karakter basert på vurderinger gjort av IKT stab i Oslo Universitetssykehus. Utgangspunktet er økonomiske langtidsplanen besluttet av styret i Helse sør-øst RHF. De reviderte tallene vil slik planen er nå foreligge i løpet av 1. kvartal 2014.

**Estimert bruk av Regionale investeringsmidler i 2014 (med utgangspunkt i justerte tall fra økonomisk langtidsplan)**

Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	276 000 000
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	35 000 000
Prosjekter innenfor området infrastruktur	274 000 000
<b>Sum Regionalt finansierte prosjekter</b>	<b>585 000 000</b>

## RISIKOER KNYTTET TIL GJENNOMFØRINGEN AV OMRÅDEPLAN 2014

Matrisen under viser de viktigste overordnede risikoelementene knyttet til gjennomføringen av områdeplanen. Klassifisering av og tiltak for å redusere risiko spesifiseres innenfor den enkelte prosjektportefølje.

ID	Risiko	Konsekvens
1	Manglende ressurser hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt</li> <li>• Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift</li> </ul>
2	Høyt aktivitetsnivå ved Oslo universitetssykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende koordinering mellom besluttede prosjekter</li> <li>• Avhengighet mellom besluttede prosjekter skaper ressursutfordringer</li> </ul>
3	Manglende økonomiske ressurser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gir manglende fremdrift i utbygning av kritisk infrastruktur</li> <li>• Stanser pågående, prioriterte prosjekter (midlertidig eller permanent)</li> </ul>
4	Avhengighet til andre fagområdet (spesielt eiendom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritisk fysisk IKT infrastruktur blir ikke bygd ut raskt nok til å understøtte IKT behov</li> </ul>
5	Manglende koordinering av avhengigheter mellom regionale programmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/håndtert</li> </ul>
6	Forsinkelser i regionale programmer på andre HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil forsinke leveranser til Oslo universitetssykehus HF, gitt at andre HF har høyere prioritet</li> </ul>
7	Dårlig registreringspraksis ved innleggelse av data i de ulike IKT-systemene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjør det vanskelig å rapportere faktisk utført aktivitet for den enkelte enhet.</li> </ul>

	Dato:	Side: 16 / 16
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF</b>		

8	Mangler i virksomhetsarkitekturen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gjør det vanskelig å koble sammen og rapportere aktivitet og ressursbruk på detaljert nivå.</li></ul>

	<b>PROTOKOLL</b> Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8
<i>Dato:</i>	11.12.2013
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Parter:</i>	Ledelsen for Oslo universitetssykehus Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene
<i>Sak:</i>	Sak 1 Budsjett 2014
<i>Tilstede:</i>	<u>Fra arbeidsgiversiden:</u> Rolv Økland (HR), Morten Reymert (ØK), Øyvind Wøllo (ØK), Terje Rootwelt (KVB), Magnus Landro (OSS), Cathrine M. Lofthus (MHU), Bjørn Erikstein (Adm.dir)
	<u>Fra arbeidstakersiden:</u> Birgit Aanderaa (NPF), Vibeke Kristiansen (NSF), Svein Erik Ustrømmen (NSF), Martin Sæheim (Tekna), Nina Bøe (Delta), Svanhild Kvamme (FO), Ingvild Eidsaae (NETF), Elisabeth Holtebekk (NFF), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Brynhild Asperud (NITO), Aasmund Bredeli (Dnlf), Knut Sandli (Fagforbundet), Eli Skoprpen (NRF), Ruth Foseide Flemming (YLF), David Pearson (PARAT), Inger Kristin Larsen (Forskerforbundet)
	<u>Fra vernetjenesten:</u> Per oddvar Synnes, Bergljot Fuhr Lunde

### Sak 1 BUDSJETT 2014

Morten Reymert presenterte saken med referanse til utkast til styresak 71/2013 Budsjett 2014 med vedlegg.

Det ble orientert om

- Investeringsbudsjett med oversikt over prioriterte områder
- Aktivitetsvekst som er lagt til grunn i budsjett 2014
- Resultatbudsjett 2014
- Driftsbudsjett og krav til resultatforbedring
- Vurdering av risikobildet knyttet pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, innovasjon og utdanning, økonomi og infrastruktur
- Konklusjon i AMU etter behandling av innholdet i budsjett 2014

#### **Arbeidstakersidens kommentarer**

Det er i statsbudsjettet for 2014 fastslått at aktiviteten innen psykisk helse og rusbehandling skal økes, og økningen skal måles i kostnader, ventetid og aktivitet. Slik det fremstår i Budsjett 2014 vil aktivitetsøkningen delvis representere en omregistrering av eksisterende aktivitet innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det stilles spørsmål om hvordan Budsjett 2014 svarer ut krav i statsbudsjettet. Veksten som er lagt opp til i Klinikk psykisk helse og avhengighet må redegjøres for.



Tre områder er viktige med tanke på aktivitetsøkning:

- arbeidsbelastning ved aktivitetsøkning
- sikre bemanning og kompetanse ved aktivitetsøkning
- fagutvikling og forskning 2014

NSF varslet en protokolltilførsel om tar for seg forslaget om endringer i sammensetningen av operasjonspersonell - å erstatte operasjonssykepleier nummer to ved operasjoner med andre typer kompetanse. Støttefunksjoner bør heller vurderes, fremfor endring i spesialkompetanse.

Det ble stilt spørsmål om en produktivitetsøkning på 2 % er realistisk uten å endre antall årsverk, og videre om risikoen for den økonomiske bærekraften faktisk reduseres.

Det er ønskelig med en mer detaljert beskrivelse av sammenhenger på tvers i styresaken.

*Det vises for øvrig til arbeidstakersidens protokolltilførsler vedlagt.*

### **Arbeidsgiversidens kommentarer**

Vekst i polikliniske konsultasjoner i TSB i 2014 er først og fremst knyttet til at det er lagt til grunn at flere av dagens ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner vil bli refusjonsberettigede og således telles i måltallet som følge av bedre lydisolering av vegger.

Det er lagt opp til en vekst i diagnostikk og operasjon/intensiv for at disse enhetene skal kunne understøtte de pasientbehandlende enhetene. Det er arbeidsgivers vurdering at organisasjonen vil være i stand til å gjennomføre den planlagte aktivitetsveksten.

Sykehusets økte inntekter 2014 er en permanent endring, det vil si også for framtidige år. Dette sammen med effektiviseringstiltak vil redusere den langsiktige økonomiske risikoen for Oslo universitetssykehus HF.

Under budsjettprosessen er tiltak som virker på tvers i sykehuset forberedt. Oppfølging av dette vil bli presisert i styresaken.

Arbeidsgiver  
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene  
(Sign)

### **Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra

- Norsk psykologforening, med støtte fra NOFF, Presteforeningen, NETF, NFF, Delta, FO og Parat
- Fagforbundet
- Vernetjenesten
- NSF
- Den norske legeforening

## Protokoll drøftemøte budsjett OUS 11. desember 2013



### Budsjett 2014

I årets statsbudsjett står det:

” Kap. 732 Regionale helseforetak

Vekst i rusbehandling og psykisk helsevern versus somatikk

Regjeringen vil gjeninnføre regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk. Veksten måles gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet. Styringsparametrene vil bli målt på regionsnivå. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at veksten innen psykisk helsevern kommer ved distriktpsikiatriske sentra (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, døgnbehandling, ambulante tjenester og poliklinikk, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Sykehusene skal sørge for gode lukkede akuttjenester, sikkerhetspsykiatri og enkelte andre funksjoner som ikke kan ivaretas på DPS-nivå. Samarbeid om utvikling av tjenester og kompetanse mellom kommune og spesialisttjeneste vil derfor bli vektlagt.”

I klinikkdrøftingen ble det ikke klarlagt hvorvidt økt kostnadsvekst for psykisk helse og rusbehandling er oppfylt ved OUS.

I drøftingen på foretaksnivå ble det heller ikke svart ut hvordan regnestykket for dette er ved OUS eller hvordan dette er tenkt i HSØ.

Det må klargjøres hvordan utregningen som svarer ut statsbudsjettets krav, skal foregå. Det må komme en tydelig utregning fra region Helse Sør-Øst og det må være klart hva som er OUS sin andel.

Aktivitetsvekst i seg selv er ikke nødvendigvis en garanti for at pasientene får mer behandling, derfor må man også se på kostnadsvekst.

Dette kommer bl.a. av to forhold. Noe aktivitetsvekst er kun omregistrering. Se eksempel under. Det andre er at det ikke foreligger noen god omregningsnøkkel mellom døgnaktivitet - > poliklinisk aktivitet -> telefonaktivitet. Hvis man legger ned en døgnpost, hvor mange polikliniske samtaler eller telefonsamtaler skal veie opp for dette? Hvordan ser dette ut på statistikken i dag?

Årets budsjett er således et godt eksempel på omregistrering av aktivitet. Poliklinisk aktivitet innen TSB øker med 16 % i budsjett 2014. I dette ligger det kun; hvis man klarer å lydisolere de behandlingsrommene som ikke er godkjent for poliklinisk behandling i dag pga. at de ikke er lydtette nok, da får man refusjon for det arbeide man allerede gjør i dag. Denne aktivitetsøkningen innen TSB er således bare en omregistrering av eksisterende aktivitet.

Norsk Psykologforening OUS ser det derfor som viktig at det slås fast i statsbudsjettet at det skal være en økt vekst innen psykisk helse og rusbehandling.

Psykiske lidelser er den største utfordringen i forhold til unge uføre. For hver uføretrygdet for psykisk lidelse taper Norge 21 arbeidsår. Årlige samfunnskostnader for psykiske lidelser i Norge er anslått til 60 -70 milliarder (St.prp. nr.1, 2009-10). Psykiske lidelser står for 40 % av sykefraværet og 40 % av uføretrygdkostnadene. Pasienter med hjertelidelse som i tillegg er deprimerte lever 10 år kortere enn sine medpasienter som ikke er deprimerte.

I en norsk undersøkelse fant man at blant de hvor psykiske lidelser er hovedgrunn eller medvirkende årsak til uføretrygd, har så mange som 32% aldri fått hjelp (Øverland, Glozier, Krokstad, & Mykletun, 2007). Bare 13 % av mennesker med selvrapportert depresjon og 25 % av de med selvrapportert angst søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Blant ungdom er andelen av de med høyest symptombelastning som søker hjelp ikke høyere enn 34 % (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006).

I forhold til samfunnsansvaret og samfunnsøkonomien er det derfor ikke tilstrekkelig når det i budsjett-drøftingen vises til at OUS ikke har ventelister innen TSB eller Psykisk helse.

Det er derfor viktig at man gir behandling som pasientene kan nyttegjøre seg og at det gjøres studier som viser hvordan vi kan nå pasientene. FEST-studien er et eksempel på at god psykologisk behandling gir resultater.

For pasientene i FEST-studien ([Første eksperimentelle studie av overføringsarbeid \(FEST\)](#)) kan det dokumenteres gode resultater etter den 3-årige oppfølgingsperioden:

- - forbruk av spesialisthelsetjenester i psykisk ettervern ble redusert med 75 % i forhold til vanlig behandling i 3-års perioden etter avsluttet terapi
- - psykiatrisk behandling hos fastleger ble redusert med ca 60 %
- - antall sykemeldinger ble redusert med 75 %

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/psykoterapi-hjelper-de-sykeste.html>

Psykologforeningen støtter organisasjonenes fellesprotokoll.

Mvh  
Birgit Aanderaa  
FTV OUS NPF

Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 51-58.

Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6.

Øverland, S., Glozier, N., Krokstad, S., & Mykletun, A. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. *Psychiatric Services*, 58(11), 1479-1482

## **Protokoll til drøftingsmøtet 11. desember 2013. Budsjett**

Fagforbundet er positiv til den økningen det ligger an til i budsjett 2014 innenfor investerings- og vedlikeholdsbudsjett.

Fagforbundet vil likevel påpeke at utfordringsbildet i 2014 er stort og at bildet av dette følges inn i 2015.

Videre mener vi at sykehuset kanskje i for stor grad legger vekt på en økning i antall pasientbehandlinger.

Fagforbundet er positiv til en endring av sammensetningen av operasjonspersonell og stiller seg bak dette. Målsetningen må her være å få frigitt operasjonssykepleiere for så å operert flere pasienter. Ikke som ett ledd i et innsparingstiltak.

Vi ser at det nok en gang legges opp til økning i poliklinisk behandling i TSB. Denne gang begrunnes det med bygningsmessige endringer. Tidligere har man unnlatt å begrunne det, selv om det hele tiden har ligget et økonomisk motiv i bunnen.

Vi finner det bekymringsfullt at man velger økt satsing på en form for behandling som disse pasientene ikke har forutsetning for å nyttiggjøre seg, mens man i de senere årene har svekket tilbudet til døgnbehandling. Dette er pasienter som har behov for døgnbehandling, og gjerne over et lengre tidsrom enn det som blir tilbudt i dag.

Dette virker da til at spesialisthelsetjenesten utstøter de pasientene som har det største behovet for behandling, og samtidig søker å tiltrekke seg pasienter med lavere alvorlighetsgrad av sykdom. Vi mener dette er feil signal å sende til pasienter, pårørende, primærhelsetjenesten, og publikum for øvrig.

Fagforbundet vil også trekke frem AMUs vedtak:

*AMU mener at budsjettforslaget for 2014 kan bidra til en reduksjon av den totale risiko for arbeidsmiljøet i sykehuset i løpet av året.*

*I tillegg til virkningene på det fysiske arbeidsmiljøet som følge av bygningsmessige oppgraderinger, forventer AMU også en positiv påvirkning av det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet som følge av en bedret pasientbehandling med kortere ventetider, kortere forløpstider og dermed bedre arbeidsflyt.*

*AMU vil likevel påpeke at utfordringene for 2014 er store og at det er usikkerhet med hensyn til når effekten av tiltakene kan forventes.*

Fagforbundet vil til slutt trekke frem protokollene i fra klinikkene. Disse har i seg betydelig risiko mht. utfordringsbildet og må følges opp.

Vår ref.:                      Deres ref.:                      Saksbeh.:                      Dato:11.12.13

Oppgis ved all henvendelse

## Drøftinger OUS budsjett 2014 – protokolltilførsel vernetjenesten

Etter drøftemøte 11.12.13 har vernetjenesten følgende anmerkninger til sak vedrørende budsjett 2014:

- Viser til vedtak i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) sak 70/2013 (*vedlegg i styresaken*). Nevnte vedtak uttaler AMUs vurderinger av arbeidsmiljøkonsekvenser knyttet til budsjettsaken.
- Det er etter vernetjenestens vurderinger knyttet høy risiko til tiltak som skal fjerne flaskehals og gi kapasitetsøkninger i virksomheten. Enkelte tiltak er komplekse og omfattende. Dette gjelder spesielt innenfor det kirurgiske fagfelt. Det er risiko for at tiltakene får sent virkningstidspunkt i budsjettår 2014.
- Flere klinikker har i sine vurderinger av budsjettår 2014 pekt på støttefunksjonene (KDI og AKK) som premiss for egne budsjett –og produksjonsmål. Dersom disse støtteklinikken ikke evner å levere etter plan, vil de med andre ord ”slå ut” resterende klinisk virksomhet i sykehuset. Disse avhengigheter representerer høy risiko og sårbarhet ved driften og må derfor følges nøye.
- Vernetjenesten registrerer at det i drøftingene ikke fremlegges mål om reduksjon i bemanning budsjettår 2014. Dette er positivt. Planlagte økning i produksjon (effektivisering) innenfor nåværende bemanning kan likevel representere en utfordring ift opplevd arbeidspress blant ansatte. Se risikomatrixe arbeidsmiljø/HMS.
- Investeringsbudsjettet legger til rette for en rekke forbedringstiltak innen den fysiske arbeidsmiljødimensjonen 2014. Dette er positivt.

Mvh

Per Oddvar Synnes  
Foretaksverneombud  
Oslo universitetssykehus HF.





## **Drøftingsmøte om budsjett 2014 – Protokoll fra NSF**

Budsjettet for 2014 gir noe bedre rammeforutsetninger enn for 2013, men budsjett situasjonen for OUS er krevende også for kommende år.

NSF vil spesielt trekke frem noen momenter fra de klinikkvise drøftingene. For det første ser vi en bekymring over at bemanning og kompetanse ikke er tilpasset aktivitetsnivå, og at det her ligger en risiko for at vi ikke alltid klarer å ivareta pasientsikkerhet og pasientbehandling på en god måte. I tillegg bidrar marginal bemanning i forhold til aktivitet mange steder til stort arbeidspress og høy arbeidsbelastning for de ansatte. Eksempelvis har dette vært et sentralt spørsmål i situasjonen ved nyfødt intensiv.

For det andre oppleves det å være manglende fokus og satsning på fag og forskning. I en presset driftssituasjon blir ofte disse områdene nedprioritert, noe som går ut over ansattes muligheter til faglig utvikling, og vil kunne få negative følger for motivasjon og trivsel.

For det tredje rapporteres det fra flere klinikker om at det på lavere ledernivåer har vært manglende involvering av ansatte og tillitsvalgte i budsjettprosessen.

Videre stiller NSF seg sterkt undrende til at PHA legger opp til et mindreforbruk i forhold til budsjett 2013, når det i en samlet protokoll fra tillitsvalgte og vernetjenesten påpekes utfordringer i forhold lav bemanning og manglende satsning på fagutvikling og forskning.

I budsjettsaken trekkes det frem et konkret forslag om ”bruk av andre enn spesialsykepleiere operasjon som nr. 2 på visse operasjonsstuer”. NSF ønsker å kommentere dette forslaget spesielt, og vårt syn er som følger:

Norsk sykepleierforbund (NSF) mener at å løse mangel på operasjonssykepleiere ved å sette inn en ny yrkesgruppe på operasjonsstua vil føre til redusert kvalitet og større risiko for pasientsikkerheten. NSF frykter at dette vil føre til økende problemer med å rekruttere og beholde operasjonssykepleiere da dette vil svekke fagmiljøet for operasjonssykepleiere i Oslo universitetssykehus.

Operasjonssykepleier kartlegger og vurderer pasientens behov ut fra problemer, risiko og ressurser, samt prioriterer og iverksetter nødvendige og relevante tiltak i samarbeid med andre yrkesgrupper. Operasjonssykepleier har sin spesialkompetanse og kunnskaper knyttet til pasientbehandling som utføres på operasjonsstuen. Det er kun operasjonssykepleiere som kan kombinere teknisk kompetanse med profesjonell omsorg og som, ut i fra sin kompetanse, være fleksibel og veksle mellom observasjon av pasienten og utføring av tekniske oppgaver.

I oppdraget om ”Oppgavedeling i Specialisthelsetjenesten”, har Departementet gitt Kunnskapssenteret i oppdrag å kartlegge hva som er gjort av endringer innenfor de ulike områdene. Det viser seg å være få endringer og de er dårlig evaluert eller ikke evaluert. Det er derfor vanskelig å si noe om effekten av dette, inkludert operasjonsteknikere /operasjonssykepleiere. Helsedirektoratet har i tillegg utredet dette videre og finner det samme som Kunnskapssenteret. Ifølge opplysninger NSF har mottatt skal det opprettes arbeidsgrupper blant annet for operasjonsteknikere - operasjonssykepleiere. Det er klar melding fra Helsedepartementet at dette arbeidet skal gjøres på sentralt/nasjonalt nivå og ikke på lokalt helseforetaksnivå. NSF forutsetter at dette arbeidet gjøres på en skikkelig måte fra Departementet/helsedirektoratets side - så det må avventes i helseforetakene nå.

NSF er opptatt av at Oslo universitetssykehus bruker operasjonssykepleierkompetansen på en hensiktsmessig måte til det beste for pasienten. Vi er derfor positive til at det foretas en kartlegging av hvor mye tid operasjonssykepleierne bruker til spesialrenhold og lagerhold jfr. "Videreutdanning/Fagskoleutdanning i spesialrenhold i helsetjenesten". Det vil være mye å hente på effektivisering ved å få i gang denne utdanningen og få ansatt helsefagarbeidere som kan ta det fulle ansvaret for dette. Pr. i dag brukes ufaglærte laboranter / lab.assistenter, som har fått opplæring, og som er underlagt operasjonssykepleier-lederne. Dette har stort potensiale for forbedring, bl.a. med bedre opplæring av denne gruppen, slik at de kan ta mer selvstendig ansvar i arbeidet utenfor operasjonsstuen. På bakgrunn av dette vil vi kunne øke aktiviteten på operasjonsstuene ved økt bruk av laboranttjenesten uten at denne erstatter operasjonssykepleier.

NSF får informasjon om at enkelte operasjonsavdelinger har mange ledige stillinger og få søkere over flere år. Det er en kjent sak i operasjonssykepleiermiljøet at det er store arbeidsmiljøutfordringer på disse stedene som det ikke tas tak i. Det er viktig at slike utfordringer tas tak i samtidig som en ser på framtidig rekruttering. Det er også en kjent sak at operasjonssykepleierstudenter sier nei takk til studieplass når de får vite at de får bindingstid til de mest arbeidsmiljøbelastede operasjonsavdelingene her ved sykehuset.

Med vennlig hilsen

Svein Erik Urstrømmen  
Fungerende FTV – NSF, OUS

## Legeforeningens drøftingsprotokoll til budsjett 2014.

Budsjettforslaget som legges frem er økt med drøyt 1,2 mrd kr sammenlignet med 2013. Dette er positivt, men det er viktig å være klar over at ca halvparten av økningen går med til å dekke alminnelig lønns- og prisvekst. Resten fordeles mellom drift og investeringer som angitt i saksfremlegget.

Investeringsbudsjettet gjenspeiler tvingende nødvendige tiltak for å oppfylle lovpålagte myndighetskrav for å opprettholde forsvarlig drift både for pasienter og ansatte. Alternativet ville vært gradvis nedstengning av enkelte bygninger - og drift - slik at sykehuset ikke ville vært i stand til å oppfylle samfunnsoppdraget i henhold til oppdragsdokumentet inkludert de deler av "sørge- for ansvaret" som påhviler sykehuset. Flesteparten av investeringene innenfor bygg og eiendom er midlertidige og gir ikke vesentlig bedre forutsetninger for kostnadseffektiv drift.

Investeringsbudsjettet viderefører også en tre-årig plan for erstatning av gammelt og utrangert medisinteknisk utstyr (MTU) som følge av betydelig etterslep siste 10-15 år. Dette er positivt og kan over tid bidra til økt kapasitet, økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i pasientbehandlingen. Til tross for denne planen vil Legeforeningen påpeke at det fremdeles er store udekkede behov for fornyelse av MTU som kan bryte sammen til enhver tid med de negative konsekvenser det kan få for pasientbehandlingen ved sykehuset.

Investeringsbudsjettet for IKT knyttet til DIPS er betydelig og en tvingende nødvendig forutsetning for drift og driftsplanlegging på tvers av sykehusene. Det er imidlertid økonomisk risiko knyttet til driftsavbrudd og pasientsikkerhet ifm med implementeringen høsten 2014.

Driftsbudsjettet legger opp til aktivitetsvekst både innen somatikk, psykiatri og TSB. Klinikkerne er tilført relativt betydlige budsjettmidler for 2014 sammenlignet med inneværende budsjettår, men ikke tilsvarende underfinansieringen for 2013. Samtidig er gjennomsnittlig produksjonsmål for klinikkerne økt med ca 2%. Dette innebærer en betydelig effektivitetsforbedring fordi klinikken må levere mer uten å øke antall årsverk. Erfaringen de siste årene, og i 2013, er at effektiviteten har falt til tross for sterkt fokus på kostnadsreduksjon og innsparingstiltak. Mange av de kapasitetsøkende tiltakene i budsjettet er blant annet personell- og årsverkkrevende. Legeforeningen kan ikke se at det foreligger innbyrdes avstemte handlingsplaner mellom klinikkerne som synliggjør hvordan de overordnede effektmålene kan nås verken på klinikk- eller sykehusnivå.

Til tross for totalt sett betydelig bedre budsjettforutsetninger for 2014 ser ikke Legeforeningen at den langsiktige økonomiske bærekraften for sykehuset forbedres slik det er lagt opp til i økonomisk langtidsplan. Dette gjelder spesielt i forhold til kapasitetsutfordringene og behovet for fornyelse av driftseffektive bygninger som kan bidra til kostnadseffektiv drift i årene fremover.

Sykehusets akkumulerte kortsiktige gjeld, eller underfinansiering, de siste årene på drøyt 3 mrd slettes ved kommende årsskifte. Det er positivt. Men dessverre betyr det at sykehuset heller ikke har en tilsvarende fordring på fremtidige investeringsmidler hos eier.

Samlet sett fremstår derfor årets budsjettforslag som nødhjelp til selvhjelp for å opprettholde sykehusets viktige samfunnsoppgaver, men uten fremtidig økonomisk bærekraft for fornyelse og utvikling jfr. OUS-idefase.

Med vennlig hilsen

Aasmund Bredeli  
Foretakstillitsvalgt Of/Dnlf/OUS  
Tlf 45 27 00 93

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse  
Vedtak av rektor ved Universitetet i Oslo

---

### **SAK 72/2013 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV MEDISINSK BIBLIOTEK TIL UNIVERSITETET I OSLO**

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

- 1. Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast.*
- 2. Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaksmøte.*
- 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

### **1. Sammendrag**

Oslo universitetssykehus har i dag ansvar for de Medisinsk bibliotekene som er lokalisert på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Universitetet i Oslo v/Universitetsbiblioteket har ansvaret for biblioteket på Rikshospitalet. Denne todelingen gir utfordringer både til bibliotekene og deres brukere. En arbeidsgruppe har konkludert med at en overføring av de medisinske bibliotekjenestene ved Oslo universitetssykehus til og samling i regi av Universitetet i Oslo, vil være den beste løsningen på dagens utfordrende biblioteksituasjon. I ettertid har partene i fellesskap vurdert praktiske forhold og forutsetninger for en virksomhetsoverdragelse.

### **2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Administrerende direktør ser det som positivt at Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo i fellesskap kan komme frem til en god løsning for de Medisinske bibliotekene ved helseforetaket. Det er forventet at en overgang fra to til én eier vil gi driftsgevinster, og at Oslo universitetssykehus gjennom en slik reorganisering vil få et mer enhetlig tilbud og er sikret en utvikling av bibliotekjenestene i takt med utviklingen ved Universitetet i Oslo. Den vedlagte avtalen om virksomhetsoverdragelse er vedtatt av rektor ved Universitetet i Oslo.

På denne bakgrunn foreslås det at styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse, og at saken fremmes til Helse Sør-Øst RHF og foretaksmøtet.

### **3. Faktabeskrivelse**

Medisinsk bibliotek for ansatte ved Oslo universitetssykehus er i dag fordelt slik at Rikshospitalets medisinske bibliotek driftes av Universitetet i Oslo v/Universitetsbiblioteket etter virksomhetsoverdragelse i 1998, mens de øvrige medisinske bibliotek (lokalisert på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet) driftes av Oslo universitetssykehus. Medisinsk bibliotek ved Oslo universitetssykehus har totalt 13 ansatte og er organisert under Virksomhetsområde Forskningsstøtte i Oslo Sykehusservice.

### **Arbeidsgruppe og forslag til endringer**

Det ble i 2010 nedsatt en arbeidsgruppe, bestående av representanter for Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, med mandat å vurdere videre organisering av bibliotekjenester. Gruppen drøftet flere mulige løsninger, og konkluderte i sin rapport (desember 2010) at virksomhetsoverdragelse av Oslo universitetssykehus' medisinske bibliotekjeneste til Universitetet i Oslo vil være den beste løsningen på dagens utfordrende biblioteksituasjon.

Arbeidsgruppens vurdering er forelagt Universitetsbibliotekets styre som i sitt møte 2. mars 2011 støttet rapportens konklusjon. Det Medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo har også støttet forslaget og vedlagte avtale om virksomhetsoverdragelse er vedtatt av rektor ved Universitetet i Oslo.

Følgende fordeler påpekes:

- Hele bibliotekjenesten for ansatte i sykehuset får samme eier og kan enklere bygge opp et mer enhetlig tilbud, uavhengig av lokalisasjon.



- Ved en virksomhetsoverdragelse vil mengden dobbeltarbeid som pr i dag utføres ved Oslo universitetssykehus og Universitetsbiblioteket bli redusert, dette gjelder spesielt arbeidet med e-ressurser.
- Sykehuset er sikret en utvikling av bibliotek tjenestene i takt med utviklingen ved Universitetet i Oslo, for eksempel når det gjelder programvare og systemapplikasjoner.
- Lisensavtaler om tilgang til medisinske e-ressurser som inngås vil gjelde samtlige lokalisasjoner.

Mulige utfordringer er:

- Sykehuset får mindre innflytelse på utviklingen av den medisinske bibliotek tjenesten.
- Samtlige ansatte i Oslo universitetssykehus' medisinske bibliotek får ny arbeidsgiver og blir noe mindre involvert i det som foregår på sykehuset.
- Universitetsbiblioteket er et offentlig bibliotek som vil bety at sykehusbibliotekene også må betjene eksterne brukere.

### **Vilkår for overdragelse**

#### Økonomi

Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus har i fellesskap vurdert de økonomiske forutsetningene for en avtale. Da virksomhetsoverdragelse ble vurdert i 2012, ble det konkludert at en løsning basert på kjøp av tjenester fra Universitetsbiblioteket til avtalte, årlige rammer, ville utløse merverdiavgift. For å unngå dette vil man nå søke å foreta en overføring av bibliotekbudsjettet i Oslo universitetssykehus til Universitetet i Oslo gjennom en overføring på departementsnivå. Dette har forutsatt at partene blir enige om de forventede kostnadene for 2014. Tallmaterialet er kvalitetssikret i møter høsten 2013 mellom Universitetet i Oslo / Universitetsbiblioteket og Oslo universitetssykehus / Medisinsk bibliotek. For drift av den overførte enhet skal Oslo universitetssykehus overføre til Universitetet i Oslo et beløp tilsvarende prognose for kostnadsnivå 2013 på bibliotekvirksomheten, justert for 2014 med hensyn til generell prisstigning for driftskostnader og lønnsendring i henhold til resultatet av de årlige lønnsforhandlingene for de organisasjoner det overførte personell tilhører. For 2015 og senere vil størrelsen på budsjettet for den overførte virksomhet ikke lenger være Oslo universitetssykehus sitt ansvar.

Den mest usikre posten er budsjettet for innkjøp av medier, da dette varierer med både forlagenes prissetting og valutakursene. De fleste av Oslo universitetssykehus sine avtaler på mediekjøp forhandles frem enten via Cristin-konsortiet eller av Universitetsbiblioteket direkte i et konsortiesamarbeid mellom Universitetsbiblioteket og sykehusbibliotekene. Dette gjør at stordrifts- eller konsortiefordeler allerede er tatt ut, både når det gjelder pris for avtaler og arbeid knyttet til selve anskaffelsesprosessen. En virksomhetsoverdragelse vil dermed ikke gi utslag på mediebudsjettet i form av innsparinger, og anskaffelsesprosessen kan i liten grad effektiviseres.

I 2012 ble det foretatt innkjøp ved Medisinsk bibliotek, Oslo universitetssykehus, som brakte medietilbudet i sykehuset til et nivå likeverdig med tilbudet fra Universitetsbiblioteket. Dette medfører at mediekostnadene for de kommende år vil bli

lavere enn tidligere forventet. Dette gjenspeiles i det fremforhandlede resultat for overføring av budsjett 2014.

**Kostnadsbudsjett for Medisinsk bibliotek.** (Beløp i 1000 kr)

<b>Kostnadsart</b>	<b>Nytt forslag for 2014</b>	<b>Omforent kostnads- budsjett for 2012</b>	<b>Budsjett 2013</b>
<b>Lønn</b>	7 615	7 037	7 442
<b>Medie</b>	8 000	9 290	9 000
<b>Drift</b>	1 110	2 112	866
<b>Indirekte kostnader</b>	587	559	71
<b>Sum</b>	17 312	18 998*	17 379

\* I budsjettet for 2012 ligger en investering på 2 millioner kroner for opprustning av medisinsk bibliotek. Sett bort fra denne engangskostnaden var budsjettet for 2012 på kr 16, 998 millioner kroner.

Forholdet til Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst støtter bibliotek tjenesten med to stillinger som del av den regionale forskningsstøtten fra Helse Sør-Øst til Oslo universitetssykehus. Ansvar for å forvalte tjenesten følger virksomhetsoverdragelsen og videreføres på det nivå Helse Sør-Øst til en hver tid beslutter.

Personal

Det ble avholdt drøftingsmøte med de tillitsvalgte 6. september 2012. Videre ble det avholdt møte med de berørte ansatte og lokale tillitsvalgte 28. oktober 2013. I drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 20. november 2013 understreket arbeidstakersiden sin støtte til virksomhetsoverdragelsen, men fremhevet at usikkerheten rundt tidspunktet for virksomhetsoverdragelsen er en belastende situasjon for de ansatte som omfattes av overdragelsen. Personalet overføres fra den første mulige dato etter 1. januar 2014 fra Oslo universitetssykehus til Universitetet i Oslo etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Virksomhetsoverdragelsen vil omfatte alle faste og midlertidige ansatte ved Medisinsk bibliotek som på overføringstidspunktet er i arbeid, i permisjon, under attføring, i langvarig sykemelding eller er i oppsigelsestid. Overdragelsen omfatter ordning for pensjonsforpliktelsene.

Lokaler

Oslo universitetssykehus stiller vederlagsfritt egnede lokaler og overfører nåværende utstyr til rådighet for Universitetet i Oslo / Universitetsbiblioteket, og bekoster senere investeringer knyttet til dette. Det er fastsatt i forslag til avtale mellom partene at Oslo universitetssykehus skal ha fleksibilitet i de lokaler som stilles til rådighet.

Infrastruktur/drift

Oslo universitetssykehus må vederlagsfritt sørge for at nødvendig IKT-infrastruktur er ivaretatt samt bekoste investeringer knyttet til dette (ikke driftsmateriell).

Boksamling

Den nåværende boksamling ved Medisinsk bibliotek Oslo universitetssykehus overføres vederlagsfritt til Universitetet i Oslo og stilles til disposisjon for alle Universitetsbibliotekets brukere.

Avtale

Det er fremforhandlet avtale mellom partene (vedlegg). Avtalen er kvalitetssikret av juridisk avdeling.

Den videre prosess

Virksomhetsoverdragelsen vedtas av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus etter anbefaling fra styret.

Etter et vedtak i styret vil saken bli sendt Helse Sør-Øst RHF for avklaring med Helse- og omsorgsdepartementet av overføring av midler på statsbudsjettet til Kunnskapsdepartementet, og for fremleggelse for vedtak i foretaksmøtet.

## **Endelig versjon fra UiO og OUS**

# **VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE**

**mellom**

**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF (OUS)**

**og**

**UNIVERSITETET I OSLO (UiO)**

**om**

**Medisinsk bibliotek**

### **1. Partene**

Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Universitetet i Oslo (UiO) er med dette enige om at Medisinsk bibliotek ved OUS (MedBibl), for tiden med lokaliteter på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet, skal virksomhetsoverdras til UiO ved Universitetsbiblioteket (UB). Overdragelsen medfører overføring av et omforent budsjett for drift av MedBibl fra OUS til UiO. Budsjettoverføringen gjøres mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD).

### **2. Bakgrunn/formål**

En arbeidsgruppe med medlemmer fra UiO og OUS konkluderte i desember 2010 at en virksomhetsoverdragelse ville være den beste løsningen på dagens utfordrende biblioteksituasjon ved OUS. Biblioteket på Rikshospitalet ble virksomhetsoverdratt til UiO i 1998, mens OUS' øvrige bibliotek ivaretas av egen bibliotekjeneste.

Konklusjonen ble støttet av OUS' ledermøte 18. januar 2011 og av Universitetsbibliotekets styre 2. mars 2011. Saken ble videre behandlet på rektoratmøte på UiO 12. april 2012.

Virksomhetsoverdragelsen skal gi brukerne av faglige bibliotekstjenester ved OUS større utvalg og bredde, like tjenester og likt tilbud for medisinsk-faglig personale uansett lokasjon, mer oversiktlig tjenestetilbud, levere bedre digitale og fysiske bibliotekstjenester, storbruksfordeler, robust system, synergieffekter gjennom et større bibliotekfaglig miljø, mindre dobbeltarbeid, bedre bibliotekfaglig tilhørighet og utvikling for de ansatte. OUS-ansatte skal ha brukerrettigheter og få utført tjenester ved Universitetsbiblioteket slik som veiledning og kurs på lik linje med UiO-ansatte

### **3. Tidspunkt**

Overdragelsestidspunktet skal, om mulig være 01.01.2014. Dersom denne dato ikke kan møtes, skal overdragelsen finne sted snarest mulig etter dette.

### **4. Overføring av ansatte**

#### 4.1 Overføring av personell

Personell overføres 1.januar 2014 (eller fra først mulige tidspunkt etter denne dato) fra OUS til UiO etter Arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakere som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16, herunder bibehold av de lønnsbetingelser de ansatte hadde ved overføringstidspunktet. Virksomhetsoverdragelsen omfatter alle faste og midlertidige ansatte ved Medisinsk bibliotek som på overføringstidspunktet er i arbeid, i permisjon, under attføring, i langvarig sykemelding eller er i oppsigelsestid.

OUS og UiO vil sammen ivareta informasjonen til de ansatte om overføringen innen de frister loven fastsetter. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med Arbeidsmiljølovens regler. Felles drøftinger avholdes.

Eventuelle skadeserstatningsansvar og yrkesskader knyttet til overført personell, påført før overføringstidspunktet, forblir OUS' ansvar.

#### 4.2 opplæring

Det påhviler UiO å sørge for nødvendig opplæring av overført personell i alle spesifikke rutiner ved UB der dette påvirker daglig drift, samt opplæring i alle personaladministrative oppgaver. Dette skal skje umiddelbart etter virksomhetsoverdragelsen, og uten at det utløser ekstra kostnader for OUS.

#### 4.3 pensjoner

Universitetets pensjonsordning (Statens pensjonskasse) gjøres gjeldende for arbeidstakerne som omfattes av virksomhetsoverdragelsen.

### **5. Lokaler**

OUS stiller vederlagsfritt egnede lokaler til rådighet for den del av virksomheten som overføres. Lokalene skal holde en tilfredsstillende standard og skal kun brukes til biblioteksdrift av UiO. Lokalene som stilles til rådighet ved overdragelsen er:

- a) Ullevål sykehus: 510 kvm i 8 et.og 69 kvm magasin i kjeller Bygg 6.
- b) Radiumhospitalet: 160 kvm i F-bygget (F340), 24 kvm tilstøtende lese/kursrom, og 38 kvm magasin i kjeller.

OUS skal ha rett til å anvise til egnede lokaler innenfor sykehusområdet (på Ullevål og Radiumhospitalet) i samråd med UiO, dersom de interne behov for omrokkeringer innen OUS gjør dette påkrevet, og i forhold til endringer i omfanget av den medisinsk faglige biblioteksvirksomheten.

Vedlikehold av de angjeldende lokaler og tilhørende, eksisterende infrastruktur skal utføres vederlagsfritt av OUS. Herunder gjelder også IKT infrastruktur som skal tilrettelegges for bruk av den nødvendige UiO infrastruktur. Utgifter til daglig drift av lokalene, som elektrisitet



og renhold, dekkes av OUS. Forbrukskostnader som telefoni- og datatrafikk til MedBibl dekkes over OUSs budsjett, men dersom dette senere blir skilt ut fra OUS' generelle kostnader dekkes det av UiO/UB. Mobiltelefoni tilknyttet MedBibl dekkes av UiO.

## **6. Boksamling og utstyr**

Ved overdragelsen overføres nåværende utstyr i MedBibl fra OUS til UiO/UB. Eierskapet til den fysiske bok- og tidsskriftsamlingen ved Medisinsk bibliotek overdras likeledes til UiO ved virksomhetsoverdragelsen, men likevel på en slik måte at samlingen fortsatt blir værende som en integrert del av det fysiske bibliotekrommet som stilles til disposisjon for det samlede brukermiljø.

## **7. Medieressurser**

UiO er ansvarlig for bestilling og betaling av medieressursene fra leverandører gjennom sine innkjøpsystemer.

## **8. Økonomi**

Etter virksomhetsoverdragelsen vil UiO levere bibliotek tjenesten til brukermiljøene ved OUS vederlagsfritt, jfr. overføring av budsjett for MedBibl fra OUS til UiO, beregnet til MNOK 17 312 for kalenderåret 2014. Dette inkluderer den økonomiske støtte fra Helse Sør-Øst RHF på MNOK 1,548 til bibliotek tjenester knyttet til forskning. Evt. endring i støtte fra Helse Sør-Øst vil kunne endre nivået på bibliotek tjeneste etterspurt fra OUS. Dette vil i så tilfelle medføre tilsvarende endringer i det overførte budsjett

Dersom overdragelse må finne sted etter 1 januar 2014, skal lønnsbudsjettet og overhead som overføres for den resterende del av 2014 være hhv MNOK 7 615 og MNOK 0,587 dividert med 12 og multiplisert med antallet gjenværende måneder i 2014. Dog skal det tas hensyn til at lønnsbudsjettet periodiseres med et tillegg på 3,5% f.o.m. 01.05.2014.

Beløpet som overføres for mediekjøp; og drift og vedlikehold skal være hhv MNOK 8,000 og MNOK 1 100 fratrukket forbruket på overdragelsestidspunktet.

Budsjettet som overføres for 2015 og senere år skal ta utgangspunkt i MNOK 17 312 og den kostnadsøkning Kunnskapsdepartementet til en hver tid bestemmer

## **9. Styringssystem**

Det skal opprettes en Styringsgruppe med to deltagere fra UiO og to fra OUS. Styringsgruppen har ansvar for å sørge for at intensjonen i forbindelse med denne Avtale og den videre biblioteksdrift, blir oppfylt. Styringsgruppen skal være i funksjon inntil rutinemessig drift av MedBibl innenfor UiO/UB er oppnådd.

OUS skal være representert Medisinsk biblioteks rådgivende utvalg, jfr Reglement for Universitetsbiblioteket i Oslo, § 12.

UB skal elles være representert i utvalg ved OUS og UiO der dette er relevant.

## 10. Tvister og lovvalg

Eventuelle tvister i forbindelse med forståelsen eller gjennomføringen av denne Avtale skal søkes løst i minnelighet. Avgjørelse av tvister skal ellers kunne avgjøres av adm.dir ved OUS og rektor ved UiO i felleskap. Dersom slik løsning ikke kan oppnås skal tvister løses mellom de departementer som til en hver tid organiserer hhv UiO og OUS.

Denne avtale er utformet i to – 2 – eksemplarer, ett til hver av partene.

Oslo.....  
Oslo universitetssykehus HF

Universitetet i Oslo

.....

.....

Til Universitetsstyret/Rektor på fullmakt

Fra Universitetsdirektøren

Dato 29. november 2013

## **Virksomhetsoverdragelse av Medisinsk bibliotek ved Oslo Universitetssykehus (OUS) til Universitetet i Oslo (UiO)/Universitetsbiblioteket (UB)**

### **I. Overordnet**

Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Universitetet i Oslo (UiO) enige om at Medisinsk bibliotek ved OUS (MedBibl), for tiden med lokaliteter på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet, skal virksomhetsoverdras til UiO ved Universitetsbiblioteket (UB). Overdragelsen medfører overføring av et omforent budsjett for drift av MedBibl fra OUS til UiO. Budsjettoverføringen gjøres mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD). (Vedlagte forslag til avtale, vedlegg 1)

### **II. Bakgrunn og formål**

Biblioteket på Rikshospitalet ble virksomhetsoverdratt til UiO i 1998, mens OUS' øvrige bibliotek ivaretas av egen bibliotekteneste.

En arbeidsgruppe med medlemmer fra UiO og OUS konkluderte i desember 2010 at en virksomhetsoverdragelse ville være den beste løsningen på dagens utfordrende biblioteksituasjon ved OUS.

Konklusjonen ble støttet av OUS' ledermøte 18. januar 2011 og av Universitetsbibliotekets styre 2. mars 2011. Saken ble videre behandlet på rektoratmøte på UiO 12. april 2012.

Virksomhetsoverdragelsen skal gi brukerne av medisinsk bibliotek større utvalg og bredde, like tjenester og likt tilbud for medisinsk-faglig personale uansett lokasjon, mer oversiktlig tjenestetilbud, levere bedre digitale og fysiske bibliotektenester, storbruksfordeler, robust system, synergieffekter gjennom et større bibliotekfaglig miljø, mindre dobbeltarbeid, bedre bibliotekfaglig tilhørighet og utvikling for de ansatte. Sykehusansatte skal kunne bevege seg fritt mellom bibliotekene og bli behandlet som interne brukere.

Tilbud og tjenester samordnes, slik at ansatte (forskere og klinikere ved både OUS og UiO) mottar et tilbud basert på de samme premissene. Dette gjelder for eksempel kurs, veiledning, lån osv.



### III. Personale

Medisinsk bibliotek ved OUS har p.t. 12 stillinger. Den foreslåtte virksomhetsoverdragelsen vil omfatte alle faste og midlertidige ansatte ved Medisinsk bibliotek som på overføringstidspunktet er i arbeid, i permisjon, under attføring, i langvarig sykemelding eller er i oppsigelsestid. Det er avholdt møter med personalet som har gitt sin tilslutning til virksomhetsoverdragelsen. Personalet uttrykker at både deres egen bibliotekfaglige utvikling vil bli bedre med en slik ordning, og at kvaliteten på de tjenester de kan levere brukerne vil bedres. Det ble avholdt drøftings- og informasjonsmøter både på OUS og UiO (Vedlagt referat fra informasjonsmøte på UiO 7. november 2013, vedlegg 2)

Dagens ansatte ved Medisinsk bibliotek planlegges overført 1. januar 2014 fra OUS til UiO/Universitetsbiblioteket (UB) etter Arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse med bibehold av de lønnsbetingelser de har ved overføringstidspunktet. Dersom overdragelsen ikke kan gjennomføres 01.01.14, skal overdragelsen finne sted snarest mulig etter dette.

Det vil medføre at arbeidstakere som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av Arbeidsmiljølovens kapittel 16.

Det påhviler UiO å sørge for nødvendig opplæring av overført personell i alle spesifikke rutiner ved UB der dette påvirker daglig drift, samt opplæring i alle personaladministrative oppgaver.

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre i Statens Pensjonskasse.

### IV. Lokaler

OUS stiller vederlagsfritt egnede lokaler til rådighet for den del av virksomheten som overføres. Lokalene skal holde en tilfredsstillende standard og skal kun brukes til bibliotekdrift av UiO. Vedlikehold av de angjeldende lokaler og tilhørende, eksisterende infrastruktur skal utføres vederlagsfritt av OUS. Herunder gjelder også IKT infrastruktur som skal tilrettelegges for bruk av den nødvendige UiO infrastruktur. Utgifter til daglig drift av lokalene, som elektrisitet og renhold, dekkes av OUS. Forbrukskostnader som telefoni- og datatrafikk til MedBibl dekkes over OUSs budsjett, men dersom dette senere blir skilt ut fra OUS' generelle kostnader dekkes det av UiO/UB. Mobiltelefoni tilknyttet MedBibl dekkes av UiO.

### V. Økonomi

UiO og OUS' har kommet til enighet om at de medisinske bibliotektenester for 2014 skal ha et budsjett på totalt 17,312 mill. kr. (beregnet for hele året) etter overføringen av virksomheten til UiO. Effekten av lønnsoppgjøret i 2014 er estimert inn. Tabellen under viser de kostnadene som er inkludert.



Type kostnad	Beløp i mill kroner
Lønn	7,615
Mediekjøp	8,000
Drift og vedlikehold	1,100
Internhandel/overhead	0,587
<b>Totalt budsjett 2013</b>	<b>17,312</b>

De fleste eksterne avtalene som UB og OUS har inngått vil bli videreført, og det er verifisert at det fusjonerte biblioteket vil gi OUS' forskere det samme tilbudet på medisinske mediaressurser som UiO's forskere har i dag. Likevel innebærer dette et lavere kostnadsnivå enn om OUS skulle levere denne tjenesten selv. Det opprinnelige mediebudsjettet for OUS i 2013 på 9,7 mill. kr. er derfor nedjustert med 1,7 mill kr. Budsjettet inkluderer midler som overføres fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) til den regionale navfunksjonen for forskningsstøtte i OUS på 1,548 mill. kr. for 2013.

Etter virksomhetsoverdragelsen vil UiO levere bibliotekstjenesten til brukermiljøene ved OUS vederlagsfritt, jfr. overføring av budsjett for MedBibl fra OUS til UiO, beregnet til MNOK 17 312 for kalenderåret 2014. Evt. endring i støtte fra Helse Sør-Øst vil kunne endre nivået på bibliotekstjeneste etterspurt fra OUS. Dette vil i så tilfelle medføre tilsvarende endringer i det overførte budsjett.

Dersom overdragelse må finne sted etter 1. januar 2014, skal budsjettet som overføres for den resterende del av 2014 være MNOK 17 312 dividert med 12 og multiplisert med antallet gjenværende måneder i 2014. Dog skal det tas hensyn til at lønnsbudsjettet periodiseres med et tillegg på 3,5% f.o.m. 01.05.2014.

Budsjettet som overføres for 2015 og senere år skal ta utgangspunkt i MNOK 17 312 og den kostnadsøkning Kunnskapsdepartementet til en hver tid bestemmer.

Budsjettmidlene vil bli overført til UiO gjennom en overføring av budsjettmidler mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD).

OUS økonomiske bidrag skal gå til drift av bibliotekstjenester, og overførte midler fra helseforetaket forutsettes å komme Universitetsbiblioteket til gode.

Partene aksepterer at dette nivået ikke innebærer at OUS-ansatte får samme tilgang som UiO-ansatte, men at alle ansatte ved OUS får samme tilgang.

## VI. Boksamling og utstyr

Ved overdragelsen overføres nåværende utstyr i MedBibl fra OUS til UiO/UB. Eierskapet til den fysiske bok- og tidsskriftsamlingen ved Medisinsk bibliotek overdras likeledes til UiO ved virksomhetsoverdragelsen, men likevel på en slik måte at samlingen fortsatt blir værende som en integrert del av det fysiske bibliotekrommet som stilles til disposisjon for det samlede brukermiljø.

## VII. Styring og avtaleverk

Det skal opprettes en Styringsgruppe med to deltagere fra UiO og to fra OUS. Styringsgruppen har ansvar for å sørge for at intensjonen i forbindelse med denne Avtale og den videre bibliotekdrift,



blir oppfylt. Styringsgruppen skal være i funksjon inntil rutinemessig drift av MedBibl innenfor UiO/UB er oppnådd.

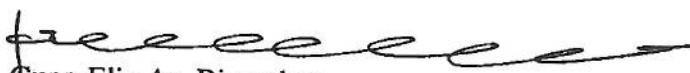
OUS skal være representert Medisinsk biblioteks rådgivende utvalg, jfr. Reglement for Universitetsbiblioteket i Oslo, § 12.

UB skal elles være representert i utvalg ved OUS og UiO der dette er relevant.

### Forslag til vedtak

Universitetet i Oslo vedtar vedlagte avtale om virksomhetsoverdragelse av Medisinsk Bibliotek ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS) til Universitetet i Oslo (UiO)

---


  
Gunn-Elin Aa. Bjørneboe  
universitetsdirektør

  
Anita Sandberg  
HR- direktør

### Vedtak

Rektor vedtar etter fullmakt vedlagte avtalen om virksomhetsoverdragelse av Medisinsk Bibliotek ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS) til Universitetet i Oslo (UiO).

Dato 29. november 2013

  
Ole Petter Ottersen  
rektor

Saksbehandler: Erik Gulbrandsen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

---

### **SAK 73/2013 SALG AV EIENDOMMEN BOGERUDVEIEN 13-15**

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

- 1. Styret anbefaler salg av eiendommen Bogerudveien 13-15, gnr 163 bnr 83/87 i Oslo kommune.*
- 2. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

I 2008 startet et arbeid for å skaffe et felles bygg for hele Søndre Oslo DPS. Styret ble i sak 165/2010 forelagt en løsning hvor all virksomheten i det Distriktspsykiatriske senteret ble samlet i et nybygg som OBOS planla å bygge på Mortensrud. I Arealutviklingsplan 2025, vedtatt i styresak 18/2012, legges det opp til å samlokalisere psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern for barn og ungdom (Søndre Oslo DPS og BUP Oslo Syd). Etter vedtak av styret i sak 90/2012 og godkjenning i Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus inngått leieavtale med OBOS i nytt bygg på Mortensrud, for både Søndre Oslo DPS og BUP Oslo syd. Innflytting i nytt bygg er planlagt våren 2015.

I forbindelse med samlokaliseringen på Mortensrud er det lagt til grunn at eiendommen Bogerudveien 13-15, som benyttes av BUP Oslo Syd, legges ut for salg. Eiendommen er på 3,6 mål med et institusjonsbygg på 1513 kvadratmeter. Eiendommen ligger i et område som gjør den attraktiv til utvikling av boliger. Med utgangspunkt i en utnyttelse til boliger hadde eiendommen i 2012 en verddivurdering på om lag tjue millioner kroner.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Et salg bør forberedes i god tid før planlagt flytting av virksomheten for å få på plass nødvendig godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og vedtak i foretaksmøtet. Etter dette vil eiendommen kunne legges ut for salg, en prosess som kan ta tid. Avhendingen av eiendommen vil bli gjennomført slik at BUP Oslo Syd har sitt virke i lokalene i Bogerudveien frem til flytting våren 2015. Samtidig må vi sikre tilstrekkelig tid til en avhending som gir god pris og å unngå at vi blir sittende på den forlatte eiendommen og kostnadene ved det, etter at virksomheten er flyttet til Mortensrud.

Salget samstemmer med Oslo universitetssykehus HF sin strategi for å bedre likviditetssituasjonen ved foretaket og er i overensstemmelse med den regionale strategien om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendige for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Oslo universitetssykehus vil gjennomføre salget etter prinsippene vedtatt av foretaksmøtet den 3. februar 2011, i forbindelse med oppdrag 2011. Vi vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og frigjorte midler vil bli benyttet til nedbetaling av gjeld eller til investeringer. Berørte kommuner vil bli informert før salg avsluttes.

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 millioner kroner eller mer skal vedtas av foretaksmøtet etter forslag fra styret jf. vedtektene § 10. I henhold til vedtektene ber administrerende direktør om at styret slutter seg til avhending av eiendommen og godkjenner at saken fremmes til Helse Sør-Øst RHF for fremleggelse i foretaksmøtet, slik at salgsprosessen kan iverksettes.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Visadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling  
Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Rapport 7/2013 - Konsernrevisjonen  
2. Tiltaksplan - oppfølging av funn

---

**SAK 74/2013 REVISJONSRAPPORT - GJENNOMGANG AV RUTINER  
FOR UTSENDELSE OG MOTTAKELSE AV HENVISNINGER  
MELLOM RINGERIKE SYKEHUS, VESTRE VIKEN HF OG  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar revisjonsrapport 7/2013 og tiltaksplan for oppfølging av anbefalingene til etterretning.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

Oslo universitetssykehus HF ba konsernrevisjonen om bistand til kartlegging og vurdering av etablert prosess for oversendelse og mottak av henvisninger mellom Ringerike sykehus, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF. Bakgrunnen for henvendelsen fra Oslo universitetssykehus var at to spesifikke henvisninger ikke var mottatt i foretaket. Dette ble oppdaget etter henvendelse fra Ringerike sykehus. Gjennomgangen viste svakheter i samordningen og samhandlingen mellom foretakene samt svakheter i kontroll av henvisningsprosessen samlet sett.

**Tidligere vedtak i saken**

Den gjennomførte revisjonen har sammenheng med og relevans for gjennomførte og pågående tiltak fra Gjennomføringsprosjektet. Det vises til Styresak 65/2012 – oppfølging av konsernrevisjon av internkontroll og styring av det pasientadministrative arbeidet og ventelistebehandling og fristbrudd i Oslo universitetssykehus, samt Styresak 27/2013 hvor det ble orientert om resultater fra Gjennomføringsprosjektet og plan for ivaretagelse av gjenstående arbeid.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Det er administrerende direktørs vurdering at revisjonens funn og vurdering er av verdi for det videre forbedringsarbeid med mottak av henvisninger i foretaket.

Det vises for øvrig til vedlagte tiltaksplan som overordnet sett blir fulgt opp av direktørens stab. Samtidig pågår det en kontinuerlig oppfølging av Gjennomføringsprosjektet som omhandler hele arbeidsflyten knyttet til henvisninger og ventelister. Tiltak sikres og følges opp gjennom administrerende direktørs ordinære oppfølgingsmøter med klinikkene og gjennom klinikkledernes oppfølging av avdelingene.

**Faktabeskrivelse**

Revisjonen ble gjennomført i august/september 2013. Formålet var å vurdere om det er etablert kontroller i henvisningsprosessen internt og mellom foretakene. De ulike ledd i prosessen er å utarbeide, produsere, sende ut, motta og innregistrere henvisninger. Konsernrevisjonen vurderte risiko og kontroller i de ulike prosess-stegene, samt hvordan de kan påvirke hverandre. Konsernrevisjonen har tatt utgangspunkt i foretakenes intern styring og kontroll over prosessen. Følgende forhold ble undersøkt: Hvilke aktiviteter inngår i prosessen? Hva kan gå galt i prosessen (risiko)? Hvilke kontroller er etablert? Gir etablerte kontroller rimelig sikkerhet for at alle henvisningene med vedlegg blir overført til riktig sted til rett tid?

Tilnærming til, og gjennomføring av revisjonen har vært: informasjonsinnhenting og gjennomgang av dokumenter samtaler med ledere/medarbeidere ved Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus, gruppeintervjuer med ledere/medarbeidere ved Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus samt prosessgjennomgang ("walkthrough") hvor det ble observert etablerte kontroller i de ulike aktivitetene med involverte fra Ringerike sykehus, Helseekspressen og Oslo universitetssykehus. Videre har det vært arbeidsmøte med ressurspersoner ved Ringerike sykehus og Oslo universitetssykehus for å avstemme vurderingene av risikobildet opp mot de vesentlige etablerte kontroller i prosessen. Funnet er formidlet i samarbeidsmøte mellom de to sykehusene.



***Funn fra Ringerike sykehus, Vestre Viken HF***

Hovedfunn omhandlet tre områder:

- Mangler i rutiner som sikrer en ensartet struktur på hvordan en henvisning skal se ut og benevnes
- Adresselistene/registrene var ikke oppdaterte
- Overordnede rutiner som sikrer en form for ende til ende kontroll på utsendte henvisninger var ikke etablert, det vil si at henvisende sykehus skulle fått oversikt gjennom en tilbakemelding om at henvisningen faktisk er mottatt i det foretaket henvisningen er sendt til.

***Funn fra Oslo universitetssykehus HF***

Hovedfunn omhandlet fem områder:

- Adresselister
- Mottak av henvisninger
- Enhetlig henvisningspraksis
- Avvikshåndtering
- Informasjonsbrev

Oslo universitetssykehus har etablert en tiltaksplan hvor revisjonens anmerkninger og foretakets tiltak er angitt. Et av tiltakene er alt gjennomført og avviket lukket. Dette omhandler adresselister. To andre tiltak knyttet til mottak av henvisninger og informasjonsbrev er det allerede arbeidet med i foretaket som del av Gjennomføringsprosjektet og dette videreføres. To tiltak knyttet til henholdsvis enhetlig henvisningspraksis og avvikshåndtering arbeides det med. Sikrere kontroll av mottak av henvisninger vil bedres ved innføringen av felles PAS/EPJ basert på DIPS i Oslo universitetssykehus. Det vises til vedlegg 2 – tiltaksplan.

## Rapport 7/2013

**Gjennomgang av rutiner for  
utsendelse og mottakelse av  
henvisninger mellom Ringerike  
sykehus v/Vestre Viken HF og  
Oslo universitetssykehus HF**

<b>Rapport nr.</b>	7/2013
<b>Revisjonsperiode</b>	August - september 2013
<b>Virksomhet</b>	Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF
<b>Rapportmottaker</b>	Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Vestre Viken HF
<b>Kopi (av endelig rapport)</b>	Styreleder Oslo universitetssykehus HF Styreleder Vestre Viken HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF
<b>Rapportavsender</b>	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
<b>Oppdragsgiver</b>	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonsutvalget
<b>Revisor</b>	Tove Kolbeinsen (oppdragsleder) og Hans Petter Eide

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL .....	5
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING .....	5
1.3 GJENNOMFØRING, AVGRENSING, REVISJONSKRITERIER OG METODE .....	6
<b>2. FUNN FRA GJENNOMGANGEN .....</b>	<b>7</b>
2.1 RINGERIKE SYKEHUS V/VESTRE VIKEN HF .....	7
2.1.1 Legene utarbeider henvisninger .....	8
2.1.2 Produksjon av henvisninger .....	10
2.1.3 Utsendelse av henvisninger .....	11
2.1.4 Helseekspressen .....	11
2.2 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF .....	12
2.2.1 Sentralt mottak .....	12
2.2.2 Lokale henvisningsmottak .....	13
<b>3. INFORMASJONGRUNNLAG, SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING .....</b>	<b>16</b>
3.1 SENTRALE DOKUMENTER .....	16
3.2 GJENNOMFØRTE SAMTALER .....	16
3.3 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING .....	17

# Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF (benevnes videre som OUS) ba 6. august 2013 konsernrevisjonen om bistand til kartlegging og vurdering av etablert prosess for oversendelse og mottak av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF (benevnes videre som Ringerike sykehus) og OUS. Bakgrunnen for henvendelsen fra OUS var at to spesifikke henvisninger var kommet på avveie i prosessen fra utarbeidelse i Ringerike sykehus til innregistrering av henvisninger i OUS.

Formålet med revisjonen har vært å vurdere om kontroller som er etablert i prosessen internt og mellom foretakene for å utarbeide, produsere, sende ut og innregistrere henvisninger gir rimelig sikkerhet for at henvisningene blir overført korrekt til rett tid.

Når det gjelder henvisninger som sendes fra Ringerike sykehus til OUS, har gjennomgangen vist at det ikke er etablert en formell kontroll i slutten av prosessen som gjør det mulig å bekrefte om alle henvisninger som er sendt ut, er mottatt. I denne gjennomgangen har konsernrevisjonen derfor valgt å beskrive risikoene der de primært oppstår i prosessen og de vesentlige kontroller som er funnet på området.

Gjennomgangen har vist at det er flere områder i henvisningsprosessen mellom Ringerike sykehus og OUS hvor det kan gå galt og som kan medføre at henvisningene ikke blir overført korrekt til rett tid. I denne sammenheng er det sett på om det er risikoer og manglende kontroller i et tidlig steg i prosessen som kan føre til feil/mangler i et senere steg i prosessen.

Gjennomgangen viste at Ringerike sykehus og OUS har iverksatt ulike typer kontroller som skal sikre at henvisninger med rimelig sikkerhet blir korrekt håndtert gjennom prosessen.

Gjennomgangen viste imidlertid også en del svakheter ved begge foretakenes interne styring og kontroll i prosessen samlet sett. Dette fordi avsender og mottaker har utarbeidet rutiner uavhengig av hverandre. De mest sentrale funnene var:

- Det er ikke etablert en rutine i Ringerike sykehus som gir en oversikt om henvisningene er mottatt av foretaket hvor henvisningene er sendt (ingen "ende til ende" kontroll). Dette gjør at Ringerike sykehus som avsender ikke vil kunne bekrefte at henvisningen faktisk er mottatt i OUS.
- Det er ikke utarbeidet ensartede rutiner i Ringerike sykehus for hvordan en henvisning skal se ut. For eksempel utarbeider enkelte leger et henvisningsnotat, mens andre opplyser i epikrisen at det er en henvisning. En slik praksis kan bidra til at man ikke alltid fanger opp hva som faktisk er en henvisning internt i Ringerike sykehus, og ikke minst vil dette gjelde for OUS som mottaker av henvisningene.
- Det er ikke etablert rutiner som OUS og Ringerike sykehus er omforent om, og som bidrar til å sikre at det til enhver tid er oppdaterte adresselister i foretakene. Gjennomgangen viste at Ringerike sykehus ikke har oppdaterte adresselister for OUS, verken manuelle lister eller i adresseregistrene som er oppsatt i foretakets (Vestre Viken HF) pasientadministrative system. På den måten kan det settes feil mottakeradresser i brevene med henvisninger fra Ringerike sykehus til OUS. Dette medfører risiko for forsinkelser og i verste fall kommer ikke henvisninger frem til tiltenkt enhet i OUS.
- OUS har ikke etablert praksis som sikrer at henvisninger som er feiladressert, kommet på avveie eller som det er feil ved, blir registrert og fulgt opp i melde- og avvikssystemet. Dette

gjør at OUS ikke har tilstrekkelig oversikt over antall og hvilke henvisninger som kommer på avveie. Dette bidrar til manglende mulighet for å utarbeide tiltak og bidra til læring i og mellom foretakene.

På bakgrunn av funnene fra gjennomgangen er det utarbeidet anbefalinger til både Vestre Viken HF v/Ringerike sykehus og OUS.

Selv om denne revisjonen dekker risikoer og kontroller i og mellom Ringerike sykehus og OUS, legger konsernrevisjonen til grunn at samme utfordringsbilde i stor grad også vil gjelde i- og mellom øvrige foretak i spesialisthelsetjenesten hvor det produseres, sendes og mottas henvisninger.

På bakgrunn av dette og tilbakemeldinger fra foretakene, vil konsernrevisjonen understreke at funnene med stor sannsynlighet også vil gjelde i og mellom de øvrige foretakene som Ringerike sykehus og OUS enten mottar henvisninger fra eller sender henvisning til.



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og formål

Oslo universitetssykehus HF (benevnes videre som OUS) ba 6. august 2013 konsernrevisjonen om bistand til kartlegging og vurdering av etablert prosess knyttet til oversendelse og mottak av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF (benevnes videre som Ringerike sykehus) og OUS. Bakgrunnen for henvendelsen fra OUS var at to spesifikke henvisninger var kommet på avveie et sted i prosessen fra utarbeidelse i Ringerike sykehus til mottakelse av henvisninger i OUS. Foretakene oppdaget dette etter forespørsel fra pasienter/pårørende om hva som var status på vurderingen av henvisningene deres, ettersom det var gått uforholdsmessig lang tid siden henvisningene skulle vært sendt, mottatt og vurdert.

Avvik i forhold til at henvisninger kommer på avveie, kan ha betydning for pasientsikkerheten i form av enten forverring av sykdomstilstand, svakere sykdomsprognose og i ytterste fall kan medføre forkortet levetid. Foretakene viser til at de har vurdert om forsinkelsene har medført medisinskfaglige konsekvenser for de to pasientene denne saken gjelder. De viser til at det har det ikke gjort.

Konsernrevisjonen har med utgangspunkt i denne henvendelsen, foretatt en selvstendig gjennomgang av henvisningsprosessen mellom Ringerike sykehus og OUS.

Formålet med revisjonen har vært å vurdere om de etablerte kontroller i prosessen internt og mellom foretakene i forhold til å utarbeide, produsere, sende ut og motta henvisninger gir rimelig sikkerhet for at henvisningene blir overført korrekt til rett tid.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

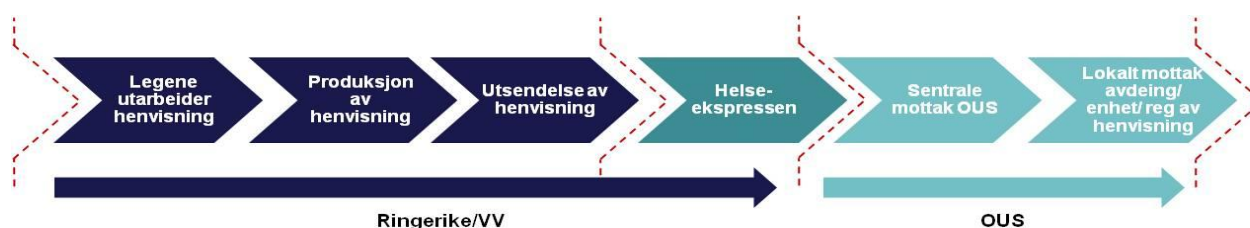
Med utgangspunkt i formålet ved revisjonen, er overordnet problemstilling som følger;

- Er alle henvisninger med vedlegg faktisk blir overført til riktig sted til rett tid?

For å belyse dette utfordringsbilde er det utarbeidet tre delproblemstillinger:

- a) Er alle henvisninger som er utarbeidet i Ringerike sykehus mottatt i rett enhet i OUS og blitt registrert inn i det pasientadministrative systemet (PAS)?
- b) Er alle vedlegg til henvisningene medtatt i forsendelsen fra Ringerike sykehus og mottatt i OUS?
- c) Er henvisninger registrert inn i det pasientadministrative systemet (PAS) hos rett mottaker til rimelig tid, slik at det tilrettelegges for at pasientenes rettigheter ivaretas?

Konsernrevisjonen har avgrenset seg til å se på prosessen beskrevet i tabell 1 med de ulike prosessesteg og involverte aktørers aktiviteter i Ringerike sykehus og OUS.



-Dikterer henvisning -Angir mottaker -Dokumentasjon i PAS	-Liste med oversikt over utskriftsjøber -Kvalitetssikrer mottakeradresse -Skriver ut henvisning og evt. primær-henvisning -Leverer post til pakking og forsendelse ved servicetorget -Dokumentasjon i PAS	-Legger brev i konvolutt (med adresse-vindu) -Pakker konvoluttene i postboks merket OUS	-Henter postboks adressert OUS -Leverer postboks ved postmottak OUS	-Sorteres og fordeles i RH -Hvis uspesifisert post sendes disse saksarkivet hvor de åpnes, stemples og finner rett mottaker. Deretter sendes henvisningen til klinikk/avdeling	-Transporteres til klinikk eller avdeling og legges i posthyller -Åpnes, stemples, innregistrering i PAS -Sendes elektronisk til vurderingsansvarlige -Noen avdelinger ved OUS sender bekreftelse på mottatt søknad til henvisende instans
---	---	--	--	---	---

Tabell 1: prosessen fra utarbeidelse og mottakelse av henvisninger mellom Ringerike sykehus og OUS.

Som tabell 1 viser er det leger som utarbeider henvisninger, merkantilt ansatt i skrivestuen som produserer papirversjonen og postmottak som gjør de klar for utsendelse. Ringerike sykehus benytter Helseekspressen til å frakte posten med blant annet henvisninger til OUS. I OUS leveres dette til sentralt postmottak (internpostkontoret) ved Rikshospitalet. Henvisningene videresendes til lokale henvisningsmottak ved klinikkene i OUS. Det er rundt 70 ulike lokale henvisningsmottak i OUS fordelt på ulike lokasjoner. De lokale henvisningsmottakene registrerer henvisningene inn i det pasientadministrative systemet (PAS).

Det er det pasientadministrative systemet (PAS) som understøtter arbeidsflyten i det enkelte foretak. I Ringerike sykehus benytter de DIPS og i OUS benytter de både PasDoc og DIPS. Det er per dags dato ikke noen elektronisk meldingsutveksling mellom de to foretaks pasientadministrative systemer. Alle henvisninger fra Ringerike sykehus til OUS sendes med Helseekspressen.

### 1.3 Gjennomføring, avgrensning, revisjonskriterier og metode

Revisjonen har blitt gjennomført i perioden august/september 2013. I gjennomgang av prosessen har konsernrevisjonen søkt å finne en formell kontroll i slutten av prosessen som enkelt kunne benyttes til å bekrefte at alle henvisninger som var sendt fra Ringerike sykehus var registrert i OUS. Per i dag er det ikke etablert en slik formalisert kontroll. Konsernrevisjonen har i arbeidet valgt å vurdere risiko og kontroller i de ulike prosessstegene, samt hvordan de kan påvirke hverandre. Konsernrevisjonen har derfor tatt utgangspunkt i foretakenes intern styring og kontroll over prosessen.

For å undersøke dette er følgende forhold undersøkt:

- Hvilke aktiviteter inngår i prosessen?
- Hva kan gå galt i prosessen (risiko)?
- Hvilke kontroller er etablert?

- Gir etablerte kontroller rimelig sikkerhet for at alle henvisningene med vedlegg blir overført med vedlegg til riktig sted til rett tid?

I gjennomføring av revisjonen har følgende aktiviteter inngått i informasjonsinnhenting:

- innhenting og gjennomgang av dokumenter (rutiner, prosedyrer, risikovurdering, meldte avvik knyttet til henvisninger i OUS)
- samtaler med ledere/medarbeidere i Ringerike sykehus og OUS
- gruppeintervjuer med ledere/medarbeidere i Ringerike sykehus og OUS
- prosessgjennomgang (walkthrough) hvor vi har observert etablerte kontroller i de ulike aktivitetene både med involverte i Ringerike sykehus, Helseekspressen og OUS
- gjennomført arbeidsmøte med ressurser i Ringerike sykehus og OUS for å avstemme vår vurdering av risikobildet opp mot de vesentlige etablerte kontroller/observasjoner som var etablert i prosessen
- felles gjennomgang med ressurser fra begge foretak

Nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler fremkommer av kapittel 3.




På bakgrunn av problemstillingene og informasjonsinnhenting har konsernrevisjonen avdekket enkelte mangler/svakheter og kommet med noen anbefalinger som kan bidra til å sikre bedre intern styring og kontroll på denne prosessen.

I tråd med vanlig prosedyre, oversendes endelig rapport administrerende direktør ved Vestre Viken HF og OUS HF for videre behandling i foretakets styre. Etter at rapport er behandlet av foretakenes styre, vil konsernrevisjonen legge rapporten frem for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF til orientering. For nærmere redegjørelse om saksgang vises det til kapittel 3.

## 2. Funn fra gjennomgangen

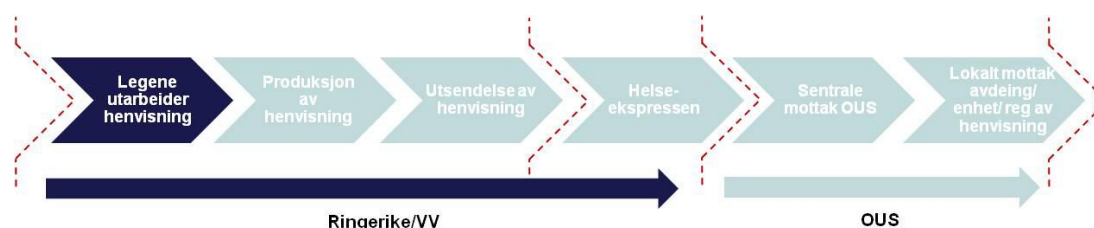
### 2.1 Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF

I dette kapittelet presenteres de stegene i prosessen som Ringerike sykehus har ansvaret for, det vil si å utarbeide, produsere, sende ut og transportere henvisninger. Videre blir de ulike risikoer og kontroller beskrevet og vurdert og det blir gitt anbefalinger på steg i prosessen. Følgende vurderingsskala er brukt:

-  Grønn – det er ikke gjort funn som er vesentlige eller som vurderes å ha fått konsekvenser i forhold til målet om å sikre at henvisningene kommer til riktig sted til rett tid.
-  Gul – det er gjort enkelte funn som kan være vesentlige i forhold til målet om å sikre at henvisningene kommer til riktig sted til rett tid. Det bør settes i verk tiltak for å redusere svakheter i prosessen.
-  Rød – det er gjort funn som er vesentlige i forhold til målet om å sikre at henvisningene kommer til riktig sted til rett tid. Det må settes i verk tiltak for å styrke områder for å redusere svakheter i prosessen.

## 2.1.1 Legene utarbeider henvisninger

Tabellen nedenfor tar for seg steget ”Legene utarbeider henvisninger” (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi lege ikke sender henvisning i riktig arbeidsflyt i PAS, eksempel sender henvisninger til arbeidsgrupper som ikke er i bruk (inaktive) eller sender den til feil mottakeradresse i PAS, blir ikke henvisningen produsert som planlagt	Det er utarbeidet overordnede rutiner som beskriver: a) hvordan sikre at inaktive arbeidsgrupper ikke oppstår b) oppfølging av rapporter fra PAS/ DIPS som fanger opp inaktive arbeidsgrupper. Det er definert hvor ofte disse rapportene skal tas ut og av hvem.  Hvis det sendes henvisninger til feil arbeidsgruppe er rutinen at mottaker skal videresende disse til riktig arbeidsgruppe i PAS.	Manuelle forebyggende og oppdagende kontroll
2	Fordi dikterte henvisninger blir liggende som filer i PAS over tid, noe som skyldes at de ikke blir fulgt opp, blir ikke dikterte henvisninger tidsriktig skrevet- og sendt til de som skal produsere og sende ut henvisningene	Det er utarbeidet overordnede rutiner som beskriver: a) hvordan følge opp lister med dikterte henvisninger daglig b) oppfølging av rapporter fra PAS som fanger opp restanser av eksempelvis dikterte filer som ikke er skrevet ut. Det er definert hvor ofte disse skal tas ut og av hvem i foretaket. Eksempelvis skal det skje ukentlig på nivå 4 og månedlig nivå 3	Manuelle forebyggende og oppdagende kontroll
3	Fordi det er ulik praksis i forhold til hvordan henvisninger utarbeides, er det en risiko for at det ikke oppfattes som en henvisning hos mottaker (både internt og eksternt)	Det er litt opp til den enkelte lege hvordan en utformer en henvisning.	
4	Fordi det a) ikke er oppdatert manuell adresseliste for OUS på Ringerike b) ikke er oppdatert adresseregister i PAS på Ringerike c) mange aktører - både leger og skrivestuen - som setter adressene for mottaker av henvisningene, kan det settes feil eller manglende mottakeradresse	Skrivestuen gjør en rimelighetsvurdering av adressen som er satt av lege og de setter i noen tilfelle adresse på henvisninger.	Manuell oppdagende kontroll
5	Fordi det ikke er etablert et system som fanger opp at henvisningene er mottatt av OUS, kan ikke avsender (i dette tilfelle lege) vite om at henvisningen er kommet til rett mottaker	Ved tegn på alvorlige diagnoser/hastegrad følger enkelte leger tett opp at henvisningen kommer raskt frem (bruk av faks) og at den faktisk mottatt av foretaket hvor henvisningen er tilsendt (telefon, epost).	Manuell oppdagende kontroll - ingen elektronisk ende til ende kontroll

Tabell 2 – legene utarbeider henvisning

## Funn fra gjennomgangen

Som det fremgår i tabell 2 er det observert fem risikoer i prosessen ved utarbeidelse av henvisninger.

### Nr.1-Sending i feil arbeidsflyt

Inaktive arbeidsgrupper, det vil si en elektronisk posthylle i PAS der uferdige arbeidsoppgaver er samlet,<sup>1</sup> kan oppstå både ved at man oppretter disse ved feil eller at man glemmer å avslutte arbeidsgrupper eksempelvis når ansatte slutter i foretaket. Under forutsetning av at rutinene og oppsatte kontroller blir fulgt opp, er det konsernrevisjonens vurdering at disse risikoene blir håndtert på en måte som sikrer at internt feilsendte henvisninger i PAS fanges opp, men at det kan ta lenger tid og dermed medføre forsinkelser med utsendelsen.

### Nr.2-Henvisninger blir ikke skrevet ut

Når det gjelder dikterte filer, i dette tilfellet henvisninger, skal disse løpende skrives ut. Under forutsetning at rutinene og oppsatte kontroller blir fulgt opp, er det konsernrevisjonens vurdering at disse risikoene blir håndtert på en måte som sikrer at henvisninger kommer frem til riktig mottar (i dette tilfellet de som skal produsere henvisningen), men at det kan ta tid og dermed medføre forsinkelser med utsendelsen.

### Nr.3-Ulik praksis for hvordan henvisninger skal se ut


Gjennomgangen har vist at det er ikke etablert en ensartet praksis i Ringerike sykehus for hvordan en henvisning skal se ut. For eksempel utarbeider enkelte leger et henvisningsnotat, mens andre opplyser i epikrisen at det er en henvisning. En slik praksis kan bidra til at man ikke alltid fanger opp hva som faktisk er en henvisning internt i sykehuset og ikke minst vil dette gjelde for foretaket som mottar denne type henvisninger.

### Nr.4-Ikke oppdaterte adresselister

Det er ikke etablert rutiner som OUS og Ringerike sykehus er omforent om, og som bidrar til å sikre at det til enhver tid er oppdaterte adresselister i foretakene. Gjennomgangen har vist at Ringerike sykehus ikke har oppdaterte adresselister for OUS, verken manuelle lister eller i adresseregistrene som er oppsatt i PAS. På den måten kan det settes feil mottakeradresser i brevene med henvisninger. Dette kan medføre at henvisningene ikke alltid kommer direkte dit de er tenkt og i verste fall kommer ikke henvisninger frem til tiltenkt foretak/enhet.

### Nr.5-Manglende tilbakemelding på at henvisninger er mottatt

Gjennomgangen har vist at det ikke er etablert overordnede rutiner eller system for å sikre seg at henvisninger er mottatt av henvisende instans, verken elektronisk eller manuelt. Det vises til at enkelte leger ved høy alvorlighetsgrad ringer og etterspør om henvisninger er mottatt i foretaket/enheten henvisningen er tilsendt.

Konklusjon	Anbefalinger
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Det bør etableres rutiner som sikrer en ensartet struktur på hvordan en henvisning skal utformes og benevnes, herunder hvordan vedlegg skal fremkomme på en ensartet måte. Foretaket bør også kontrollere at de nye rutinene faktisk benyttes. Dette vil lette arbeidet internt og ikke minst for de foretak som mottar henvisningene</li><li>• Adresselistene/registrene bør til enhver tid være oppdaterte. I den sammenheng må ansvar plasseres og det må etableres rutiner på tvers av foretakene for gjensidig informasjonsutveksling. Optimalt bør adresselistene være tilgjengelig i elektronisk format, slik at oppdatering og distribusjon kan</li></ul>

<sup>1</sup> En eller flere personer kan ha tilgang til samme arbeidsgruppe

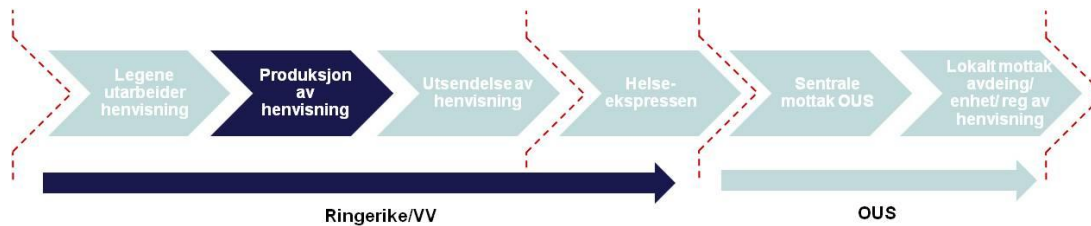


gjennomføres på en effektiv måte

- Foretaket bør vurdere muligheten for å etablere en form for “ende til ende” kontroll på utsendte henvisninger slik at foretaket raskt kan fange opp henvisninger som ikke er kommet frem til mottakende foretak.

## 2.1.2 Produksjon av henvisninger

Tabellen nedenfor tar for seg steget produksjon av henvisninger (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi henvisninger automatisk forsvinner fra utskriftslisten i PAS etter de er blitt skrevet ut, kan henvisningene bli: a) liggende i påvente av vedlegg som skal være tilknyttet henvisningene b) knytter vedlegg til feil henvisning	Henvisninger som er klar til utskrift vises i et eget skjermbilde i PAS og akuttvakt i skrivestuen skriver ut og følger opp dette. Dersom det skal være vedlegg i henvisningen (godkjent av lege) følges dette opp av akuttvakt og vedkommende matcher utskrevet henvisning med vedlegg og sender henvisningen i internposten.	Manuell forebyggende kontroll

Tabell 3 – produksjon av henvisning

### Funn fra gjennomgangen

Som det fremgår i tabell 3 er det observert en risiko i prosessen ved produksjon av henvisninger.

I gjennomgangen framkom det at skrivestuen legger vedlegg til henvisninger på et avtalt sted. Den som har akuttvakt (dedikert ressurs i skrivestuen hver dag) følger dette opp løpende gjennom dagen. Dersom man ikke får matchet vedleggene med henvisninger i løpet av dagen, overtar akuttvakt neste dag samme oppfølging/kontroll. Det er ingen ”4 øynes” prinsipper som kontrollerer at henvisningen og vedlegg legges i samme konvolutt, men basert på at den som gjennomfører gjør det korrekt og er nøyaktig. Etter konsernrevisjonens vurdering kan det her gjøres personlige feil, men vurderer risikoen for at dette inntreffer som liten.

### Konklusjon

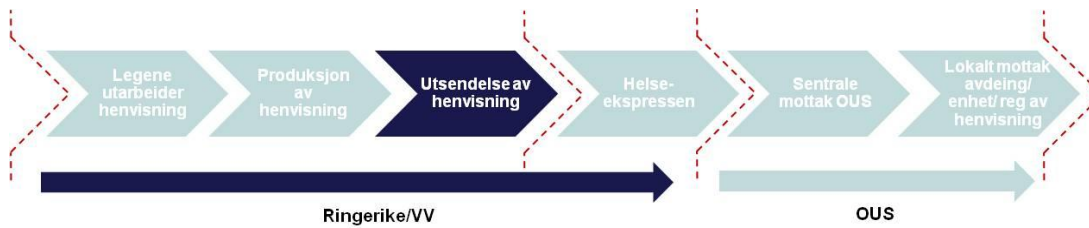
### Anbefalinger



- Ingen

### 2.1.3 Utsendelse av henvisninger

Tabellen nedenfor tar for seg steget utsendelse av henvisninger (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi kassen med henvisninger ikke blir levert fra skrivestuen og hentet av lokalt postmottak, blir ikke utsendelse av henvisninger gjennomført samme dag	Enkel, daglig og oversiktlig rutine. Mellom 2 parter som sitter "vegg til vegg". Postmottak legger post i egen lukket kasse på fast sted mrk OUS og hentes på avtalt tidspunkt daglig.	Manuell forebyggende kontroll
2	Fordi postmottaket sorterer henvisninger feil, blir henvisninger sendt til feil foretak	Mottakende enhet vil returnere henvisningen	Manuell oppdagende kontroll

Tabell 4 – utsendelse av henvisning

### Funn fra gjennomgangen

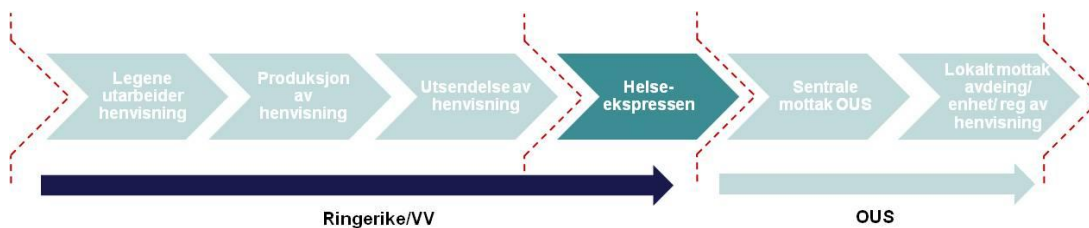
Som det fremgår i tabell 4 er det satt opp to risikoer i prosessen ved utsendelse av henvisninger.

Konsernrevisjonen vurdering at disse to risikoene blir håndtert på en tilstrekkelig måte som sikrer at henvisninger kommer frem til riktig mottaker innen rimelig tid.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen</li> </ul>

### 2.1.4 Helseekspressen

Tabellen nedenfor tar for seg steget med transport av henvisninger med Helseekspressen (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi kassen med henvisninger ikke blir levert fra skrivestuen og hentet av lokalt postmottak, blir ikke utsendelse av henvisninger gjennomført samme dag	Enkel, daglig og oversiktlig rutine som utføres av ressurser i Helseekspressen som kjenner rutinen. Rutinen er beskrevet og ligger i papirversjon i postboksen	Manuell forebyggende kontroll

Tabell 5 – Helseekspressen

## Funn fra gjennomgangen

Som det fremgår av tabellen ovenfor er det satt opp en risiko for at henvisningene ikke blir hentet og/eller levert riktig av Helseekspressen.

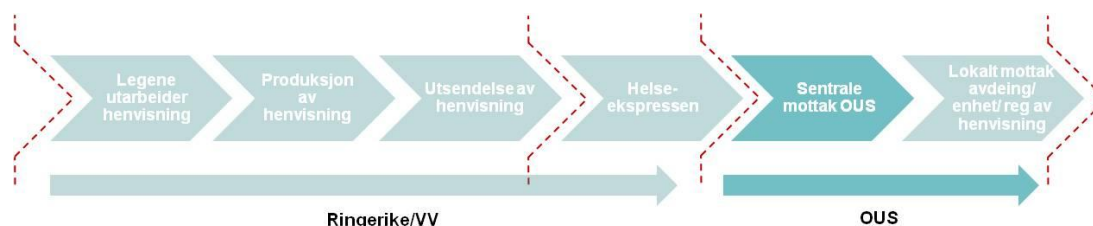
I utgangspunktet vurderer konsernrevisjonen risikoen som relativt lav for at den inntreffer i dette steget i prosessen, ved at det er faste, kjente sjåfører etablert rutiner/instruks for de sjåførene som skal hente og levere postboksen fra Ringerike sykehus til OUS og det er etablert rutine/ instruks for området. Papirversjonen av rutinen i papirboksen er ikke oppdatert, noe som kan medføre at nye sjåfører ikke leverer postboksen som forventet.

Konklusjon	Anbefalinger
■	<ul style="list-style-type: none"><li>Foretaket bør oppdatere rutinen/instruksen for henting og levering av post/henvisninger til OUS</li></ul>

## 2.2 Oslo universitetssykehus HF

### 2.2.1 Sentralt mottak

Tabellen nedenfor tar for seg steget sentralt mottak av henvisninger ved Rikshospitalet v/OUS (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi henvisninger kommer sammen med annen post, deriblant adressert reklame, kan henvisninger forsvinne ettersom de blir liggende inne i reklame som kastes	Henvisninger fra Ringerike sykehus sendes i egen kasse og blandes ikke sammen med reklame	
2	Fordi det ikke er medisinsk fagkyndige i sakarkivet, kan henvisninger som er uadresserte bli videresendt feil adressat noe som medfører forsinkelse	Post blir åpnet og stemplet og de skal se om det er en henvisning. Dette legger til rette for å ivareta pasientenes rettigheter i det videre forløpet	Manuell forebyggende kontroll

Tabell 6 – Sentralt mottak OUS

## Funn fra gjennomgangen

Som det fremgår i tabell 6 er det satt opp to risikoer ved sentralt mottak ved Rikshospitalet v/OUS.

Nr.1-Henvisninger sammen med annen post

Post fra Ringerike blir sendt i egen kasse og blandes ikke sammen med adressert reklame. Det er dermed ikke risiko for at henvisninger fra Ringerike sykehus kastes sammen med adressert reklame. OUS viser imidlertid til at dette kan skje med brev/henvisninger som kommer med ordinær post.

## Nr.2-Feil tolkning av adressat

Gjennomgangen viser at sakarkivet åpner uklart/mangelfullt adressert post som blant annet inneholder henvisninger. På grunn av manglende helsefaglig kompetanse i sakarkivet vises det til at henvisninger kan bli videresendt til feil enhet i OUS. Konsernrevisjonen er av den oppfatning at dette kan forsinke litt på henvisningstiden, men ved at henvisningene her blir poststemplet legges det til rette for å ivareta rettighetene til pasientene i det videre forløpet. Konsernrevisjonen vurderer det som viktigere å hindre at henvisninger sendes til OUS uklar/mangelfullt adressert post. Se kapittel 2.1.1 vedrørende manglende oppdatering av adresselister/registre i foretakene som utarbeider og sender ut henvisninger.

### Konklusjon

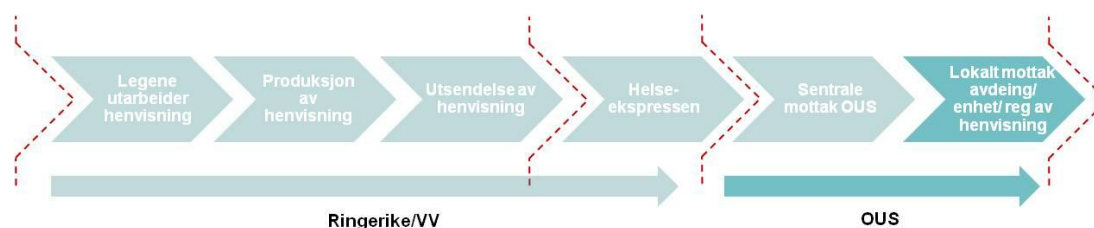
### Anbefalinger



- Foretaket bør i samarbeid med de øvrige foretakene sikre seg at adresselistene/registre kontinuerlig er oppdaterte. Dermed vil heller ikke henvisninger forekomme som uklart/mangelfullt adressert post og som sakarkivet må åpne. Dette vil igjen være ressursbesparende for foretaket

## 2.2.2 Lokale henvisningsmottak

Tabellen nedenfor tar for seg steget lokale henvisningsmottak (ca. 70) av henvisninger ved OUS (se tabell 1 i kapittel 1.2 hvor aktivitetene beskrives).



Nr	Hva kan gå galt (risiko)	Etablerte kontroller	Type kontroll
1	Fordi feil adresse på brevet/henvisningen, kommer henvisninger til feil lokalt henvisningsmottak i OUS	Etter rutine skal alle henvisninger innregistreres i PAS ved avdelingens henvisningsmottak og videresendes elektronisk. Det skal da registreres under «praktiske opplysninger» at den er videresendt på grunn av feilsendt	Manuelle oppfølging av feilsendte henvisninger
2	Fordi det er et stort antall adresselister i PAS kan henvisninger sendes feil adressat og i verste fall til en arbeidsgruppe som ikke er i bruk (inaktiv arbeidsgruppe)	Feilsendte henvisninger skal videresendes til riktig mottaker i PAS Rapport som fanger opp henvisninger som ikke er vurdert innen 30 virkedager Det er etablert rutiner for å fange opp arbeidsgrupper uten aktiv bruker	Manuell oppdagende kontroller
3	Fordi enkelte henvisninger er direkte adressert til en lege og disse ikke blir åpnet og innregistrert i PAS, kan henvisninger bli liggende uten å bli fulgt opp	Rutiner er etablert på det enkelte avdeling. Rutinene varierer imidlertid. Ved Radiumhospitalet åpnes all post, ved Rikshospitalet ulik praksis, men dette gjøres ikke på Ullevål sykehus	Delvis manuell forebyggende kontroll
4	Fordi det kan være utydelig at det er en henvisning, kan man glippe å registrere dette inn som en henvisning	Manuell gjennomgang av uklar post	Manuell oppdagende kontroller
5	Fordi det er ulik praksis for om når man melder mangler/feil ved henvisninger i avvikssystemet, har man ikke en helhetlig oversikt over type feil og omfang	Det er etablert et avvikssystem som skal benyttes til å melde mangler eller feil i forbindelse med bl.a. henvisninger. Det er etablert en prosess i OUS med gjennomgang av meldte avvik og vurdering av disse.	Automatisert forebyggende og Manuell oppdagende kontroll

Tabell 7 – Lokale mottak OUS

## **Funn fra gjennomgangen**

Som det fremgår i tabell 7 er det satt opp 5 risikoer ved lokalt mottak ved OUS.

### **Nr.1-Feiladressering av post**

Gjennomgangen har vist at foretaket har etablert en rutine som viser til at henvisninger skal bli innregistrert i PAS ved første lokale henvisningsmottak. På den måten vil det også legges til rette for at pasientenes rettigheter ivaretas gjennom det administrative pasientforløpet (som styres av innregistrert mottaksdato). Gjennomgangen viste imidlertid at rutinen ikke alltid ble fulgt. Det ble vist til at lokale henvisningsmottak videresendte feilsendte henvisninger med internposten. Konsernrevisjonen er av den oppfatning at dette både kan bidra til forsinkelser og at henvisninger kan bli liggende/bli borte. Dette kan igjen føre til at pasientenes rettigheter ikke ivaretas på en tilfredsstillende måte.

### **Nr.2-Bruk av feil arbeidsgruppe**

Gjennomgangen har vist at foretaket har etablert rutiner for å videresende feilsendte henvisninger og for å fange opp at henvisninger ikke blir liggende i en arbeidsgruppe uten å ha bli vurdert innenfor kravene som er satt. I tillegg er det etablert rutine som fanger opp eventuelle arbeidsgrupper i PAS som ikke er i bruk (inaktive brukere). Under forutsetning at rutinene og oppsatte kontroller blir fulgt opp, er det konsernrevisjonens vurdering at disse risikoene vil bli håndtert på en måte som sikrer at henvisninger kommer frem til riktig mottaker. Denne type feil vil imidlertid medføre at det tar lengre tid før henvisningen når riktig mottaker.

### **Nr.3-Åpning av post adressert til lege**

Videre har gjennomgangen vist at det ikke er gjennomgående rutiner i foretaket som sikrer at henvisninger ikke sendes direkte til leger uten at dette er innregistrert i PAS. Konsernrevisjonen vurderer at en slik praksis kan medføre at enkelte henvisninger kan bli liggende over tid, eventuelt ikke fulgt opp i det hele tatt innenfor lovregulerte/formelle frister.

### **Nr.4-Framkommer ikke at det er en henvisning**

Når det gjelder mottatt post hvor det ikke er tydelig at det er en henvisning, har gjennomgangen vist at det er den enkelte som leser innholdet i tilsendt dokumentasjon som vil fange dette opp. Konsernrevisjonen vurderer dette som en stor risiko, men at denne risikoen vil reduseres hvis henvisninger utarbeides på en standard måte (se anbefaling i kapittel 2.1.1).

### **Nr.5-Manglende registrering av manglende/feil ved henvisninger i avvikssystemet**

Gjennomgangen har vist at det er ulik praksis for om man faktisk registrerer henvisninger som er kommet på avveie i melde- og avvikssystemet. Foretaket viser til at en del feil/mangler vedrørende dette området meldes inn i melde- og avvikssystemet, men at det antas at dette er sterkt under-rapportert.

Foretaket opplyser at denne type feil/mangler blir ofte ordnet "der og da", eksempelvis sender et foretak bare over en ny henvisning hvis første henvisning er kommet på avveie. Foretaket viser til at underrapporteringen kan skyldes at dette er en "kjent" problemstilling i foretakets henvisningsmottak og at rutinen knyttet til melding og oppfølging i avvikssystemet oppfattes som tidkrevende.



**Konklusjon****Anbefalinger**

- Foretaket bør sikre seg at alle henvisninger registreres inn i det PAS ved første lokale henvisningsmottak
- Foretaket bør innføre en rutine som sikrer at ingen henvisninger går direkte til enkelt leger før det er innregistrert i PAS
- Foretaket bør i samarbeid med de øvrige foretakene få en ensartet praksis som gjør det tydelig at det er en henvisning
- Foretaket må ha en fullstendig oversikt over antall og hvilke henvisninger som kommer på avveie både i internposten og i det pasientadministrative systemet, slik at det bidrar til læring og forbedringer i og mellom foretakene. Som et ledd i dette bør man vurdere om bruk av avvikssystemet i denne sammenheng kan forbedres
- Foretaket må sikre at det alltid sendes informasjonsbrev til henvisende instans etter vurdering av henvisningen (som er et krav), slik at Ringerike sykehus får informasjon om at den er mottatt og vurdert (se anbefaling under 2.1.1 til Ringerike sykehus vedrørende “ende til ende” kontroll)

## 3. Informasjonsgrunnlag, saksgang og rapportbehandling

### 3.1 Sentrale dokumenter

1.	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven)
2.	Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven)
3.	Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven)
4.	Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven)
5.	Forskrift om prioritering av helsetjenesten, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd av 12. desember 2000 nr. 1208 (prioriteringsforskriften)
6.	Forskrift om intern kontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002
7.	Forskrift om ventelisterregistrering av 7. desember 2000
8.	Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000
9.	Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000 Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen
10.	Sosial- og helsedirektoratet 2004: Rundskriv IS-12/2004: Lov om pasientrettigheter
11.	Helsedirektoratet (2010); Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten. IS-1182
12.	Helsedirektoratet (2010). Informasjon til pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten
13.	Helsedirektoratet (2010), Ventetider og pasientrettigheter 2010, Norsk Pasientregister
14.	Oslo universitetssykehus HF: Utvalg av dokumenter fra foretakets kvalitetssystem
15.	Vestre Viken HF: Utvalg av dokumenter fra foretakets kvalitetssystem
16.	Oslo universitetssykehus HF: Gjennomføringsprosjektet

### 3.2 Gjennomførte samtaler

Navn/rolle
Eva Bjørstad Direktør, stab fag og pasientsikkerhet – OUS HF
Monique Renée Bennett, spesialrådgiver Stab medisin helsefag og utvikling – OUS HF
Berit Trøgstad Bungum, Ventelistansvarlig i Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken – OUS HF
Torun Gjesdahl, virksomhetsleder innkjøp og logistikk – OUS HF
Gitte Ellen Høilund-Carlsen Ruud, ventelistecontroller, Avdeling for aktivitetsdata og analyse - OUS
Hans-Gunnar Bernhardsen, seksjonsleder sakarkivet – OUS HF
Firas Ahmed Yoners, seksjonsleder internposten Ullevål
Ragnhild Emblem, Seksjonsleder, Barnekirurgisk avdeling - OUS HF
Marit Elise Lier, Seksjonsleder Poliklinikk for gynekologisk kreft og kontorseksjon - OUS
Else M. Breines, Fagsjef kvalitet Ringerike sykehus Vestre Viken HF
Colin Pool, Avdelingsjef kirurgisk avdeling, Vestre Viken HF
May Janne Botha Pedersen, Avd.sjef kirurgiske avdelinger Vestre Viken HF
Beate Bråthen, leder Skrivetjenesten Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF
Mette Bergmann Hansen, sekretær Servicetorget (KIS-RS) Vestre Viken HF

### 3.3 Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
16.08.2013	Varsel om revisjon
13/14.08.2013	Oppstartsmøte
06.09.2013	Presentasjon av observasjoner fra revisjonen - felles gjennomgang med OUS HF og VV HF
11.10.2013	Utsendelse av rapportutkast til verifikasjon
16.10.2013	Svar på rapportutkast
16.10.2013	Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og styrebehandling
28.10.2013	Behandling i styret i Vestre Viken HF
30.10.2013	Behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF
Ikke fastsatt	Orientering til revisjonsutvalget for Helse Sør-Øst RHF
Ikke fastsatt	Orientering til styret for Helse Sør-Øst RHF

## Tiltaksplan etter revisjon

Gjennomgang av rutiner for utsendelse og mottakelse av henvisninger mellom Ringerike sykehus, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF

Prosessfase	Status revisjon	Anbefaling fra konsernrevisjonen	Tiltak	Ansvar	Frist	Status 3.ter. 2013
<b>Adresselister</b>		OUS skal samarbeid med de øvrige foretakene sikre seg at adresselistene/registrene kontinuerlig er oppdaterte.	Adresseliste for henvisningsmottak i Oslo universitetssykehus er oppdatert og tilgjengelig på foretakets nettsider under "Fag", "Henvisningsrutiner" som relatert lenke til <a href="#">Plakat henvisningsadresser</a> . Ved organisasjonsendringer vil oversikten bli oppdatert.	Vise-adm.dir. Medisin, helsefag og utvikling i samarbeid med Stab samhandling	Avvik lukket. Vil oppdateres ved organisasjonsendringer.	
<b>Mottak av henvisninger</b>		Alle henvisninger registreres inn i PAS ved første lokale postmottak	Det vises til Styresak 27/2013 og handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet. Foretaket har på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden. Tiltak i klinikkens handlingsplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mottak av henvisninger: Dato-stemples, registreres og skannes i EPJ (ved mottak)</li> <li>Avdelingen har ett henvisningsmottak: "En dør inn"</li> <li>Gjennomgå rutinene for utsendelse av informasjonsbrev til pasient og henvisende instans ang mottak av henvisning; resultat av rettighetsvurdering for alle pasientkategorier; informasjon om rettigheter.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Følges opp ved internrevisjon i utvalgte enheter i alle klinikker i januar 2014, med påfølgende evalueringsmøte februar 2014.</li> <li>Følges også opp som en del av det ordinære oppfølgingsregimet administrerende direktør har med klinikkene.</li> </ul>	Vise-adm.dir. Medisin, helsefag og utvikling	Kontinuerlig	
<b>Mottak av henvisninger</b>		Innføre en rutine som sikrer at ingen henvisninger går direkte til enkelt leger før det er innregistrert i PAS	Se punkt om mottak av henvisninger ovenfor. <ul style="list-style-type: none"> <li>Oslo universitetssykehus etablerer ett sentralt henvisningsmottak samtidig med innføring av DIPS i 2014. Tiltaket sikrer at all post åpnes, registreres, skannes og videre-distribueres fra ett sted. Tiltaket kan ikke innføres med dagens</li> </ul>	Vise-adm.dir. Medisin, helsefag og utvikling	20.10.2014	

<b>Enhetlig praksis henvisning</b>		OUS skal i samarbeid med de øvrige foretakene få en ensartet praksis som gjør det tydelig at det er en henvisning.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stab Medisin, helsefag og utvikling har meldt sak til det regionale fagdirektørmøte.</li> </ul>	Vise-adm.dir. Medisin, helsefag og utvikling	01.02.2014	
<b>Avvikshåndtering</b>		OUS må ha en fullstendig oversikt over antall og hvilke henvisninger som kommer på avveie både i internposten og i det pasientadministrative systemet, slik at det bidrar til læring og forbedringer i og mellom foretakene. Som ett ledd i dette bør man vurdere om bruk av avvikssystemet i denne sammenheng kan forbedres.	<p>Det er lagt til rette for registrering av hendelser i avvikssystemet når hendelser oppdages, under kategori "diagnostikk, behandling og pleie" med underkategori "forsinket behandling", og under kategori "pas.adm./samhandling" med underkategori "henvisning". Ved stikkprøvekontroller sees innregistreringer innenfor begge kategorier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informasjon i linjen, til ventelistenettverket og kvalitetsrådgivernetverket.</li> </ul>	Dir. Pasient-sikkerhet og kvalitet	01.02.2014	
<b>Informasjonsbrev</b>		OUS må sikre at det alltid sendes informasjonsbrev til henvisende instans etter vurdering av henvisningen slik at henviser får informasjonsbrev om at den er mottatt og vurdert	<p>Det vises til styresak 27/2013 og handlingsplan for oppfølging av Gjennomføringsprosjektet. Foretakets har på plass kvalitetssikrede styrende dokumenter for hele henvisningsperioden: Prosedyre Id-nr. 44: Mottak og vurdering av eksterne henvisninger til OUS; her er følgende angitt: (Henvisningsmottaket) Sender brev til pasient og henvisende lege med orientering om vurderingen som er foretatt samt innkalling til oppmøte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Følges opp ved internrevisjon i utvalgte enheter i alle klinikker i januar 2013, med påfølgende evalueringsmøte februar 2013.</li> <li>Følges opp som en del av det ordinære oppfølgingsregimet administrerende direktør har med klinikkene.</li> </ul>	Vise-adm.dir. Medisin, helsefag og utvikling	Kontinuerlig	



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Rapport fra tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF den  
21.10.2013-25.10.2013, Direktoratet for samfunnssikkerhet og  
beredskap

---

**SAK 75/2013 DIREKTORATET FOR SAMFUNNSSIKKERHET OG  
BEREDSKAP: TILSYN MED ELEKTRISK- OG ELEKTRO-  
MEDISINSK UTSTYR SAMT ELEKTRISKE ANLEGG**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.*

Oslo, 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

## **Sammendrag**

Årets tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet (DSB) og beredskap resulterte i to avvik. Et om registrering av avvik fra vedlikeholdsplaner og et om system for å lære av feil ved elektriske anlegg. Helseforetaket har startet arbeidet med å fastsette og iverksette korrigerende tiltak.

## **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Det er positivt at tilsynsmyndigheten ikke finner mangler ved det kliniske personalets opplæring og bruk av elektromedisinsk utstyr ved årets tilsyn og at tiltak er gjennomført som beskrevet i handlingsplan etter tilsynet i 2012. Det vil bli lagt vekt på at klinikkene fastholder de innarbeidede rutinene på dette området.

Foretakets vedlikeholdsetterslep skaper problemer innen flere områder. Tilsynsrapporten slår fast at organisasjonen er oppmerksom på elektroområdet og at de elektriske anleggene og rutiner for vedlikehold og kontroll utbedres i henhold til de krav som myndighetene setter. Det brukes store ressurser til dette arbeidet, og de planlagte tiltak blir fulgt opp gjennom linjeledelsen.

## **Faktabeskrivelse**

DSB kommer regelmessig på tilsynsbesøk hvert år. I år ble tilsynet gjennomført i tiden 21. til 25. oktober 2013. Hensikten med tilsynet var å følge opp fjorårets tilsyn og sjekke om tiltakene i oversendt handlingsplan er iverksatt med tilstrekkelig effekt. Før årets tilsyn var det fortsatt ett avvik fra 2012 som ikke er lukket, og dette avviket ble derfor ikke berørt under tilsynet. Ved årets tilsyn ønsket DSB å se på bruk og vedlikehold av elektrisk- og elektromedisinsk utstyr og vedlikehold av elektriske anlegg. Tilsynet ble gjennomført i henhold til Forskrift om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter, Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr og Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg. Årets tilsyn involverte de samme klinikkene og avdelingene som i 2012, som var Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, Hjerte-, lunge- og karklinikken og Oslo sykehusservice.

I tilsynsrapporten av 8. november 2013 uttaler DSB at sikkerheten i de elektriske anleggene samt den betydning elektrisitetssikkerhet har for pasientsikkerheten, har fått en mye større oppmerksomhet i hele organisasjonen enn hva som er registrert tidligere. DSB var ellers tilfreds med at foretaket har fått på plass en prosedyre for opplæring og sertifisering av personell når det gjelder medisinskteknisk utstyr. Dokumentasjonen som ble fremlagt viste at prosedyren følges av de ansatte, inkludert vikarer, ekstravakter og kortidsansatte. Ett av temaene for fjorårets tilsyn var kontroll av vanlig elektrisk utstyr rundt i sykehuset. I henhold til sykehusets prosedyrer skal slikt utstyr bli kontrollert av brukerne selv i forbindelse med HMS-rundene. Selv om mange ikke hadde oversikt over alt elektrisk utstyr fikk tilsynet likevel inntrykk av at alt elektrisk utstyr blir kontrollert. Når det gjelder de elektriske anleggene, ble det i fjor påpekt at intervallene i kontrollen av disse ble forlenget uten å vurdere om dette resulterer i en øket og uakseptabel risiko. I år registrerte DSB en bedring ved at slike vurderinger var gjennomført.

I fjor fikk Oslo universitetssykehus avvik fordi DSB mente at prosedyren for kontroll og vedlikehold av de elektriske anleggene (internkontrollen) ikke følges.

Ved årets tilsyn fant en fortsatt mangler knyttet til tertialvise rapporter og oppfølgingen av disse. Dermed ble det gitt to avvik, et på rapportering av avvik og et på system for å lære av feil.

Avvik 1: Det er ulike oppfatninger om hvordan det skal varsles at vedlikeholdsplaner for de elektriske anleggene ikke følges. Det innebærer at det ikke er avklart hvordan avvik på etterlevelsen av interne prosedyrer i elektroseksjonen skal meldes.

Avvik 2: Oslo universitetssykehus har ikke etablert et system for å lære av de feil de har hatt i sine elektriske anlegg.

Det ble også gitt to anmerkninger som gjaldt tydelighet i tertialvise rapporter og om etterslep på det planlagte/forebyggende vedlikeholdet på enkelte områder.

Elektroavdelingen har begynt arbeidet med korrigerende tiltak. Når det gjelder tertialrapportene vurderes det om de skal utarbeides hyppigere, bli tydeligere og mer entydige. Avdelingen vil gå gjennom ressursbruken ved hver seksjon for å vurdere endringer i styringen. DSB kommenterer i tilsynsrapporten at det ikke benyttes dataverktøy til å styre det planlagte/forebyggende arbeidet. For å imøtekomme dette er det igangsatt et prosjekt for å se på muligheten for å ta i bruk ett felles dataverktøy. Oslo universitetssykehus har systemer for registrering av avvik og feil. Men en ser at bruken av systemene kan bedres, ikke minst med tanke på analyse og læring av innsamlede data.

De ulike tiltakene som det nå arbeides med, vil bli beskrevet i en samlet handlingsplan. Gjennom dette vil sykehuset sikre at de nødvendige tiltak blir iverksatt og at avvikene lukkes innen 3. februar 2014 som er fastsatt frist.

## Rapport fra tilsyn ved: Oslo universitetssykehus HF

den 21.10.2013-25.10.2013, Sluttmøte den 01.11.2013

### Informasjon om tilsynsobjekt

<b>Klient</b> OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	<b>Foretaksnr (Orgnr 1)</b> 993467049	<b>Bedriftsnr (Orgnr 2)</b>
--	--	-----------------------------

### Kontaktpersoner

Virksomhet	Navn	Funksjon	Telefon
DSB	Magne Toft	Leder	23080781
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Randi Smedsrud	Tilsynskoordinator	23015017

### Bakgrunn for tilsynet

Hensikten med tilsynet var å verifisere om de tiltak som er tilbakemeldt, og som skulle lukke avvikene etter tilsynet i 2012 lukket avvikene. Avvik 2 fra 2012 ble imidlertid ikke berørt da den fremdeles står åpen.

Tilsynet ble gjennomført med hjemmel i følgende lover og forskrifter:

- Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr
- Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg

### Tema for tilsynet

Verifisere at de tiltakene OUS har tilbakemeldt, lukket avvikene som gitt etter revisjonen i 2012:

- Bruk og vedlikehold av elektrisk- og elektromedisinsk utstyr
- Vedlikehold av elektriske anlegg

### Resultater fra tilsynet

I det etterfølgende beskrives generelt inntrykk, samt avvik og anmerkninger som ble avdekket under tilsynet.

## Generelt inntrykk

Sikkerheten i de elektriske anleggene samt den betydning elsikkerhet har for pasientsikkerheten, har fått en mye større oppmerksomhet i hele organisasjonen enn hva som er registrert tidligere.

## Opplæring av helsepersonell i bruk av elektromedisinsk utstyr

Prosedyren "MTU - opplæring og sertifisering av personell" angår alle som bruker medisinsk teknisk utstyr, også vikarer, ekstravakter og kortidsansatte.

Dokumentasjonen som ble fremlagt viste at prosedyren følges for alle de den angår.

## Planlagt vedlikehold av de elektriske anleggene.

Elektroenheten har laget planer for vedlikehold av de elektriske anleggene. Planene er fremkommet med bakgrunn i risikoanalyser, og beskriver hvilke anleggsdeler som skal vedlikeholdes årlig, halvårlig, 2. hvert år osv. Vedlikeholdet skal følge kontrollpunkter i sjekklister.

Hvert tertial utarbeider elektroavdelingene ved hvert sykehus statusrapporter for det planlagte/forebyggende vedlikeholdet. Rapportene for 2013 har opplysninger om at vedlikeholdet ikke følger planen på alle punkt.

Imidlertid er det ikke mulig å få et sikkert bilde av dette fordi rapporten bygger kun på fritekst. Det er brukt uttrykk som indikerer at det kan foreligge et avvik, og det blir opp til hver enkelt hvor tydelig dette skal komme frem. Det er bl.a. brukt uttrykk som "kontroll av gruppe 1 rom blir utført sporadisk", "kontrollen pågår kontinuerlig" samtidig med at "regulariteten er avhengig av tilgjengelige ressurser".

Ved et av sykehusene ble intervallene i vedlikeholdsplanen endret i løpet av intervjuene fordi praksisen ikke fulgte planen. (ved tilsynet i 2012 tok DSB opp at en endring i vedlikeholdsplanene skal være sikkerhetsmessig forsvarlig, og bygge på en risikovurdering.)

## Avviksrapporter fra elektro.

Det var et ulikt syn på status til de tertialvise rapportene. Noen mente at rapportene skal synliggjøre arbeidsoppgaver som ikke blir utført – (et rop om hjelp).

Elektroansvarlig, som er bestiller av rapportene, betrakter imidlertid rapportene som en orientering, og igangsetter ingen tiltak på bakgrunn av disse. Det ble poengtert at elektro ved hvert enkelt sykehus selv er ansvarlig for at nødvendige tiltak iverksettes dersom en blir hengende etter med vedlikeholdet. (De er gitt anledning til å benytte innleid hjelp.) Elektroansvarlig engasjerer seg først når avvik rapporteres i avvikssystemet.

Det ble imidlertid også uttrykt at avvikssystemet kun skal benyttes til å melde avvik som angår arbeidsmiljøet, og ikke avvik av faglig art, som vedlikeholdsprosedyrer som ikke følges.

## De tiltak OUS iverksatte for å lukke avvik 1 fra DSBs tilsyn i 2012, lukket ikke avviket.

Når tiltak iverksettes, må effekten av tiltakene følges opp av sykehuset helt frem til at avviket er lukket.

## Bruk av dataverktøy til å styre det planlagte/forebyggende arbeidet.

Elektro benytter ikke dataverktøy til å styre det planlagte/forebyggende arbeidet og til å følge med på fremdriften av utført arbeid. Det vil si at alt planlagt arbeid planlegges ut fra manuelle lister over hva som skal kontrolleres/vedlikeholdes og sjekklister etter utførte kontroller. Det er ikke tatt stilling til hvor lenge sjekklistene skal oppbevares.

Med de store og komplekse elektriske anlegg som er ved Oslo universitetssykehus, (OUS) vil det være svært ressurskrevende å ha nødvendig oversikt uten bruk av egnet dataverktøy.



## Systematisering av datainnsamlingen om feil i elektriske anlegg

OUS har ikke systematisert datainnsamlingen av feilene de har i sine elektriske anlegg. OUS har derfor ikke etablert et system for å lære av tidligere feil.

### Kontrollen av elektrisk utstyr.

Elektrisk utstyr i denne sammenheng er alt utstyr som plugges i en stikkontakt og som ikke er elektromedisinsk utstyr. Det elektromedisinske utstyret er innenfor medisinsk teknisk virksomhets ansvarsområde.

Elektrisk utstyr skal bli kontrollert av brukerne selv i forbindelse med HMS- rundene. Ikke mange har oversikt over elektrisk utstyr som skal bli omfattet av HMS- kontrollen, men tilsynet fikk allikevel det inntykk at alt elektrisk utstyr blir kontrollert.

### Avvik og anmerkninger

#### Definisjoner

Avvik: "Manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov".

Anmerkning: "Et forhold som tilsynsetaten mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik. Virksomhetens manglende etterlevelse av egne regler som er strengere enn lovkravene, vil fra tilsynsetatens side ikke betraktes som et avvik, men kan omtales som en anmerkning."

Følgende avvik ble avdekket under tilsynet:

**Avvik nr:** 1

#### Beskrivelse

Det er ulike oppfatninger om hvordan det skal varsles at vedlikeholdsplaner for de elektriske anleggene ikke følges. Det innebærer at det ikke er avklart hvordan avvik på etterlevelsen av interne prosedyrer i elektroseksjonen skal meldes.

#### Regelverkshenvisning

Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg  
- § 9 Ansvar - Hvem forskriften retter seg mot

Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter  
(internkontrollforskriften)

- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

#### Kommentar

Elektroavdelingene ved alle sykehusene utarbeider tertialvise rapporter om bl.a. status på fremdriften av internkontrollen. I rapportene kan det bli opplyst at internkontroll av elektiske anlegg ikke følger oppsatt plan.

Elektroansvarlig, som er bestiller av rapportene, iverksetter ingen tiltak på bakgrunn disse opplysningene fordi rapportene har som formål å orientere. Elektroansvarlig engasjerer seg når saker meldes i avvikssystemet.

Det ble imidlertid også uttalt at en avvikende etterlevelse av faglige prosedyrer ikke skal meldes i avvikssystemet.

**Avvik nr:** 2

**Beskrivelse**

OUS har ikke etablert et system for å lære av de feil de har hatt i sine elektriske anlegg.

**Regelverkshenvisning**

Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg  
- § 9 Ansvar - Hvem forskriften retter seg mot

Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter  
(internkontrollforskriften)  
- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

**Kommentar**

OUS har ikke systematisert datainnsamlingen av feilene de har i sine elektriske anlegg, noe som er nødvendig for å kunne gjøre analyser av de innsamlede dataene.

**Anmerkninger**

Følgende anmerkninger ble notert under tilsynet:

**Anmrk.nr:** 1

**Beskrivelse**

De tertialvise rapportene om status på det planlagte/forebyggende arbeidet på de elektriske anleggene (internkontrollen) gir ingen entydig bilde av status.

**Kommentar**

Ingen sykehus har detaljert oversikt over hva som er gjennomført av forebyggende vedlikeholdsarbeid i elanleggene og hva som gjenstår.

Rapportene bygger kun på fritekst innen noen prioriterte saker. Rapportene mangler å tydeliggjøre/tallfeste hva som er utført og hva som gjenstår samt å referere dette opp mot oppsatt plan.

Rapportene mangler opplysninger om både tiltak og tidsfrist der hvor det er avvik fra planen.

Planene for internkontrollen følger manuelle lister. Det benyttes ikke dataverktøy i planleggingen og til å styre gjennomføringen av internkontrollen samt til å følge med på fremdriften av utført arbeid. Dette vanskeliggjør muligheten av å ha oversikten over om planer følges.

**Anmrk.nr:** 2

**Beskrivelse**

Internkontrollrapporter fra elektroavdelingene for 2, tertial i 2013 viser at det er et etterslep på det planlagte/forebyggende vedlikeholdet på enkelte områder, og at etterslepet også kan være gjentakende.

**Kommentar**

Det er ikke gitt noen respons på disse opplysningene av elektroansvarlig. (ref avvik 1)

De tiltak som er tilbakemeldt fra tilsynet i 2012 for å komme à jour med vedlikeholdsplanen, har ikke blitt gjennomført ved alle sykehus.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Magne Toft, [postmottak@dsb.no](mailto:postmottak@dsb.no), tlf 33 41 25 00.

### **Vedlegg 1 Dokumenter**

Oversikt over dokumenter som ble benyttet under tilsynet:

- OUS sin tilbakemelding på tiltak som skulle lukke avvik som ble gitt etter tilsyn i 2012.
- Prosedyre om opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr
- Fremlagt dokumentasjon på gjennomført kartlegging av utstyrskompetanse/ gjennomført opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.
- Prosedyrer om elektroeksjonenes arbeid med de elektriske anleggene
- Tertialvise rapporter om status på elektroeksjonenes arbeid med de elektriske anleggene.
- Fremlagt dokumentasjon på elektroeksjonenes arbeid med de elektriske anleggene.
- Diverse prosedyrer og dokumentasjon på aktiviteter som ble lagt frem under intervjuene.

## Vedlegg 2 Deltakere

Navn	Funksjon/rolle	Virksomhet	Åpnings møte	Intervju	Sluttmøte
Magne Toft	Leder	DSB	X	X	X
Brit Antonsen	Deltaker	DSB	X	X	X
Villy Rønneberg	Deltaker	DSB	X	X	X
Kjell Sæther	Deltaker	DSB	X	X	
Rune Tobiassen	Deltaker	DLE v/ Infratek elsikkerhet AS	X	X	X
Anne Gro Valle	Kvalitetsrådgiver	Hjerte-, lunge- og karklinikken			X
Anne Hege Kofoed	Seksjonsleder	Hjertemed. avd., Ullevål	X		
Anne Haaland	kvalitetsrådgiver	Akutt klinikken	X	X	X
Arne L. Nilsen	Seksjonsleder	Elektroansvarlig Rikshospitalet		X	
Arnt Fiane	fung.avdelingsleder	Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet	X	X	X
Aslaug Berge	kvalitetsrådgiver	Hjerte-, lunge- og karklinikken	X	X	X
Bente Helene Heide	Seksjonsleder	Intensivseksjon generell, Rikshospitalet		X	X
Bente Lindemann	Seksjonsleder	Avd. for anestesisykepleie			X
Berit Baklid Ege	Avdelingsleder	Lungemedisinsk avdeling, Ullevål		X	X
Björg Ingunn Fjorstad		Anestesi seksjon 1, Rikshospitalet		X	
Bjørn Bendz		Kar avd, Rikshospitalet		X	X
Bjørn Ukkestad	Seksjonsleder	Avdeling for anestesisykepleie, seksjon 5, Ullevål	X	X	X
Cecilie Langvik	Seksjonsleder	MTV			X
Dag Jacobsen	Avdelingsleder	Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål	X	X	X
Dorthe S. Schultz		Kvinne Barn	X		
Eva Bjørstad	Stabsdirektør	HMS og Kvalitetsansvarlig	X	X	X
Even Enggrav		Akuttmed. avd, Ullevål	X	X	X
Geir Nyborg		Ullevål, Intensiv		X	
Geir Teigstad	Divisjonsdirektør	Oslo sykehusservice	X	X	X
Hilde B. Wangen	Seksjonsleder	Hjertemed. avd., Ullevål			X



Jakob Skreding		Intensiv generell, Rikshospitalet		X	
Kari Årdal Bjercke	Dir. stab	Intern revisjon	X		
Karsten Sande	Seksjonsleder	Elektroansvarlig Ullevål	X	X	X
Katharina Lende	Seksjonsleder	Medisinsk intensiv	X		
Kristin Sem Thagaard	Avdelingsleder	Avdeling for Anestesiologi		X	
Kristin Thomassen	kvalitetsrådgiver	Medisinsk klinikk	X	X	X
Lena Gjevart	Klinikkleder	Medisinsk klinikk		X	
Merete Schjelderup		Ullevål, Intensiv		X	
Morten Bråthen		Oslo sykehuservice	X	X	X
Michael Kjerstad	Driftsleder	Elektro			X
Mubashar Shafi	fung.avd.leder service	Medisinsk teknologi og service	X	X	X
Nina Nysveen	Seksjonslederene	Intensiv 2 og 3, Ullevål		X	
Nina Skylv	HMS-leder	HMS og Kvalitetsansvarlig		X	X
Oliver Mellenhauer		Thorax kir, Rikshospitalet		X	
Otto Rune Stokke	Avdelingsleder	DLE Hafslund			X
Otto Smiseth	Klinikkleder	Hjerte-, lunge- og karklinikken	X	X	X
Per Arne Jørgensen	fung. virksomhetsleder	Medisinsk teknologi og service		X	
Per Olin		Post opr/intensiv, Rikshospitalet		X	
Roar Prydz Christensen	seksjonsleder	HMS og Kvalitetsansvarlig	X	X	X
Randi Smedsrud	Tilsynskoordinator		X	X	X
Roger Haug		Intensiv 2 og 3, Ullevål		X	X
Rolf Pedersen	Avdelingsleder	Elektroavdeling	X	X	X
Rolf Figenscau	Servicesjef	MTV Rikshosp/ Radiumhosp.			X
Sigrid Rannem	Avdelingsleder	Postoperativ og Intensivseksjon		X	
Sigrun Halvorsen	fung.avdelingsleder	Hjertemedisinsk avdeling, Ullevål		X	X
Sissel Dølvik Sandnes	Seksjonsleder	Avdeling for anestesisykepleie, seksjon 1, Rikshospitalet		X	
Stephen Trotter	Seksjonsleder	Elektroansvarlig Radiumhospitalet	X	X	X
Stian Haugbro		Hjertemed. avd., Ullevål	X	X	
Sølvi Hellebust	Seksjonsleder	Postoperativ, Radiumhospitalet		X	



Thomas Magnusson	Teknisk sjef,	Teknisk	X	X	X
Thor Edvardsen	Avdelingsleder	Kardiologisk avdeling, Rikshospitalet	X	X	
Tor Johansen		Rikshospitalet		X	
Torkel Steen		Hjertemed. avd, Ullevål	X	X	
Willy Simble	Seksjonsleder	Elektroansvarlig Aker sykehus	X	X	X
Øyvind Skraastad	Klinikkleder	Akutt klinikken	X	X	

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Håndtering av humane celler og vev - rapport etter tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF 2013

---

### **SAK 76/2013 STATENS HELSETILSYNS TILSYN MED HÅNDBLING AV HUMANE CELLER OG VEV**

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

*Styret tar tilsynsrapport og beskrevne tiltak for oppfølging av avvik til etterretning.*

Oslo, 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

Statens helsetilsyn gjennomførte i september 2013 et tilsyn med helseforetakets håndtering av humane celler og vev. Det ble avdekket mangler og svakheter ved dokumentasjon og registreringer samt oppfølging av smittetester. Med bakgrunn i dette ble det fastsatt tre avvik. Aktiviteten knyttet til håndtering av humane celler og vev foregår ved totalt sju enheter ved fire klinikker. Avvikene som er påpekt har ikke hatt noen uheldige konsekvenser for pasienter. De aktuelle enhetene har allerede startet arbeidet med å fastsette og iverksette korrigerende tiltak.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

De funn som Statens helsetilsyn har gjort er nyttige for å sikre trygge og gode rutiner innen håndtering av humane celler og vev. De aktuelle klinikker og avdelinger vil arbeide videre og sikre gjennomføring av handlingsplan med korrigerende tiltak. Handlingsplan og plan for ledelsens oppfølging og evaluering vil bli oversendt Helsetilsynet innen fristen 15. januar 2014.

Styret holdes orientert om oppfølgingen av avvikene i tilsynsrapporter hvert tertial gjennom den faste styresaken ledelsens gjennomgang.

**Faktabeskrivelse**

Statens helsetilsyn gjennomførte 23. til 27. september 2013 et tilsyn med håndtering av humane celler og vev. Tilsynet ble gjort i henhold til forskrift om håndtering av humane celler og vev. Denne forskriften har som formål å fastsette kvalitets- og sikkerhetsstandarder ved håndtering av humane celler og vev til anvendelse på mennesker for å oppnå et sterkt vern av menneskers helse, herunder unngå at sykdommer overføres via celler og vev. Tilsynet omfattet befarings- og stikkprøver knyttet til håndtering av hornhinner, hematopoetiske stamceller, innførsel av menisk- og senevev fra land utenfor EØS-området, samt testing av donorer av celler og vev. I tillegg ble det gjennomført et kort besøk ved reproduksjonsmedisinsk seksjon for å sjekke om bygningsmessige tiltak var gjennomført etter tilsyn i 2012.

Aktiviteten knyttet til denne type håndtering av celler og vev, er organisert under fire ulike klinikker:

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

Seksjon for celleterapi

Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Ex-vivo cellelaboratoriet\*

Benmargsgiverregisteret

Avdeling for mikrobiologi, Virologisk og infeksjonsimmunologisk enhet (Rikshospitalet) og Enhet for infeksjonsserologi (Ullevål)

Kvinne- og barneklubben

Reproduksjonsmedisinsk seksjon

Klinikk for kirurgi og nevrofag

Ortopedisk avdeling, brusk og brusceller\*

Ortopedisk avdeling, beinbank

Senter for øyeforskning, Norsk hornhinnebank

\* Har enheter som ikke inngikk i dette tilsynet.

Helsetilsynet gjennomgikk oppbevaring av celler og vev, sporbarhet når det gjelder donorer, produkter og materialer, og det ble også sett på hindring av sykdomsoverføring via celler og vev, - inkludert donortesting. I tillegg vurderte tilsynet opplæring av ansatte, skriftlige prosedyrer, avvikssystemer/meldeordninger og om det blir utført jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten (f.eks. interne revisjoner og ledelsens gjennomgang).

Helsetilsynets rapport forelå 1. november. Rapporten beskriver mangler og svakheter ved dokumentasjon, registreringer og oppfølging av smittetester. Tilsynet resulterte i tre avvik:

Oslo universitetssykehus mangler oppdatert informasjon om og gyldige avtaler for oppgaver som blir utført av personale som ikke er ansatt ved sykehuset som for eksempel private laboratorier.

Oslo universitetssykehus fører ikke, i alle tilfeller, en komplett oversikt over alle produkter og materialer som har vært i kontakt med hornhinner som skal transplanteres inn i mennesker.

Oslo universitetssykehus følger ikke alltid opp at nødvendige smittetester blir bestilt ved mottak og registrering av blodprøver fra donorer av celler eller vev.

Med hensyn til de bygningsmessige endringene som er iverksatt som en del av tiltakene etter tilsynet i 2012, så konkluderte Helsetilsynet med at disse var gjennomført i henhold til handlingsplan.

Det er satt krav om at plan med korrigerende tiltak og intern oppfølging skal oversendes Helsetilsynet innen 15. januar 2014. Fastsetting og iverksetting av tiltak startet umiddelbart etter tilsynet. Helsetilsynet har allerede i oversendelsesbrevet kommentert at deler av avvikene er lukket ved at det er innhentet oppdatert dokumentasjon for leverandør utenfor EØS-området. Der hvor oppgaver utføres av andre enn helseforetaket, vil sykehuset sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet følges opp gjennom skriftlige, oppdaterte avtaler. I forbindelse med avvik nummer to er prosedyrene allerede endret, og det føres nå en komplett oversikt slik at avviket er lukket. Når det gjelder avvik tre har det vært utført nødvendige smittetester av prøvene, men dette har ikke vært godt nok beskrevet i de aktuelle prosedyrene. Dette er under utbedring. Avvikene som er påpekt har ikke hatt noen uheldige konsekvenser for pasienter.

Helsedirektoratet  
Statens legemiddelverk  
Fylkesmannen i Oslo og Akershus  
Randi Smedsrud, tilsynskoordinator OUS HF (e-post)  
Wenche Reed, seksjonsleder forskningsseksjonen OUS HF (e-post)

Saksbehandler: Tone Blørstad, tlf. 21 52 99 94





## Håndtering av humane celler og vev

### Rapport etter tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF

<b>Tidsrom for tilsynet:</b>	6. mai – 1. november 2013
<b>Kontaktpersoner i virksomheten:</b>	Tilsynskoordinator Randi Smedsrud Seksjonsleder, forskningsseksjonen Wenche Reed

#### Sammendrag

Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF i henhold til forskrift om håndtering av humane celler og vev.

Tilsynet har lagt hovedvekt på hvordan følgende oppgaver blir fulgt opp faglig og styringsmessig:

- oppbevaring av celler og vev
- sporbarhet – muligheten til å identifisere celler og vev – fra donor til mottaker og omvendt
- hindring av sykdomsoverføring via celler og vev – inkludert donortesting
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer – når det gjelder produkter og materialer som kommer i kontakt med celler og vev

Dette ble undersøkt ved hjelp av virksomhetsrapportskjema, dokumentgjennomgang og tilsynsbesøk med stikkprøver.

Tilsynet har avdekket tre avvik:

#### Avvik 1:

Oslo universitetssykehus HF mangler informasjon om og gyldige avtaler for oppgaver som blir utført av personale som ikke er ansatt ved helseforetaket. Bruk av hornhinner og beinmateriale skjer uten at helseforetaket kan kontrollere at alle nødvendige kvalitets- og sikkerhetsstandarder er oppfylt.

#### Avvik 2:

Oslo universitetssykehus HF registrerer ikke detaljerte opplysninger om produkter og materialer som har vært i kontakt med hornhinner beregnet til bruk på mennesker. Helseforetaket kan dermed ikke vurdere betydningen av produkt- og materialkvalitet ved eventuelle senere komplikasjoner.

Avvik 3:

Oslo universitetssykehus HF følger ikke opp at nødvendige smittetester alltid blir bestilt ved mottak og registrering av blodprøver fra donorer av celler og vev.

Dato: 31/10-2013

Tone Blørstad  
Tone Blørstad  
revisjonsleder

  
Thorbjørn Aa. Nordengen  
revisor

# Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Beskrivelse av helseforetaket - spesielle forhold .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Gjennomføring .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Hva tilsynet omfattet.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Funn .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Vurdering av helseforetakets styringssystem.....</b>	<b>10</b>
<b>7. Regelverk.....</b>	<b>10</b>
<b>8. Dokumentunderlag .....</b>	<b>11</b>
<b>9. Deltakere ved tilsynsbesøket.....</b>	<b>15</b>

## 1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF i perioden 6. mai – 1. november 2013. Tilsynet inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomheten Statens helsetilsyn gjennomfører i henhold til forskrift av 1. juli 2008 om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev.

Statens helsetilsyn har myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 1 og forskrift om håndtering av humane celler og vev § 56.

Formålet med tilsynet er å vurdere om virksomheten ivaretar krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll (sitt kvalitetsstyringssystem). Tilsynet omfattet undersøkelse av:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- om tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- om tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

Rapporten omhandler avvik som er avdekket under tilsynet og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av helseforetakets arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift

## 2. Beskrivelse av helseforetaket - spesielle forhold

Oslo universitetssykehus HF ble etablert 1. januar 2009 og består av Aker sykehus, Ullevål sykehus, Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Helseforetaket er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionsykehus i Helse Sør- Øst og har i tillegg flere nasjonale funksjoner.

Oslo universitetssykehus HF håndterer ulike typer celler og vev beregnet til bruk på mennesker, og helseforetaket utfører testing<sup>1</sup> av donorer.

Helseforetakets aktivitet knyttet til håndtering av celler og vev, er organisert under fire ulike klinikker:

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken

- Seksjon for celleterapi

Klinikk for diagnostikk og intervensjon

- Ex-vivo cellelaboratoriet
- Benmargsgiverregisteret
- Avdeling for mikrobiologi, Virologisk og infeksjonsimmunologisk enhet (Rikshospitalet) og Enhet for infeksjonsserologi (Ullevål)

Kvinne- og barneklubben

- Reproduksjonsmedisinsk seksjon

Klinikk for kirurgi og nevrofag

- Ortopedisk avdeling, brusk og bruskceller
- Ortopedisk avdeling, beinbank
- Senter for øyeforskning, Norsk hornhinnebank

## 3. Gjennomføring

Tilsynet omfattet følgende aktiviteter:

**Formøte** ble holdt 6. mai 2013 på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus.

**Varsel** om tilsyn og virksomhetsrapportskjema ble sendt 14. mai 2013.

**Gjennomgang og vurdering** av dokumenter.

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med tilsynet, er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

**Åpningsmøte** ble holdt 23. september 2013 på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, sykehus.

---

<sup>1</sup> Forskriftens § 17: Donorer skal som et minstekrav testes for HIV 1 og 2, Hepatitt B, Hepatitt C, Syfilis og eventuelt HTLV I og II.



**Tilsynsbesøk** ble gjennomført i perioden 23.- 27. september 2013 og omfattet befarings- og stikkprøver knyttet til håndtering av hornhinner, hematopoetiske stamceller, innførsel av menisk- og senevev fra land utenfor EØS-området, samt testing av donorer av celler og vev.

I tillegg ble det gjennomført et kort besøk ved reproduksjonsmedisinsk seksjon. Besøket ble gjennomført for å følge opp helseforetakets bygningsmessige tiltak etter tilsyn gjennomført i 2012.

**Sluttmøte** ble holdt 27. september 2013 på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus.

#### **4. Hva tilsynet omfattet**

Formålet med forskriften er å fastsette kvalitets- og sikkerhetsstandarder ved håndtering av humane celler og vev til anvendelse på mennesker for å oppnå et sterkt vern av menneskers helse, herunder unngå at sykdommer overføres via celler og vev.

Statens helsetilsyn har undersøkt om Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp og styrt følgende oppgaver i tråd med kravene i forskriften:

- oppbevaring av celler og vev
- sporbarhet – muligheten til å identifisere celler og vev – fra donor til mottaker og omvendt
- hindring av sykdomsoverføring via celler og vev – inkludert donortesting
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer – når det gjelder produkter og materialer som kommer i kontakt med celler og vev

Vi har vurdert hvordan ledelsen følger opp håndtering av celler og vev inkludert donortesting, med vekt på:

- opplæring av ansatte
- skriftlige prosedyrer
- avvikssystemer og meldeordninger
- jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang

Tilsynet omfattet ikke håndtering av celler og vev som skal inngå i fremstilte produkter som klassifiseres som legemidler. På tidspunktet for tilsynet gjaldt dette aktiviteten ved Ex-vivo cellelaboratoriet inkludert håndtering av bruske og bruskeceller, og deler av aktiviteten (produksjon av kreftvaksiner) ved Seksjon for celleterapi.

## 5. Funn

Avvik 1:

Oslo universitetssykehus HF mangler informasjon om og gyldige avtaler for oppgaver som blir utført av personale som ikke er ansatt ved helseforetaket. Bruk av hornhinner og beinmateriale skjer uten at helseforetaket kan kontrollere at alle nødvendige kvalitets- og sikkerhetsstandarder er oppfylt.

Avvik fra følgende krav:

Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 34 *Oppbevaring og frigivelse* bokstav d, § 25 *Prosedyrer ved utvelgelse, evaluering og testing* tredje ledd og § 26 *Samtykke*.

Avviket bygger på følgende:

- Retningslinjen *Hornhinnedonasjon* beskriver donasjon og uttak av hornhinner og er utarbeidet ved Øyeavdelingen, Oslo universitetssykehus HF. Ved 39 av totalt 63 norske hornhinnedonasjoner i 2012 ble forespørsel om donasjon og gjennomgang av donors pasientjournal, utført av personale som ikke er ansatt ved helseforetaket. Det foreligger ikke skriftlig avtale som spesifiserer hvilke prosedyrer som skal følges for de nevnte donasjonene.
- Dokumentasjon av oppgavene som er utført når donor er valgt ut av ansatte ved et annet helseforetak, eksempelvis gjennomgang av eksklusjonskriterier og innhenting av informert samtykke<sup>2</sup>, er ikke tilgjengelig for ansatte ved Oslo universitetssykehus HF.
- Prosedyren *Preparering av hornhinner* beskriver oppbevaring og frigiving av hornhinner for transplantasjon. For hornhinner der forespørsel om donasjon og gjennomgang av donors pasientjournal er utført av personale som ikke er ansatt ved Oslo universitetssykehus HF, er det ikke mulig å kontrollere at kvalitets- og sikkerhetskravene til utvelgelse av donor er oppfylt før frigiving.
- Norsk hornhinnebank har utarbeidet dokumentet *Operating Procedures – Norwegian Eye Bank – Biobank*. Dokumentet brukes ved årlig revisjon av aktiviteten ved hornhinnebanken. Revidert utgave fra 2013 dokumenterer antall donasjoner som er utført ved et annet helseforetak, men revisjonen avdekket ikke at Oslo universitetssykehus HF mangler skriftlig avtale som regulerer denne aktiviteten.
- Ortopedisk avdeling har inngått skriftlig avtale for *Biobanken OUS Ortopedisk avdeling* om innførsel av beinmateriale fra en leverandør i et land utenfor EØS-området. Avtalen og dokumentene som følger med beinmaterialet viser ikke om det er innhentet informert samtykke før donasjon av beinmateriale. Det fremkommer heller ikke om donasjonene er gitt vederlagsfritt.
- Avtalen med den aktuelle leverandøren er ikke påført gyldighetsdato og det vedlagte sertifikatet er utløpt. Dette medfører at Oslo universitetssykehus HF mangler sikkerhet

---

<sup>2</sup> Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 26: Uttak av celler kan bare gjøre etter skriftlig, informert samtykke fra donor eller dennes representant. For uttak av celler og vev fra avdøde gjelder transplantasjonsloven § 2.



for at mottatt beinmateriale oppfyller kravene til kvalitet og sikkerhet.

- Rapport etter internrevisjon gjennomført ved Klinikk for kirurgi og nevrofag i 2012, omfatter håndtering av ben- og senevev i henhold til forskrift om håndtering av humane celler og vev. Innførsel av beinmateriale var ikke en del av revisjonen.

Kommentar:

Helseforetaket skal sikre at hornhinner og beinmateriale bare frigis til bruk når kravene til kvalitets- og sikkerhetsstandarder er oppfylt. Virksomheter som frigir celler og vev for bruk til mennesker, må blant annet kunne dokumentere at alle relevante erklæringer og helsejournaler foreligger.

For å sikre at kravene oppfylles når personalet som velger donor ikke er ansatt ved den juridiske enheten som håndterer cellene og vevet, stiller forskriftens § 25 krav om at det skal inngås skriftlig avtale mellom partene. Avtalen skal spesifisere hvilke prosedyrer som skal følges for de aktuelle oppgavene.

Avvik 2:

Oslo universitetssykehus HF registrerer ikke detaljerte opplysninger om produkter og materialer som har vært i kontakt med hornhinner beregnet til bruk på mennesker. Helseforetaket kan dermed ikke vurdere betydningen av produkt- og materialkvalitet ved eventuelle senere komplikasjoner.

Avvik fra følgende krav:

Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 40 *Sporbarhet*.

Avviket bygger på følgende:

- Prosedyren *Preparering av humane hornhinner* beskriver oppbevaring av hornhinner kan oppbevares i *medium 1 og 2*, men det er ikke angitt at detaljerte opplysninger om mediene skal registreres. Relevante detaljer om benyttede medier dokumenteres heller ikke i praksis.
- *Operating Procedures – Norwegian Eye Bank – Biobank* revidert 2013, inneholder et eget avsnitt om dokumentasjon. Nødvendigheten av å dokumentere detaljert hvilke medier som er benyttet for kontroll av kvaliteten ved senere komplikasjoner, er ikke påpekt.

Kommentar:

Forskriftens § 40 *Sporbarhet* krever at virksomheter som transplanterer hornhinner, skal kunne kontrollere alle relevante opplysninger om produkter og materialer som kommer i kontakt med, og som har betydning for hornhinnenes kvalitet. Dokumentasjonen skal gjøre det mulig å vurdere om eksempelvis oppbevaringsmedier kan ha ført til eventuelle senere komplikasjoner hos hornhinnetransplanterte pasienter.

### Avvik 3:

Oslo universitetssykehus HF følger ikke opp at nødvendige smittetester alltid blir bestilt ved mottak og registrering av blodprøver fra donorer av celler og vev.

Avvik fra følgende krav:

Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 17 *Obligatoriske laboratorieundersøkelser*, § 18 *Alminnelige krav som skal være oppfylt ved fastsettelsen av biologiske markører*, § 5 *Årsrapport og godkjenningsregister*, § 53 *Melding om alvorlig uønskede hendelser*.

Avviket bygger på følgende:

- Prosedyren *VIM: Prøvemottak med beskrivelse av mottakskontroll og relevante prøvematerialer* ved Rikshospitalet, beskriver kontroll og håndtering av prøver og prøvematerialer. Prosedyren inneholder en oversikt som viser at det er satt opp analysepakker for donorer av enkelte typer celler og vev, men hornhinne-, beinvevs- og brusdonorer, er eksempelvis ikke tatt med i oversikten.
- Prosedyre *Vurdering av II- stativ* beskriver rekvirering av blodprøver ved Ullevål sykehus. Bioingeniør med opplæring i prøvemottak ved avdeling for mikrobiologi, skal vurdere prøve og rekvisisjon etter angitte retningslinjer. Under punktet om undersøkelser for *Hepatitt* er blant annet *donasjonsprøver, vev til benbank, benvev, cornea/ hornhinner, morsmelk og IVF/ barnløshet* inkludert. Prosedyren omfatter ellers ikke retningslinjer for rekvirering av donorprøver eller omtale av andre aktuelle smittetester for donorer av celler og vev.
- Overordnet prosedyre *Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik* ved avdeling for mikrobiologi, beskriver blant annet rapportering til tilsynsmyndighet og har referanse til forskrift om håndtering av humane celler og vev. Avdeling for mikrobiologi identifiserer ikke alle donorprøver som mottas, og har derfor ikke kontroll med hvilke prøver som er fra donorer. Helseforetaket kan følgelig ikke fange opp og rapportere uønskede hendelser med betydning for overføring av sykdom via celler og vev.
- Avdeling for mikrobiologi har utarbeidet egne prosedyrer for gjennomføring av internrevisjoner og ledelsens gjennomgang. Forskrift om håndtering av humane celler og vev er ikke omtalt i disse dokumentene. Håndtering av donorprøver inngår ikke i lista over *fokusområder* i avdelingens plan for internrevisjoner i 2013.

### Kommentar:

Oslo universitetssykehus HF har godkjenning for *testing av donorer* og må ha rutiner for å håndtere laboratorieundersøkelser for donorer av alle typer celler og vev. Testing av donorer er av stor betydning for å unngå overføring av sykdom via celler og vev.

**Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg:**

De bygningsmessige endringene som inngikk som en del av de iverksatte tiltakene etter tilsyn med reproduksjonsmedisinsk seksjon i 2012, var gjennomført i henhold til helseforetakets handlingsplan.

**6. Vurdering av helseforetakets styringssystem**

Helseforetak som håndterer humane celler og vev beregnet til bruk på mennesker, må etterleve myndighetenes krav til kvalitet og sikkerhet.

Oslo universitetssykehus HF organiserer flere enheter som håndterer celler og vev, inkludert to laboratorier som utfører donortesting. Enhetene tilhører fire ulike klinikker med administrerende direktør som nærmeste felles leder.

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet overordnede prosedyrer for internrevisjon og avvikshåndtering, og klinikkledere innkalles til regelmessige driftsmøter.

Helseforetakets ledelse må sørge for at all aktivitet knyttet til donasjon av celler og vev systematisk blir omfattet av disse oppfølgingstiltakene. Dersom oppgaver utføres av andre enn helseforetaket, skal ledelsen sørge for at kravene kvalitet og sikkerhet ivaretas og følges opp gjennom skriftlige, oppdaterte avtaler.

**7. Regelverk**

- lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)
- forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev
- forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften)
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven)

Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev har egne bestemmelser om internkontroll. Disse kommer i tillegg til og utfyller de generelle bestemmelsene i internkontrollforskriften.



## 8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

Virksomhetsrapportskjema for:	Vedlegg/ tilleggskjemaer:
<b>Seksjon for celleterapi, Radiumhospitalet</b>	Godkjenningsskjema 08/6757
	Årsrapport 2012
	Virksomhetsbeskrivelse – dokument ID <sup>3</sup> 11495 versjon 1
	Ansvarsforhold – dokument ID 12303 versjon 1
	Organisasjonskart, seksjon for celleterapi
	Avvik, feil, uheldige hendelser, bivirkninger – dokument ID 31603 versjon 0
	Meldeskjema til Helsedirektoratet ved alvorlige uønskede hendelser og bivirkninger – dokument ID 31680
	Opplæringsprogram for nyansatte – dokument ID 31617
<b>Ex vivo cellelaboratoriet, Rikshospitalet</b>	Godkjenningsskjema 08/7450
	Årsrapport Ex vivo cellelaboratoriet 2012
	Organisasjonsplan for IMM (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 30533 versjon 2
	System for kvalitetssyring ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin: Hensikt og oppbygning – dokument ID 32504 versjon 2
	Interne revisjoner ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 11115 versjon 0
	Ledelsens gjennomgang i KDI (Diagnostikk og intervensjon) – dokument ID 36916 versjon 3
	Praktisk opplæring av ansatte ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 34223 versjon 0
	Opplæring av ansatte ved Ex vivo cellelaboratoriet (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 9991 versjon 0
	Dokumentasjon på opplæring av ansatte (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 9994 versjon 0
	Stillingsbeskrivelse for Seksjonsleder og QP ved Ex vivo cellelaboratoriet – dokument ID 23953 versjon 0
	Stillingsbeskrivelse for produksjonsleder ved Ex vivo cellelaboratoriet – dokument ID 23966 versjon 0
	Stillingsbeskrivelse for bioingeniør ved Ex vivo cellelaboratoriet – dokument ID 23968 versjon 0

<sup>3</sup> Dokument ID viser til nummereringen i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem (eHåndbok)

<b>Benmargsgiverregisteret, Rikshospitalet</b>	Godkjenningsskjema 08/3832
	Årsrapport 2012
	Organisasjonsplan for IMM (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 30533 versjon 2
	System for kvalitetssyring ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin: Hensikt og oppbygning – dokument ID 32504 versjon 2
	Interne revisjoner ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 11115 versjon 0
	Ledelsens gjennomgang i KDI (Diagnostikk og intervensjon) – dokument ID 36916 versjon 3
	Praktisk opplæring av ansatte ved Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin (Diagnostikk og intervensjon/ Avd. immunologi og transfusjonsmedisin) – dokument ID 34223 versjon 0
	Opplæring av nyansatt koordinator i Benmargsgiverregisteret – dokument ID 40524 versjon 0
	Vedlikehold av kompetanse for ansatte i Benmargsgiverregisteret – dokument ID 23038
	Stillingsbeskrivelse for enhetsleder (N5) ved TI (Seksjon for transplantasjonsimmunologi) (unntatt cellelab) – dokument ID 47526 versjon 0
	Stillingsbeskrivelse for koordinator i Benmargsgiverregisteret – dokument ID 34259 versjon 0
<b>Virologisk og infeksjonsimmunologisk enhet, Rikshospitalet og Enhet for infeksjonsserologi, Ullevål Kirkeveien</b>	Godkjenningsskjema 08/8606 (Rikshospitalet)
	Godkjenningsskjema 08/8488 (Ullevål)
	Årsrapport 2012
	Kvalitetsstyring, MIK (Diagnostikk og intervensjon/ avd. mikrobiologi) – dokument ID 1591 versjon 7
	Organisasjon og ledelse, MIK – dokument ID 1590 versjon 9
	Intern revisjon – dokument ID 1851 versjon 7
	Ledelsens gjennomgang – dokument ID 1805 versjon 5
	Laboratedokument 11 Personale – dokument ID 1601 versjon 11
<b>Reproduksjonsmedisinsk seksjon, Rikshospitalet og Ullevål Kirkeveien</b>	Godkjenningsskjema 10/7484
	Handlingsplan i forbindelse med lukking av avvik gitt etter tilsyn fra Helsetilsynet ved Oslo universitetssykehus HF 1 2012. Ref.: 2011/20001
	Årsrapportering assistert befruktning 2013
	Organisasjon ved Reproduksjonsmedisinsk seksjon – dokument ID 14785 versjon 6
	Kompetansekart og opplæringsplan for sykepleier ved reproduksjonsmedisinsk seksjon



	Kompetansetige for sykepleier ved reproduksjonsmedisinsk seksjon, Rikshospitalet
	Kompetansekart og opplæringsplan ved Laboratorium for reproduksjonsmedisin
	Kompetansekrav ved reproduksjonsmedisinsk laboratorium – dokument ID 24593 versjon 1
	Opplæring og kompetanseutvikling ved Laboratorium for reproduksjonsmedisin – dokument ID 15166 versjon 2
<b>Brusk og stamceller, Ullevål Kirkeveien</b>	Godkjenningsskjema 08/8540
	Organisasjonskart ORT – del 1
	Bruskgruppen i Oslo: Bruskbevarende rehabilitering, kirurgi og brusktransplantasjon
	Rutiner ved bruskhøsting, dyrking og implantasjon ved Ortopedisk Senter, Ullevål universitetssykehus
<b>Senter for øyeforskning, Norsk hornhinnebank, Ullevål Kirkeveien</b>	Godkjenningsskjema 08/10438 og 09/2024 (Innførsel av hornhinner fra USA)
	Årsrapport 2012
	Operating Procedures Norwegian Eye Bank – Biobank (2008, revidert 2013)
<b>Ortopedisk avdeling, bein, menisk og senevev, Rikshospitalet, Ullevål Kirkeveien og Aker sykehus</b>	Godkjenningsskjema 10/7327
	Årsrapport for biobanken OUS Ortopedisk avdeling 2012
	Oslo universitetssykehus virksomhetsportal – nettside for biobanken
	Ledelse og ansvar for Biobanken OUS Ortopedisk avdeling Protokoll 20.11.10/ 4B
	OUS Ortopedisk biobank "Hva må legene vite?" – Internundervisning 16.03.12
	Biobanken OUS Ortopedisk avdeling, Sjekkliste internkontroll – datert 20.11.2010
<b>Oslo universitetssykehus HF, overordnet informasjon (OUS Nivå 1)</b>	Biobank – Bruk av humant biologisk materiale til forskning ved Oslo universitetssykehus HF (Forskning, innovasjon, utdanning) – dokument ID 8867 versjon 1
	Organisasjonskart OUS HF
	Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon (Styringssystem og ledelse/ Kvalitet) – dokument ID 1 versjon 4
	Kvalitetspolitikk (Styringssystem og ledelse/ Kvalitet) – dokument ID 3 versjon 0
	Kvalitetssystemet (Styringssystem og ledelse/ Kvalitet) – dokument 4 versjon 0
	Interne revisjoner – dokument ID 14 versjon 1
	Ledelsens gjennomgang – dokument ID 19 versjon 1
	Kompetansestyring – overordnede prinsipper – dokument ID 5778 versjon 0
	Uønskede hendelser og risikoforhold – registrering og analyse av avvik – dokument ID 11 versjon 3

Dokumentasjon som ble gjennomgått under tilsynet:

Avdeling/ enhet	Dokumentnavn
<b>Senter for øyeforskning, Norsk hornhinnebank, Ullevål Kirkeveien</b>	Preparering og oppbevaring av humane hornhinner – dokument ID 8447 versjon 1
	Hornhinnedonasjon – dokument ID 8428 versjon 1
	Inspeksjon av medium i forkant av hornhinnetransplantasjon – dokument ID 52274 versjon 0
	Hornhinnedonasjon ved Akershus universitetssykehus – dokument ID 8430 versjon 1 (retningslinjen ved OUS HF)
<b>Reproduksjonsmedisinsk seksjon</b>	Interne revisjoner ved Seksjon for reproduksjonsmedisin – dokument ID 29063 versjon 4
	Plan for interne revisjoner ved Reproduksjonsmedisinsk seksjon, 2013
	Revisjonsrapport 11-06-2013
<b>Avdeling for mikrobiologi</b>	Intern revisjon – årsplan og revisjonsvarsel 2013, MIK – dokument ID 1998 versjon 5
	Intern revisjon – rapport 20.06.13
	Lovkrav for MIK – dokument ID 1802 versjon 3
	Ledelsens gjennomgang – dokument ID 1805 versjon 6
	Vurdering av II- stativ – dokument ID 23645 versjon 4 (Ullevål)
	Svarrutiner ved enhet for virologi og infeksjonsmedisin – dokument ID 44927 versjon 0 (VIM Rikshospitalet)
	VIM: Prøvemottak, med beskrivelse av mottakskontroll og relevante prøvematerialer – dokument ID 44610 versjon 1
<b>Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin Seksjon for transplantasjonsimmunologi/ Det norske benmargsgiverregisteret</b>	Rapport etter internrevisjon 24. april 2012
	Rapport etter internrevisjon 28.- 29. november 2012
	Revisjoner og tilsyn 2013 – dokument ID 34763 versjon 1
<b>Seksjon for celleterapi</b>	Transport av stamcelleprodukter til eksterne sykehus – dokument ID 26344 versjon 3
<b>Ortopedisk avdeling</b>	Agreement between AlloSource and the Orthopaedic Department, Oslo University Hospital. Datert 30. november 2011
	AlloSource, Certificate of compliance. Utløpsdato 03/03/2012



Avtale mellom Ortopedisk avdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Ortopedisk avdeling OUS HF. Datert 22. august 2012 Agreement between Banques Univeritaires de Tissus, Brüssel og Orthopaedic Dept, Oslo University Hospital

Korrespondanse mellom virksomheten og Statens helsetilsyn:

- E-post kommunikasjon mellom Randi Smedsrud Oslo universitetssykehus HF, og Tone Blørstad Statens helsetilsyn, vedrørende praktisk gjennomføring av tilsynet.

## 9. Deltakere ved tilsynsbesøket

Navn	Funksjon / stilling	Åpnings- møte	Slutt- møte
Esben Kibsgård	Kvalitetsleder, Avdeling for mikrobiologi	x	x
Tone Berge	Enhetsleder MIK, Enhet for virologi og infeksjonsimmunologi RH	x	x
Camilla G. Johannessen	Enhetsleder (vikar), Det norske benmargsgiverregisteret	x	
Kirsti Hildur Nielsen	Operasjonssykepleier, Ortopedisk biobank OUS	x	
Monica Løbakk	Sekretær, Ortopedisk biobank OUS	x	x
Kjetil K. Melby	Avdelingsleder/professor, Avdeling for mikrobiologi	x	
Tom Tanbo	Seksjonsleder, Reproduksjonsmedisinsk seksjon/ Gynekologisk avdeling	x	x
Peter Fedorcsak	Enhetsleder lab., Reproduksjonsmedisinsk seksjon	x	x
Bjørn Nicolaissen	Medisinsk ansvarlig, Øyeavdelingen/Norsk hornhinnebank	x	
Kristiane Haug Berg	Enhetsleder, Norsk hornhinnebank	x	x
Torstein Egeland	Leder, Seksjon for transplantasjonsimmunologi/Det norske benmargsgiverregisteret	x	
Helen Blegen Ween	Kvalitetsleder, Kvinne og barn klinikken	x	x
Silje Strand	Stedfortreder for enhetsleder, Serologisk enhet, Avdeling for mikrobiologi	x	
Cecilie Nguyen	Kvalitetsleder, Seksjon for celleterapi	x	x
Merete Djupedal	Kvalitetsleder, Seksjon for celleterapi	x	x
Dag Josefsen	Lege, Seksjon for celleterapi	x	x
Gunnar Kvalheim	Lege, Seksjon for celleterapi	x	x
John Slåstad	Lege, Ortopedisk avdeling/proteseseksjonen RH	x	x



Marit Helene Kvalvik	Kvalitetsleder, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin	x	x
Irene Andersen	Enhetsleder, Det norske benmargsgiverregisteret	x	x
Wenche Reed	Seksjonsleder, Stab forskning, innovasjon og utdanning	x	x
Randi Smedsrud	Tilsynskoordinator, OUS	x	x
Erlend B. Smeland	Direktør forskning, innovasjon og utdanning, OUS		x
Kristine Ustgård-Andersen	Overingeniør, Norsk hornhinnebank		x
Terje Rootwelt	Viseadministrerende direktør, Medisin og helsefag, OUS		x
Bjørn Busund	Klinikkleder, Kvinne – Barn Klinikken		x

**Fra tilsynsmyndighetene deltok:**

Seniorrådgiver Tone Blørstad (revisjonsleder)

Seniorrådgiver Thorbjørg Aa. Nordengen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Utrykt vedlegg: [http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase\\_3\\_2.pdf](http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_2.pdf)

---

**SAK 77/2013 RIKSREVISJONENS UTVIDETE KONTROLL AV  
OMSTILLINGSOPPDRAGET TIL OSLO  
UNIVERSITETSSYKEHUS - DOK 3:2 (2013-2014)**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

Riksrevisjonen har gjennomført to utvidete kontroller av omstillingen i Oslo universitetssykehus.

**Dokument 3:2 (2012-2013)**

I 2012 kontrollerte Riksrevisjonen planleggingen av omstillingen i Oslo universitetssykehus HF jf. Dokument 3:2 (2012-2013). Riksrevisjonen fant at planleggingen av omstillingen ikke tok tilstrekkelig hensyn til kjente utfordringer ved bygningsmasse, spredte lokaliteter, ulike IKT-løsninger, rekkefølgeproblematikk og økonomiske rammer. Den rapporterte risiko for gjennomføringen av omstillingen ble ikke godt nok håndtert av eierne, og Riksrevisjonen mente at Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har godtatt for høy risiko. Riksrevisjonen mente mangelfull planlegging og risikostyring underveis ga risiko for manglende effekt av omstillingen. Styret ble orientert om rapporten i styresak 95/2012 i møte den 17. desember 2012.

Styret ble videre orientert om at Riksrevisjonen i 2013 ville følge opp med en utvidet kontroll av gjennomføring og effekter av omstillingene i Oslo universitetssykehus HF. Formålet med kontrollen har vært å vurdere hvordan utviklingen i pasientbehandlingen og ressursutnyttelsen ved Oslo universitetssykehus har vært i perioden 2010 til 2012, og om Helse Sør-Østs styring har lagt til rette for positive effekter av omstillingen i samme periode.

**Dokument 3:2 (2013-2014)**

Riksrevisjonen overleverte rapporten den 28. november i år i sitt Dokument 3:2 (2013-2014) til Stortinget. Dokumentet er tilgjengelig på Riksrevisjonens hjemmeside. Se adresse i vedleggsfeltet til denne saken.

I dokumentet omtales resultat fra utvidet kontroll av status for gjennomføring av omstillingsoppdraget til Oslo universitetssykehus HF. Riksrevisjonen oppsummerer på side ti i dokumentet sitt hovedfunn i kontrollen slik:

*”Omstillingen ved OUS har ennå ikke gitt klare forbedringer i pasientbehandlingen eller ressursutnyttelsen, selv om det på enkelte områder er en positiv utvikling. I oppfølgingen av omstillingen i OUS har verken Helse- og omsorgsdepartementet eller HSØ sørget for å klargjøre hva som skal bli bedre, og når det kan forventes forbedringer. Riksrevisjonen ser alvorlig på at en så omfattende omstilling gjennomføres uten en gevinstrealiseringsplan. I større omstillinger er det etter Riksrevisjons oppfatning avgjørende at eierne sikrer seg et godt grunnlag for å følge opp at omstillinger faktisk fører til forbedringer.”*

**Administrerende direktørs vurdering**

Resultatene fra Riksrevisjonens kontroll inngår i Oslo universitetssykehus sitt arbeid med forbedring av virksomheten, med sikte på å utnytte muligheter og avhjelpe mangler for en pasientrettet, god og effektiv virksomhet. Stortinget vil behandle Dokument 3:2 (2013-2014) våren 2014. Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til orientering.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 19. desember 2013

Saksbehandler: HR-Direktør

Vedlegg: Medarbeiderundersøkelse OUS samlet 2013  
Medarbeiderundersøkelse OUS fordelt på yrke 2013

---

### **SAK 78/2013 MEDARBEIDERUNDERSØKELSEN 2013**

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

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

## Rekordstor oppslutning

Oslo universitetssykehus har for fjerde gang og nå tre år på rad, gjennomført den årlige medarbeiderundersøkelsen. Undersøkelsen er et viktig redskap for å drive lokalt forbedringsarbeid i foretakets avdelinger og enheter. Oppslutningen har i år vært rekordstor ved at 80 prosent av de 16 270 ansatte som fikk tilsendt undersøkelsen har gitt tilbakemeldinger på hvordan de opplever arbeidsmiljøet i Oslo universitetssykehus. Alle klinikkene har oppnådd mer en 70 prosent oppslutning.

Svarprosent for hele virksomheten og ett nivå ned:

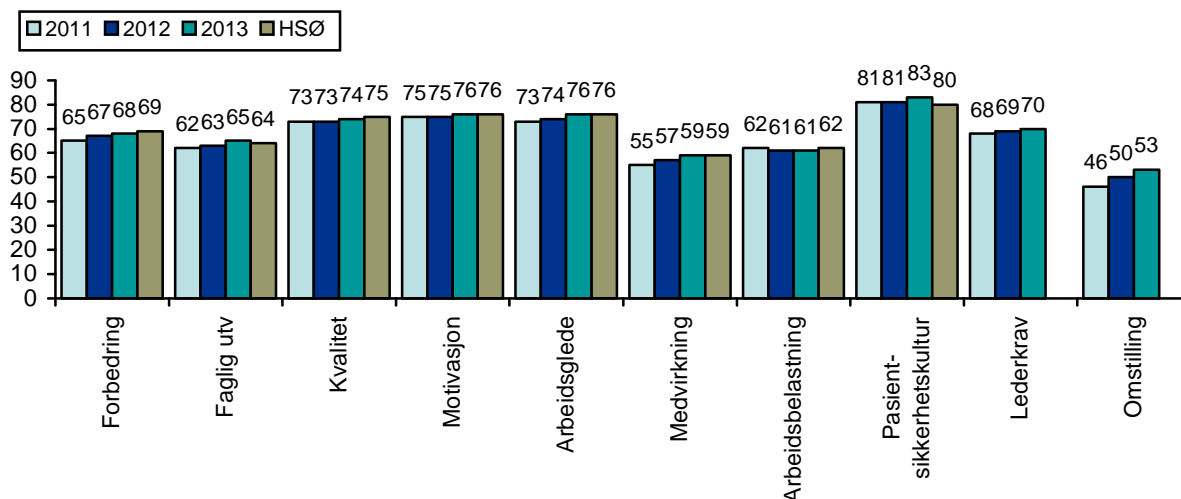
	Svarprosent	Total
1 - OUS Samlet	80%	16270
A150 - KKT Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	78%	2420
1X - OUS ADMINISTRERENDE DIREKTØR - Ledergruppe	100%	9
A100 - PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	83%	1998
A110 - MED MEDISINSK KLINIKK	81%	1180
A120 - KKN KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	73%	2043
A140 - KVB KVINNE - OG BARNEKLINIKKEN	79%	1751
A160 - HLK HJERTE -, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	74%	805
A210 - AKU AKUTTCLINIKKEN	81%	2091
A220 - KDI KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	79%	2093
A300 - OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	87%	1668
A400 - STA STAB	86%	212

## Administrerende direktørs vurdering

Medarbeiderundersøkelsen må først og fremst leses som et uttrykk for arbeidsmiljøet i den enkelte enhet og derigjennom være et bidrag til lokalt forbedringsarbeid. Selv om en rekke enheter har utfordringer så viser de samlede resultatene en trend til at medarbeiderne ved foretaket har økt jobbtillfredshet. Foretakets ansatte skårer også bedre på motivasjon og pasientsikkerhetskulturen. Oslo universitetssykehus skårer høyere enn gjennomsnittet for sykehusene i Helse Sør-Øst 2012 (referansekategori, se figur). Det er særlig legene som skårer høyt på motivasjon, lavt på jobberelatert sykefravær og som vurderer pasientsikkerhetskulturen som god. Administrerende direktør foreslår at saken tas til orientering.

## På riktig vei

Totalt sett ser vi at Oslo universitetssykehus bedrer seg på de fleste områder og ligger nå på gjennomsnittet for de andre helseforetakene i regionen når det gjelder motivasjon og arbeidsglede. Oslo universitetssykehus forbedrer seg på områder som ledelse, medvirkning og omstilling og på pasientsikkerhet.





### Særskilte forbedringsområder

Undersøkelsen viser at arbeidsbelastningen i foretaket fortsatt oppleves som stor, og at Oslo universitetssykehus ligger litt over snittet for helseforetakene i Helse Sør-Øst på dette området. Andre forbedringsområder er mål og medvirkning.

Det er særlig variasjoner mellom de enkelte enheter som viser forbedringsområder og dette vil følges opp i den enkelte enhet.

Frist for handlingsplaner for medarbeiderundersøkelsen er 6. desember 2013

### Medarbeiderundersøkelsen fordelt på yrkesgrupper

Spesialrapport er tatt ut for de yrkesgruppene som i dag framkommer i medarbeiderundersøkelsen. Bakgrunnsvariablene kjønn, alder og ansettelsesforhold benyttes ikke av hensyn til anonymitet.

Ser man på svarfordelingen mellom yrkesgrupper er det forskning og fagutviklingspersonell som skårer høyest på jobbtilfredshet ved foretaket etterfulgt av ledere. Leger, pleiepersonell og annet personell i pasientbehandling ligger alle over snittet i jobbtilfredshet ved foretaket. Administrativt personell, laboratorie- og teknisk personell skårer lavere enn snittet.

Hensikten med å ta ut spesialrapporter på yrkesgrupper er å se hva som er felles og hva som eventuelt er forskjellig mellom de ulike yrkesgruppene ved Oslo universitetssykehus, og for å vurdere om det er sider ved arbeidsmiljøet hos enkelte yrkesgrupper som det er grunn til å se nærmere på ved foretaket som helhet eller på klinikknivå.

TABELL som viser antall svar og resultat på jobbtilfredshet og jobbrelatert sykefravær fordelt på yrkeskategorier, fra 2012 og 2013

Yrkesgruppe	Svar	Jobbtilfredshet		Jobbrelatert sykefravær
		2012	2013	
Leder (med personalansvar)	849	76	80	93
Forsknings- og fagutviklingspersonell	675	81	82	92
Lege	1055	73	76	93
Pleiepersonell	3325	75	77	87
Lab.personell	749	71	72	85
Teknisk/forsyningspersonell	374	70	73	80
Adm/kontorpersonell	1108	71	74	88
Annet fagpersonell i pasientbehandling	1716	75	77	84
<i>Ønsker ikke å svare/ ikke oppgitt</i>	<i>3128</i>	<i>67</i>	<i>69</i>	<i>83</i>
<b>Totalt</b>	<b>12979</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>87</b>

Vi vet ikke på forhånd hvilken yrkesbakgrunn personene i utvalget har og kan derfor ikke få eksakt svarprosent fordelt på yrkesgrupper. Det vi vet er at vi har 2,65 antall pleiepersonell pr lege, i fordelingen blant respondentene er dette forholdstallet 3,15. Det vil si legene er noe underrepresentert, men det kan være at flere av legene her har valgt å krysse av som forskere eller leder istedenfor lege.

# Medarbeiderundersøkelsen 2013

## Rapport for

### **1 - OUS Samlet**

Denne rapporten representerer en mulighet til å praktisere godt leder- og medarbeiderskap.

Et godt arbeidsmiljø er viktig for oss alle, men det skapes ikke av seg selv. Arbeidsmiljøet må både pleies og forbedres. Denne rapporten er starten på det arbeidet. Mye kan gjøres av oss selv, og vi har et felles ansvar for å forbedre de forhold vi selv har innflytelse på. Ledere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte har ulike roller og deltar på ulik måte i dette arbeidet. Alle er vi enige om at oppfølgingsarbeidet må være basert på bred medvirkning fra de som opplever arbeidsmiljøet hver dag – våre medarbeidere.

I år svarte 51% av de som deltok i kartleggingen at de hadde vært involvert i oppfølgingen av forrige medarbeiderundersøkelse.

Foretakets mål er at alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet

Er dere usikre på hvordan, så vennligst ta kontakt med HR i din klinikk.

2

# Medarbeiderundersøkelsen 2013

## Innholdsfortegnelse

Forside	s 1
Innholdsfortegnelse	s 2
Oppsummering av rapporten 2013	s 3
Hvordan lese og bruke rapporten	s 4
Resultat og utviklingsfokus	s 6
Kultur og verdier	s 7
Arbeidsglede og motivasjon	s 8
Arbeidsmiljø og samspill	s 9
Jobbrelatert sykefravær, vold og trusler	s 10
Opplevd lederadferd	s 11
Pasientsikkerhetskultur	s 12
Likeverd	s 13
OUS Lederkrav	s 14
Omstilling og endring	s 15
Oppsummering underenheter (hvis utskrift av dette velges)	s 16 - s 40

## Oppsummering av temaene i medarbeiderundersøkelsen

### Deltakelse i undersøkelsen

For at resultatene av spørreundersøkelsen skal være representative er det viktig at flest mulig deltar i undersøkelsen. I enheter eller ledergrupper hvor svarprosenten i år er under 70%, er det spesielt viktig å sjekke ut med medarbeiderne hva som kan gjøres for å få til en økt deltakelse i fremtiden.

#### Svarprosent fullførte skjema

80%
-----

#### Antall utsendte

16 270
--------

#### Antall påbegynte svar

12979
-------

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. Veiledning til hvordan lese tabellen finnes på neste side.

	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>MÅL</b>	12110	65	63		65	67
<b>FORBEDRINGER</b>	12119	68	67		68	69
<b>FAGLIG UTVIKLING</b>	12136	65	63		65	64
<b>KVALITET</b>	12116	74	73		74	75
<b>TRYGGHET</b>	11993	76	75		76	77
<b>RESPEKT</b>	12060	74	73		74	75
<b>MOTIVASJON</b>	12137	76	75		76	76
<b>ARBEIDSGLEDE</b>	12129	76	74		76	76
<b>TILHØRIGHET</b>	12132	74	71		74	74
<b>MEDVIRKNING</b>	12127	59	57		59	59
<b>ROLLEKLARHET</b>	12130	87	86		87	87
<b>SOSIALT SAMSPILL</b>	12127	78	77		78	80
<b>KONFLIKTER</b>	12126	73	71		73	75
<b>ARBEIDSBELASTNING</b>	12137	61	61		61	62
<b>EGENKONTROLL</b>	12136	47	47		47	46
<b>ROLLEKONFLIKT</b>	12122	67	66		67	69
<b>OPPLEVD LEDERADFERD</b>	12111	75	73		75	75
<b>PASIENTSIKKERHETSKULTUR</b>	10808	83	81		83	80
<b>LIKEVERD</b>	12057	79	78		79	78
<b>OUS LEDERKRAV</b>	12054	70	69		70	69
<b>ENDRING OG OMSTILLING</b>	12031	53	50		53	50

### Indikatorer:

	2012		2013	
	1 - OUS Samlet	1 - OUS Samlet	1 - OUS Samlet	1 - OUS Samlet
<b>Jobbtilfredshet</b>	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>75</b>
<b>Jobbrelatert sykefravær</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>87</b>

	Andel ja svar 2012	Andel ja svar 2013		HF
<b>Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse</b>	48%	51%	–	51%
<b>Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale</b>	66%	67%	–	67%
<b>Opplevd kvalitet Medarbeidersamtale</b>	73%	75%	–	75%

## 4

**Om rapporten**

Medarbeiderundersøkelsen kartlegger ulike forhold som virker inn på trivsel, motivasjon, og helse. Rapporten inneholder en oppsummering av medarbeidernes svar, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid. Bruk rapporten til å:

- Utforske resultatene i samarbeid med medarbeiderene.
- Velge bevarings- og forbedringsområder, og utarbeide tiltak i en handlingsplan for videre oppfølging

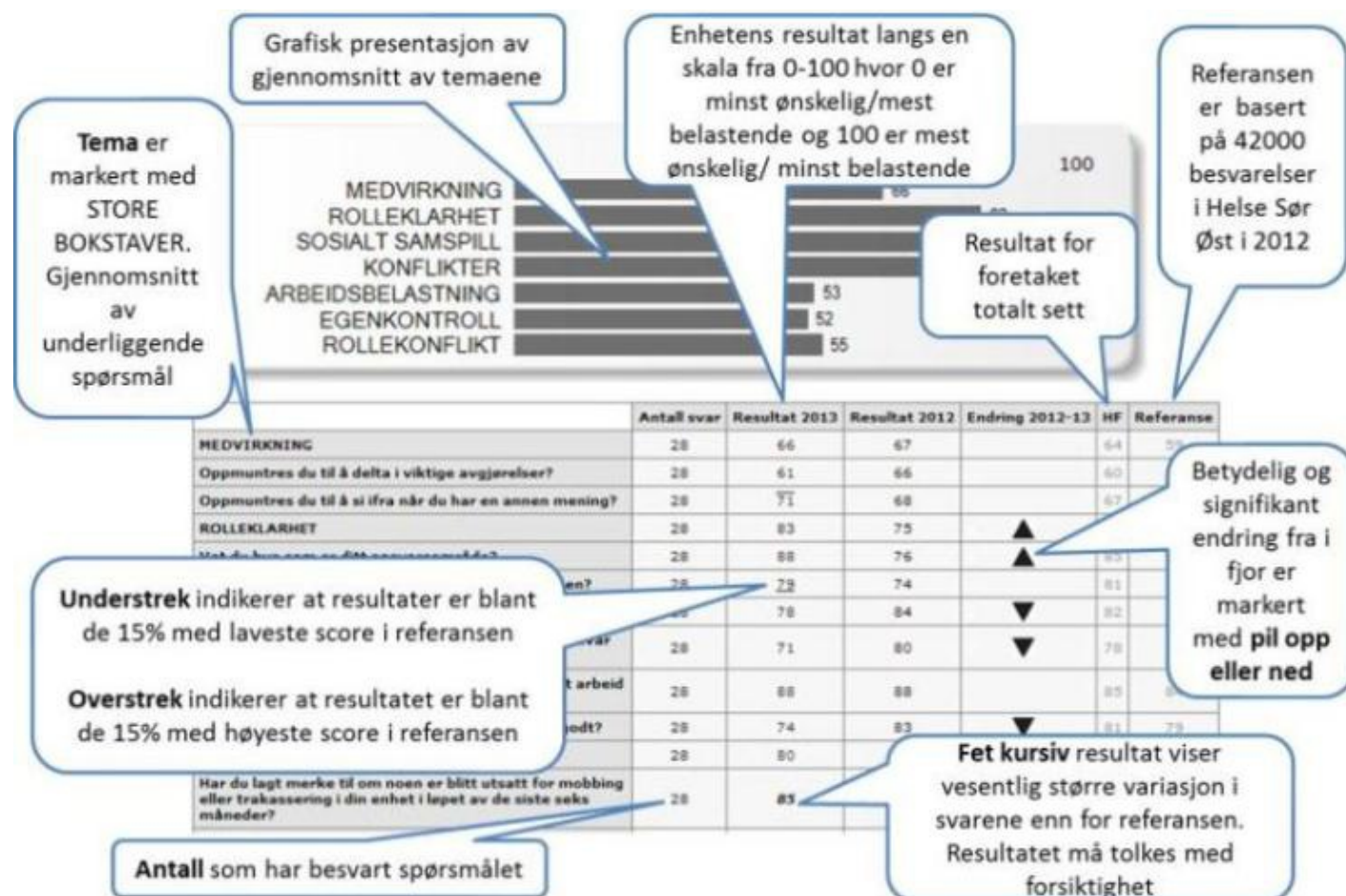
**Lesing av resultatene**

Hvert resultatområde har en liten innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell.

Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. For å kunne skille temaene fra enkeltspørsmålene i rapporten er temaene skrevet med STORE bokstaver. For hvert tema og enkeltspørsmål rapporteres antall personer som har svart, enhetens resultat i år og i fjor, endring fra i fjor, foretakets resultat og en referanse.

Et resultat-tall presentert med fet og kursiv indikerer høy spredning. Det er kun der variasjonen på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultat-tallet presenteres i fet og kursiv.

Referansen som benyttes baserer seg på alle svar i Helse Sør-Øst i 2012 undersøkelsen. Referansen er basert på over 42 000 svar. Et resultat som ligger innenfor et normalområde gis ingen tegnsetting. Der resultatet skiller seg vesentlig fra referansen presenteres dette med strek over eller under resultatet. Resultat blant de 15% laveste presenteres med understrek, og resultat blant de 15% høyeste presenteres med overstrek. En reell endring fra året før markeres med pil opp eller ned.





### **Validering av resultatene**

Rapporten gir et oversiktsbilde over medarbeidernes opplevelser og oppfatninger knyttet til arbeidsmiljøet. Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Noe variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enhet som rapporten gjelder.

### **Lokalt forbedringsarbeid**

All ordinær oppfølging skal skje i lederlinjen. For mange betyr dette avsjekk av hvordan undersøkelsen følges opp i den enkelte enhet/ledergruppe, i ledermøter, i medarbeidersamtale med overordnet leder og ved foretakets resultatoppfølging som f.eks. ledelsens oppfølging. Vernetjenesten skal i henhold til arbeidsmiljøloven medvirke til forbedring av arbeidsmiljøet. Lokalt verneombud bør på tidligst mulig tidspunkt trekkes inn og delta i planleggingen av oppfølgingsarbeidet. Det finnes flere nyttige verktøy som kan benyttes i oppfølgingen av undersøkelsen. Eksempler på slike verktøy finner du på Helse Sør-Øst sine Internettsider: <http://www.helse-sorost.no/verktoykassen>

### **Minst ett bevaringsområde og to forbedringsområder**

Tema og spørsmål i resultatrapporten skal gjennomgås og vurderes i et tilbakemeldingsmøte - se retningslinjen "Medarbeiderundersøkelsen: Lederveiledning for tilbakemeldingsmøte og oppfølging" i e-håndboken. Det er behov for å begrense antall bevarings- og forbedringsområder. Selv om enheten/ledergruppen innen flere tema eller spørsmål oppnår resultater som avviker vesentlig fra sammenligningsgrunnlaget (referansen), betyr ikke dette nødvendigvis at dette er tema som trenger oppfølging. Det er opp til enheten selv å tolke resultatene og prioritere forbedrings- og bevaringsområder. Det skal velges ut ett område som vurderes som et sterkt område som skal bevares og bygges videre på (bevaringsområde), og to områder som vurderes som nødvendige å forbedre (forbedringsområder). La i tilbakemeldingsmøtet medarbeiderne få velge ut de tre områdene de mener det er viktigst å jobbe videre med. For hvert av de tre prioriterte områdene utvikles det tiltak. Tiltakene skal være rettet inn mot forhold enheten selv kan påvirke og gjøre noe med. Tiltakene skal dokumenteres i en handlingsplan. Også medarbeidere bør ha ansvar for å utføre tiltak. Eventuelle tiltak som involverer andre enheter, eller som dreier seg om rammebetingelser, skal følges opp gjennom linjen.

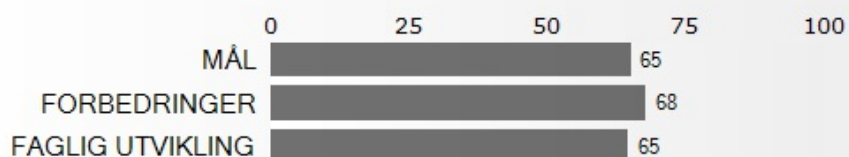
Krav til et systematisk HMS-arbeid er kartlegging, utvikling av tiltak og gjennomføring. Alle aktiviteter (kartlegging, handlingsplan og gjennomføring) skal dokumenteres, slik at de er etterprøvbare. Resultatrapporten utgjør dokumentasjonen av kartleggingen. Alle ledere vil få tilsendt en e-post med tilgang til en elektronisk handlingsplan, hvor områdene og tiltakene en har valgt å jobbe med skal registreres. Elektronisk handlingsplan sikrer en helhetlig dokumentasjon av oppfølgingsarbeidet, muliggjør deling av virksomme tiltak og forenkler rapporteringen av oppfølgingsarbeidet.

6

**Resultat og utviklingsfokus**

Temaene under dette hovedområdet er sentrale i forhold til det å nå resultater og videreutvikle enheten og medarbeiderne.

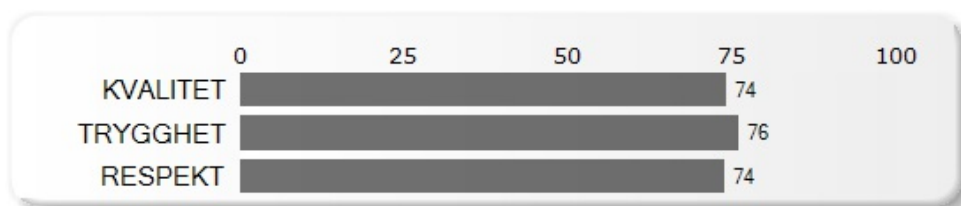
Klare MÅL er viktige for at alle skal kunne bidra best mulig til måloppnåelse. Alle virksomheter har behov for å lære av sine feil og videreutvikle driften. Resultatet for FORBEDRINGSARBEID og FAGLIG UTVIKLING viser medarbeidernes opplevelse av kulturen for dette arbeidet.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>MÅL</b>	12110	65	63		65	67
Enhetens mål er godt kjent for alle ansatte	12268	68	66		68	70
Jeg vet godt hvordan jeg kan bidra til at enheten når sine mål	12189	71	68		71	71
Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål	12171	56	55		56	59
<b>FORBEDRINGER</b>	12119	68	67		68	69
I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik	12209	62	61		62	62
I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold.	12178	69	67		69	70
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	12236	70	69		70	71
Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet	12224	71	70		71	72
<b>FAGLIG UTVIKLING</b>	12136	65	63		65	64
Får utvikle meg faglig gjennom jobben	12191	70	69		70	69
Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	12169	67	65		67	66
Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter	12177	63	62		63	63
Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører	12176	58	57		58	58

## Verdier

Vår visjon er gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Våre verdier, som skal prege vårt arbeid, er kvalitet, trygghet og respekt. Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever at enheten drives i tråd med disse verdiene.

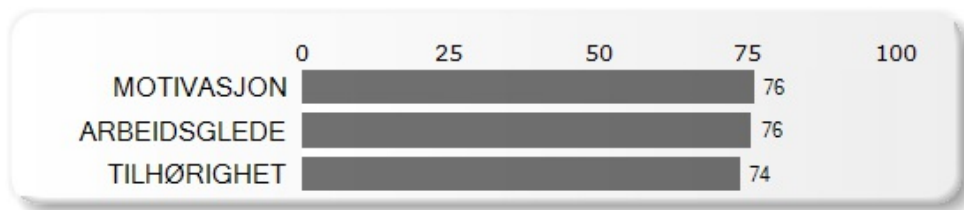


	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>KVALITET</b>						
	12116	74	73		74	75
<b>I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt</b>	12216	74	73		74	76
<b>I min enhet arbeider vi effektivt</b>	12229	72	72		72	75
<b>I min enhet ivaretas høy faglig kvalitet</b>	12220	76	75		76	76
<b>TRYGGHET</b>						
	11993	76	75		76	77
<b>I min enhet lytter vi til pasientenes/servicemottakernes synspunkter</b>	12089	78	77		78	79
<b>I min enhet er vi lett tilgjengelige for pasienter/servicemottakere</b>	12075	77	76		77	78
<b>I min enhet gir vi tilstrekkelig informasjon til pasienter/servicemottakere</b>	12060	73	72		73	73
<b>RESPEKT</b>						
	12060	74	73		74	75
<b>I min enhet tar vi hensyn til pasientens/servicemottakerens livssyn og kulturelle bakgrunn</b>	12003	76	75		76	77
<b>I min enhet overholder vi de avtaler som blir gjort</b>	12132	75	74		75	76
<b>I min enhet blir ting sagt på en tydelig og forståelig måte</b>	12133	70	69		70	71

## 8

**Arbeidsglede og motivasjon**

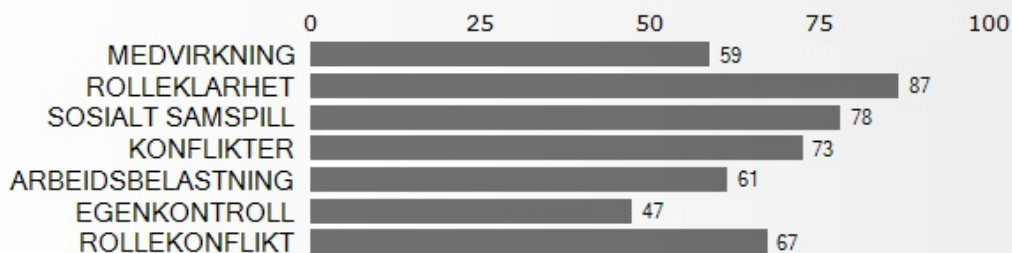
Temaene i dette hovedområdet viser i hvilken grad medarbeiderne opplever MOTIVASJON, ARBEIDSGLEDE og TILHØRIGHET til arbeidsplassen. Det har en klar egenverdi at medarbeidere trives og er motiverte. Jobbtilfredshet virker positivt inn på pasienters opplevelse av behandlingen, og på brukernes/servicemottakernes tilfredshet med tjenesteleveranser. Negative belastninger som er kartlagt under andre tema i undersøkelsen gir økt risiko for fravær og jobbskifte. Temaene jobbtilfredshet og jobbengasjement bidrar til mestringsopplevelse og er en viktig buffer mot negative belastninger.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>MOTIVASJON</b>	12137	76	75		76	76
Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?	12217	75	74		75	76
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	12214	79	78		79	79
Jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende	12210	74	73		74	74
<b>ARBEIDSGLEDE</b>	12129	76	74		76	76
Gleder du deg til å gå på jobben?	12212	76	74		76	77
Hvor ofte fører misnøye med jobben til at du ønsker å bytte arbeidsgiver?	12199	72	70		72	74
Hvor fornøyd er du samlet sett med den jobben du har nå?	12198	78	76		78	79
<b>TILHØRIGHET</b>	12132	74	71		74	74
Jeg sier til mine venner at dette er en god arbeidsplass å jobbe på	12216	74	71		74	75
Denne arbeidsplassen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste	12206	71	68		71	71
Jeg er stolt av min arbeidsplass	12199	76	73		76	75

## Arbeidsmiljø og samspill

Temaene i dette hovedområdet måler belastningsfaktorene **KONFLIKTER**, **ARBEIDSBELASTNING** og **ROLLEKONFLIKT**. Disse faktorene kan skape en opplevelse av negativt stress og bidra til fravær og jobbskifte. I tillegg måles faktorene **MEDVIRKNING**, **ROLLEKLARHET**, **SOSIALT SAMSPILL** og **EGENKONTROLL**, som bidrar til mestring og er viktige buffere mot negative belastninger.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>MEDVIRKNING</b>						
MEDVIRKNING	12127	59	57		59	59
Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?	12193	58	56		58	58
Oppmuntres du til å si ifra når du har en annen mening?	12184	60	58		60	60
<b>ROLLEKLARHET</b>						
ROLLEKLARHET	12130	87	86		87	87
Vet du hva som er ditt ansvarsområde?	12206	88	88		88	89
Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	12195	85	84		85	85
<b>SOSIALT SAMSPILL</b>						
SOSIALT SAMSPILL	12127	78	77		78	80
Er det sosiale klimaet i din enhet preget av medansvar og lagånd	12158	75	74		75	77
Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?	12179	82	82		82	84
Opplever du at samarbeidet i enheten fungerer godt?	12182	77	76		77	79
<b>KONFLIKTER</b>						
KONFLIKTER	12126	73	71		73	75
Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?	12156	86	85		86	88
Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?	12156	69	67		69	71
Når konflikter oppstår i din enhet, blir de håndtert på en god måte?	11846	62	60		62	64
<b>ARBEIDSBELASTNING</b>						
ARBEIDSBELASTNING	12137	61	61		61	62
Er den fysiske arbeidsbelastningen for stor i arbeidet ditt?	12182	65	64		65	66
Er arbeidstempoet ditt belastende?	12165	54	53		54	55
Er arbeidsmengden din belastende?	12154	51	50		51	52
Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?	12155	76	76		76	77
<b>EGENKONTROLL</b>						
EGENKONTROLL	12136	47	47		47	46
Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?	12154	45	45		45	44
Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	12183	50	49		50	48
<b>ROLLEKONFLIKT</b>						
ROLLEKONFLIKT	12122	67	66		67	69
Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?	12151	63	62		63	65
Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?	12133	68	67		68	70
Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?	12070	72	70		72	73



## 10

**Vold og trusler**

Vold og trusler er en stor belastning for medarbeidere som opplever det. I enheter som har utslag på dette temaet (resultat under 100), er det viktig å avklare hvordan episoder med vold/trusler skal følges opp. Det kan være en gjennomgang av etablert prosedyre/praksis og diskusjon om forebygging og forbedring av oppfølging etter hendelser.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder	12174	92	92		92	92

**Jobbrelatert sykefravær**

Arbeidsmiljøloven har en visjon om et helsefremmende arbeidsliv. Ved sykefravær plikter arbeidstaker å melde fra til arbeidsgiver dersom fraværet helt eller delvis skyldes forhold relatert til jobben og arbeidsmiljøet. Dersom enhetens resultat på dette området er under 100, bør det kartlegges hvilke utfordringer som kan gi fravær og hvordan den enkelte skal melde fra om forhold i arbeidet som kan bidra til fravær.

I møter hvor resultatene fra undersøkelsen legges frem må en sikre at det arbeides med resultatene på en slik måte at den enkeltes behov for anonymitet ivaretas. Individuelle forhold følges opp med individuelle samtaler (eks. medarbeidersamtalen).



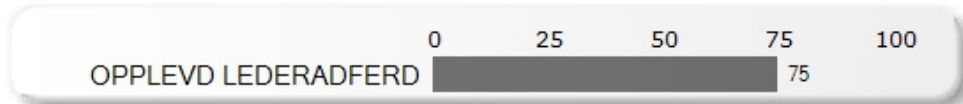
	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)	11201	87	86		87	88

	Andel uten fravær siste 12 mnd 2013	Andel uten fravær siste 12 mnd i 2012
Jobbrelaterte forhold har vært medvirkende til sykefravær jeg har hatt (de siste 12 måneder)	7%	8%

## Opplevd lederatferd

Medarbeideres opplevelse av leders lederatferd er en av flere kilder til å forstå lederskapet. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet.

Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>OPPLEVD LEDERADFERD</b>	12111	75	73		75	75
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	12135	77	75		77	77
Min nærmeste leder er flink til å informere om det som skjer i vår virksomhet	12123	74	72		74	74
Min nærmeste leder stiller tydelige krav til mine arbeidsprestasjoner	12101	69	67		69	69
Min nærmeste leder følger opp det vi blir enige om	12093	72	70		72	72
Dersom jeg ble utsatt for vold/trusler på jobb, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder	12022	81	79		81	81
Dersom jeg ble syk over en lengre periode, ville jeg få god oppfølging av nærmeste leder	12026	76	74		76	76

En av leders oppgaver er å sikre en systematisk oppfølging av medarbeiderne. Nedenfor finner du resultatet som viser hvor mange som mener seg inkludert i oppfølgingen på enkelte sentrale områder.

Det er et krav at resultatet av Medarbeiderundersøkelsen presenteres for de ansatte og følges opp. Alle medarbeidere skal også ha utviklings-/medarbeidersamtale en gang i året. Kvaliteten på denne samtalen er undersøkt ved hjelp av noen enkle avsjekkingspunkter. Det er et mål at flest mulig skal ha en individuell kompetanseutviklingsplan. Hensikten med dette er å få strukturert kompetanseutviklingen i enheten og at den enkelte får en faglig utvikling som er tilpasset enhetens drift.

	Antall svar	Andel ja
Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	12052	51%
Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	12110	67%
Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen til med å klargjøre målene for ditt arbeid?	8045	80%
Hjalp utviklings-/medarbeidersamtalen deg til å finne frem til forbedringer for hvordan du utfører ditt arbeid?	8015	66%
Fikk du gitt de tilbakemeldingene du hadde behov for i løpet av utviklings-/medarbeidersamtalen?	8037	90%
Resulterte utviklings-/medarbeidersamtalen i en skriftlig kompetanseutviklingsplan?	7998	66%
Kompetanseutviklingsplan	12067	54%
Har tiltakene i kompetanseutviklingsplanen blitt gjennomført som planlagt?	6481	64%

## 12

**Pasientsikkerhetskultur**

I 2011 startet en nasjonal kampanje om pasientsikkerhet i regi av Helse og omsorgsdepartementet. Som et av tiltakene i kampanjen er temaet pasientsikkerhet denne gangen med i foretaksgruppens Medarbeiderundersøkelse. Temaet består av to spørsmål. I tillegg rapporteres spørsmål fra de andre temaene i undersøkelsen som er relevante å se i sammenheng med temaet pasientsikkerhet/som virker inn på pasientsikkerhetskulturen.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>PASIENTSIKKERHETSKULTUR</b>	10808	83	81		83	80
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	10525	85	82		85	82
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	10202	80	78		80	78

	Andel ikke aktuell
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	13%
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	14%

**Spørsmål fra andre tema som kan være relevante å diskutere i forbindelse med pasientsikkerhetskultur**

	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik	12209	62	61		62	62
I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold.	12178	69	67		69	70
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	12236	70	69		70	71
Vi oppmuntret hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet	12224	71	70		71	72
I min enhet samarbeider forskjellige yrkesgrupper godt	12216	74	73		74	76
Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter	12177	63	62		63	63
Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører	12176	58	57		58	58

## Likeverd

*Like muligheter for alle medarbeidere er et mål for Oslo universitetssykehus. Spørsmålene under hovedområdet LIKEVERD gir et bilde av hvordan medarbeiderne opplever at dette ivaretas.*

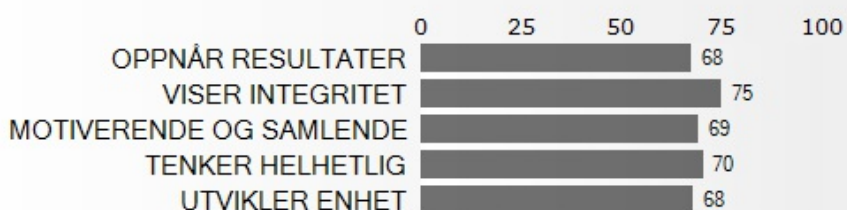


	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>LIKEVERD</b>	12057	79	78		79	78
<b>I vår virksomhet blir alle medarbeidere gitt like muligheter uavhengig av alder, kjønn og etnisk bakgrunn</b>	12088	75	73		75	74
<b>Min nærmeste leder opptrer upartisk og rettferdig ved tilsetninger og fordeling av oppgaver</b>	12041	71	69		71	70
<b>Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for diskriminering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?</b>	12041	90	90		90	91

**OUS Lederkrav**

Lederkravene ved Oslo universitetssykehus gjelder for alle ledere og er innarbeidet i lederfullmakter, i utviklingssamtale for ledere og følges opp i linjeorganisasjonen. Spørsmålene under dette hovedområdet gir et bilde av hvor godt medarbeiderne opplever at lederkravene etterleveres i den daglige ledelsesutøvelsen. Det ligger til overordnet leder i samarbeid med sin medarbeider (leder) å planlegge videreutviklingen av lederskapet. Det er ønskelig at medarbeidernes opplevelse av lederskapet utdypes og at de kan bidra til å få frem konstruktive innspill til hvordan lederskapet i enheten kan forbedres.

Når det gjelder OUS lederkrav er sammenlikningsgrunnlaget OUS som helhet, da disse spørsmålene er unike for OUS og det ikke er en HSØ referanse.



	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>OPPNÅR RESULTATER</b>	12066	68	66		68	66
Min nærmeste leder sørger for at min enhet setter tydelige mål	12070	67	65		67	65
Min nærmeste leder sørger for at min enhet utnytter ressursene effektivt	12038	68	67		68	67
Min nærmeste leder sørger for at det dokumenteres at alle avvik aktivt følges opp og lukkes	11975	68	66		68	66
<b>VISER INTEGRITET</b>	12071	75	74		75	74
Min nærmeste leder gir klart og tydelig uttrykk for egne meninger	12069	76	76		76	76
Min nærmeste leder lytter til andres meninger og ideer	12072	75	73		75	73
Min nærmeste leder sikrer at nødvendige beslutninger blir tatt	12051	73	71		73	71
Min nærmeste leder er lojal mot beslutninger som er tatt	12010	76	75		76	75
<b>MOTIVERENDE OG SAMLENDE</b>	12057	69	68		69	68
Min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros	12055	71	69		71	70
Min nærmeste leder håndterer vanskelige saker profesjonelt	12023	69	68		69	68
Min nærmeste leder håndterer konflikter på en konstruktiv måte	11988	67	65		67	65
<b>TENKER HELHETLIG</b>	12037	70	69		70	69
Min nærmeste leder sørger for at helhetsperspektivet fremmes aktivt i diskusjoner og beslutninger	11974	68	67		68	67
Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider godt med andre enheter	12019	71	70		71	70
Min nærmeste leder samarbeider godt med tillitsvalgte og vernetjenesten	11960	71	70		71	71
<b>UTVIKLER ENHET</b>	12039	68	66		68	66
Min nærmeste leder fremmer fagutvikling, forskning og utdanning	12021	70	68		70	68
Min nærmeste leder sikrer rekruttering og sørger for å beholde personell med høy kompetanse	12002	66	65		66	65



## Endring og omstilling

Dette hovedområdet omfatter spørsmål knyttet til endring og omstilling ved Oslo universitetssykehus. Det er mål at samarbeidet på tvers skal være godt, at medarbeidere opplever å bli involvert og ivaretatt og at det beste fra de fire tidligere helseforetakene blir utnyttet. Spørsmålene nedenfor gir et bilde av i hvor stor grad medarbeiderne opplever at dette skjer.

Når det gjelder Endring og omstilling er sammenlikningsgrunnlaget OUS som helhet, da disse spørsmålene er unike for OUS og det ikke er en HSØ referanse.

0      25      50      75      100  
 ENDRING OG OMSTILLING 

	Antall svar	Resultat 2013	Resultat 2012	Endring 2012-13	HF	Referanse
<b>ENDRING OG OMSTILLING</b>	12031	53	50		53	50
I min enhet har vi ingen "de fra Aker – de fra Radiumhospitalet – de fra Rikshospitalet – de fra Ullevål" – holdninger etter sammenslåingen	11957	62	59		62	59
I min enhet har vi forbedret våre arbeidsformer ved å utnytte det beste fra de fire helseforetakene som er slått sammen (Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål)	11850	55	52		55	52
Innenfor mitt fagområde har vi klart å utnytte den beste fagkompetansen fra alle de fire tidligere helseforetakene	11804	56	53		56	53
Jeg har tro på at Oslo universitetssykehus vil oppnå de ambisjoner som ligger til grunn for sammenslåingen	11924	44	39		44	39
Jeg opplever at medarbeiderne i min enhet har vært tilstrekkelig involvert i omstillingene	11851	46	42		46	42
Jeg opplever at jeg så langt har blitt godt ivaretatt i omstillingsprosessen	11841	56	54		56	54

**Oppsummering av temaene i medarbeiderundersøkelsen pr yrkesgruppe**

Under oppsummeres antall i hver gruppe, deretter hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen per yrkesgruppe

	Leder (med personalansvar)	Forsknings og fagutviklingspersonell	Lege	Pleiepersonell	Lab.personell	Teknisk/forsyningspersonell	Adm/kontorpersonell	Annet fagpersonell i pasientbehandling	Ønsker ikke å svare	2023
	849	675	1056	3333	750	374	1108	1717		2023

	Leder (med personalansvar)	Forsknings og fagutviklingspersonell	Lege	Pleiepersonell	Lab.personell	Teknisk/forsyningspersonell	Adm/kontorpersonell	Annet fagpersonell i pasientbehandling	Ønsker ikke å svare	Total
MÅL	73	72	62	61	69	72	70	66	62	65
FORBEDRINGER	75	74	68	67	72	70	69	69	62	68
FAGLIG UTVIKLING	71	80	67	63	62	63	64	66	58	65
KVALITET	75	80	75	74	77	71	74	76	69	74
TRYGGHET	76	74	75	77	74	75	77	79	73	76
RESPEKT	76	76	74	74	73	73	75	77	70	74
MOTIVASJON	81	85	81	77	71	73	72	78	71	76
ARBEIDSGLEDE	80	82	76	76	74	75	76	78	70	76
TILHØRIGHET	77	80	70	77	71	72	74	76	66	74
MEDVIRKNING	76	72	60	56	56	58	60	60	52	59
ROLLEKLARHET	88	86	84	88	88	87	88	88	84	87
SOSIALT SAMSPILL	77	81	79	82	79	72	77	80	72	78
KONFLIKTER	79	79	70	72	74	72	75	73	68	73
ARBEIDSBELASTNING	60	70	58	60	61	55	68	63	60	62
EGENKONTROLL	50	70	40	43	49	53	51	46	48	47
ROLLEKONFLIKT	61	76	65	68	73	62	69	69	64	67
OPPLEVD LEDERADFERD	80	80	75	74	78	75	78	76	68	75
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	89	82	86	85	82	71	80	85	77	83
LIKEVERD	85	86	80	79	80	76	80	79	72	79
OUS LEDERKRAV	76	78	70	69	72	69	72	72	64	70
ENDRING OG OMSTILLING	61	58	44	52	54	55	60	53	51	53

**Indikatorer:**

	Leder (med personalansvar)	Forsknings og fagutviklingspersonell	Lege	Pleiepersonell	Lab.personell	Teknisk/forsyningspersonell	Adm/kontorpersonell	Annet fagpersonell i pasientbehandling	Ønsker ikke å svare	Total
Jobbtillfredshet	80	82	76	77	72	73	74	77	69	75
Jobbrelatert sykefravær	93	92	93	87	86	80	88	84	83	87

Andel som svarte ja på spørsmål

	Leder (med personalansvar)			Forsknings og fagutviklingspersonell			Lege			Pleiepersonell			Lab.personell			Teknisk/forsyningspersonell			Adm/kontorpersonell			Annet fagpersonell i pasientbehandling			Ønsker ikke å svare		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Involvert i oppfølgingen av forrige Medarbeiderundersøkelse	0,60	0,76	0,75	0,35	0,54	0,60	0,17	0,32	0,32	0,27	0,39	0,43	0,35	0,54	0,53	0,44	0,51	0,55	0,37	0,56	0,58	0,36	0,52	0,55	0,34	0,46	0,51
Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale	0,64	0,79	0,76	0,61	0,68	0,69	0,46	0,54	0,55	0,51	0,60	0,62	0,60	0,76	0,77	0,55	0,66	0,71	0,57	0,73	0,74	0,57	0,71	0,70	0,53	0,65	0,67
Opplevd kvalitet Medarbeidersamtale	0,68	0,69	0,74	0,73	0,76	0,81	0,63	0,63	0,66	0,74	0,76	0,79	0,73	0,74	0,78	0,73	0,71	0,75	0,71	0,75	0,77	0,71	0,76	0,77	0,67	0,67	0,71

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte.: 19. desember 2013

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### **SAK 79/2013 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Beredskap
2. Forsknings og innovasjon
3. Omdømme
4. Årlig melding
5. Pålegg fra Helsetilsynet
6. Økonomiske disponeringer
7. Samhandling
8. Rettstvister – status d.d.
9. Mediebildet - medieomtale
10. Referater

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 11. desember 2013

Bjørn Erikstein

## **Innledning**

Desember er en hyggelig måned ved Oslo universitetssykehus. Da vies ekstra oppmerksomhet til prisvinnere innen forskning og innovasjon, og man imponeres over spennvidden og innsatsen på våre forskningsområder.

Også ellers i året får jeg hilse på enkeltpersoner som markeres av ulike årsaker; det være seg fratreden av avdelingsledere som har vært faglige nestorer over flere tiår eller andre pensjonister, jubilanter som har arbeidet ved sykehuset i 25 eller 40 år og ansatte som æres med kongens fortjenestemedalje av ulike valør. Ved disse anledningene er det alltid en historie som er verdt å lytte til og som en berøres av, mennesker som på ulikt vis har viet sine liv til sykehuset og pasientbehandling.

Desember er også en god anledning til å takke det store flertall av medarbeidere som ikke fikk en medalje, tale, blomsterbukett eller besøk av direktøren. Takk for flott innsats i 2013. En riktig god jul og godt nytt år ønskes dere alle.

### **1. BEREDSKAPSARBEIDET OG OPPFØLGING ETTER 22. JULI 2011**

Styret fikk i møte 15. desember 2011 (sak 146/2011) fremlagt en rapport om Oslo universitetssykehus HF sin håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22. juli 2011. Det ble fattet følgende vedtak: "Styret tar rapporten om Oslo universitetssykehus HF håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22. juli 2011 til orientering".

#### *Behov for styrking av beredskapen etter 22. juli 2011*

Rapporten som ble presentert for styret påviste flere forbedringsområder foretaket skulle jobbe videre med for å stå enda bedre rustet i fremtidige beredskapssituasjoner.

Helsedirektoratets rapport "Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Læring for bedre beredskap" og sluttrapporten fra 22. juli-kommisjonen inneholdt ytterligere forbedringspunkter.

#### *Oppfølging nasjonalt og regionalt*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet fått i oppdrag å koordinere den nasjonale oppfølgingen etter 22. juli. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene bearbeidet læringspunktene fra de nevnte rapportene til et dokument med 24 definerte oppfølgingsområder for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal avstemme hva som anses som helseforetakenes versus de regionale helseforetakenes ansvar.

Helsedirektoratet har videre utgitt IS-0380 - Nasjonal veileder for masseskadetriage.

Nasjonalt kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin leder arbeidet med å lage en nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested. Fagmiljøer og - personer fra Oslo universitetssykehus HF har vært og er sterkt involvert i utviklingsarbeidene.

Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått de 24 oppfølgingsområdene i det regionale beredskapsutvalget. I oppdrags- og bestillerdokumentet for 2013 ble aktuelle deler av oppfølgingsplanen tillagt helseforetakene:

*Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.*

#### *Oppdatering av beredskapsplaner på foretaksnivå*

Beredskapsrådet ved Oslo universitetssykehus HF har på sine møter jobbet med å omsette læringspunkter og Helsedirektoratets oppfølgingspunkter til konkrete endringer i beredskapsplanene. Overordnet beredskapsplan ble endret i mai 2012 og juni 2013. Plan for Foretakets krisehåndteringsledelse ble endret i mai 2012 og august 2013. I tråd med

styresak 146/2011 ble massetilstrømningsplanen endret i juli 2012 og juli 2013 slik at den nå følger likhetsprinsippet ved fordeling av pasienter mellom lokalisasjonene i Oslo universitetssykehus HF. Planen for pårørendehåndtering og psykososial støtte ble endret i juni 2012.

Uten direkte sammenheng med erfaringene fra 22. juli 2011 er det i 2012-2013 også gjort oppdateringer i planene for NBC (nukleært, biologisk eller kjemisk agens), sikkerhetstrusler mot sykehuset, legemiddelmangel, svikt i medisinske gasser og oksygen, høyrisikosmitte og epidemi, svikt i elektrisk kraftforsyning, svikt i IKT-systemer og mobilisering av ansatte i beredskapssammenheng og i ekstraordinære situasjoner.

#### *Spesielle oppfølgingspunkter*

Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene gått til anskaffelse av krisestøttesystemet HelseCIM. Oslo universitetssykehus HF har tatt dette i bruk til loggføring og rapportering ved beredskapshendelser. Kommunikasjonsstaben benytter kommunikasjonsmodulen i sitt daglige arbeid.

Oslo universitetssykehus HF har også gått til anskaffelse av UMS (unified messaging system), et internettbasert system for å varsle og mobilisere ansatte via SMS og talemeldinger ved gul og rød beredskap. Det er primært ansatte i de enhetene som tar imot og behandler pasienter i den første fasen av en massetilstrømningshendelse som blir varslet. Innføring av systemet har høsten 2013 blitt håndtert gjennom etablering av et IKT-prosjekt styrt av beredskapsansvarlig i stab Medisin, helsefag og utvikling. I samarbeid med klinikkene ble det 6. desember 2013 gjennomført test av systemet med deltagelse av 1013 ansatte. Av disse var 319 allerede på jobb på sykehuset, 258 ansatte svarte at de ville kunne møte på jobb innen 30 minutter og ytterligere 144 kunne møtt innen en time.

Prehospitalt senter har i 2013 etablert et funksjonelt beredskapsplanverk knyttet til beredskapssituasjoner, som inkluderer utstyr, infrastruktur og egnede lokaler til krisestab. Fra september 2013 er det døgnbemannet legebil i Oslo. Helse Sør-Øst samler i 2014 styringen av luftambulanseressursene ved AMK Oslo og Akershus, og egne koordinatører er under opplæring.

Oslo universitetssykehus HF har ikke etablert en formell samarbeidsavtale med Folkehelseinstituttet og politiet vedrørende etterlattehåndtering, slik det ble anbefalt i styresak 146/2011. Dette må gjennomgås nærmere i samarbeid med alle aktuelle aktører og samarbeidspartnere.

Oslo universitetssykehus HF har høsten 2013 deltatt i Øvelse Østlandet i regi av Norges vassdrags- og energidirektorat. Gjennom en serie arbeidsmøter i klinikkene, beredskapsrådet og i ledermøte har to konsekvenser og håndtering av to scenarioer vært diskutert:

- Bortfall av eksternt levert strøm i hele foretaket i to døgn
- Evakuering av hele Ullevål sykehus for to uker

I begge disse scenarioene vil det meste av elektiv virksomhet måtte opphøre i perioden. I strømscenarioet vil kun et fåtall pasienter måtte flyttes eller skrives ut. Øyeblikkelig hjelp håndteres uten opphold i foretaket som normalt. Ved evakuering vil det være behov for støtte av andre sykehus til et hundretalls pasienter. Øvrige ca 1200 pasienter vurderes å kunne skrives ut eller overflyttes til andre deler av Oslo universitetssykehus HF. Til grunn for diskusjonene ligger en kartlegging av pasientbelegg og pasientens behov med tanke på evakuering gjennomført ved alle enhetene på Ullevål sykehus. Påviste flaskehals er akuttmottaksfunksjonen på Rikshospitalet og da spesielt mottak av traumepasienter. Andre



forventede flaskehalsar som transportkapasitet, smitteisolater og intensivplasser viste seg å la seg håndtere innanfor rammene av øvelsen.

Riksrevisjonen foretar en utvidet foretaks kontroll i 2013 vedrørende helseforetakenes beredskap innen IKT, strøm og vannforsyning. Oslo universitetssykehus HF leverte sitt svar på Riksrevisjonens innledende spørsmål i desember 2013 og har ikke mottatt tilbakemelding på dette.

## 2. FORSKNING OG INNOVASJON

I sykehusets forskningsstrategi, med tilhørende rullerende handlingsplaner, er det slått fast som et grunnleggende prinsipp at forskningsresultater skal synliggjøres, formidles og deles med andre. Flere tiltak er satt i verk. I 2011 innførte sykehuset en belønningsordning for fremragende originalartikler, med halvårlege kåringer av seks fremragende artikler. I 2013 ble det også innført en årlig kåring av fremragende forskere (Excellent Researcher Award og Early Career Awards). Pristildelingene er blitt svært godt mottatt i miljøene. Vinnere og hovedresultater formidles vidare fra sykehuset via internett og sosiale medier, og refereres ofte vidare i medier som Dagens medisin, forskning.no, universitetets nettsider m.v. Siste tildeling av fremragende artikler er omtalt på sykehuset websider her: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/sykehuset-gjor-stas-pa-forskergrupper.aspx> Det arbeides p.t. med en egen delplan for forskningsformidling.

Sykehusledelsen har, etter forslag fra Forskningsutvalget, også besluttet å satse særskilt på fem fokuserte forskningsområder i perioden 2014-2018, der samarbeid på tvers av klinikker og et tydelig pasientrettet fokus er sentrale kriterier. En søknadsprosess er gjennomført, og sykehusets Scientific Advisory Board har stått for evalueringen. Følgende forskningsområder, som alle bygger på miljøer som også har fått svært gode evalueringer av Norges forskningsråd i siste nasjonale fagevaluering, ble den 10.12.2013 besluttet utpekt i denne satsingen:

*Oslo Regenerative Medicine Initiative*

*Cancer Immunotherapy*

*SMART colorectal cancer - screening, management, research and translation*

*Diastolic Heart Function, Centre for Cardiac Research*

*Oslo Cardiopulmonary Resuscitation Research Network*

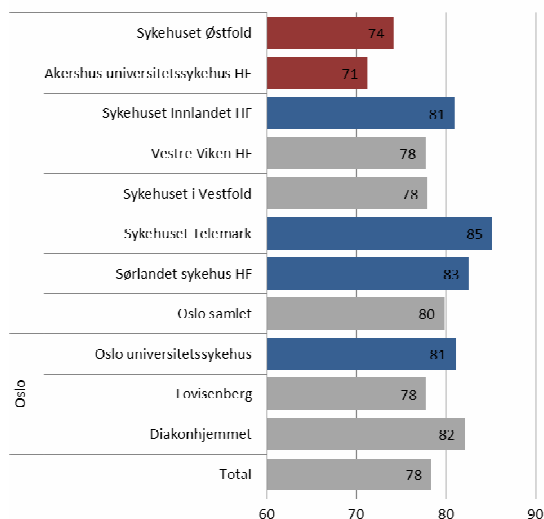
Prosjektene vil bli utført i tett samarbeid med Universitetet i Oslo. Dette samarbeidet var også en egen del av prosjektbeskrivelsen. Samtlige miljøer har også utstrakt nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Også innen innovasjon satses det på synliggjøring og premiering av gode ideer. Innovasjonsstrategien slår fast at "Gjennom økt oppmerksomhet og kunnskap om innovasjon skal det skapes innovasjonskultur innanfor de kliniske, forsknings- og administrative miljøene i sykehuset, slik at idétilfanget øker". I tillegg til Inven2s idépriser, har sykehuset i 2013 innført en egen idékonkurrans, der man to ganger årlig tildeler midler til å videreutvikle ideer som miljøene konkurrerer om. Også denne konkurransen er viktig for synliggjøring internt og eksternt og for bygging av en innovasjonskultur ved sykehuset. Vinnere av idékonkurransen høsten 2013 er presentert på sykehuset websider her: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/setter-pris-pa-innovasjon.aspx>

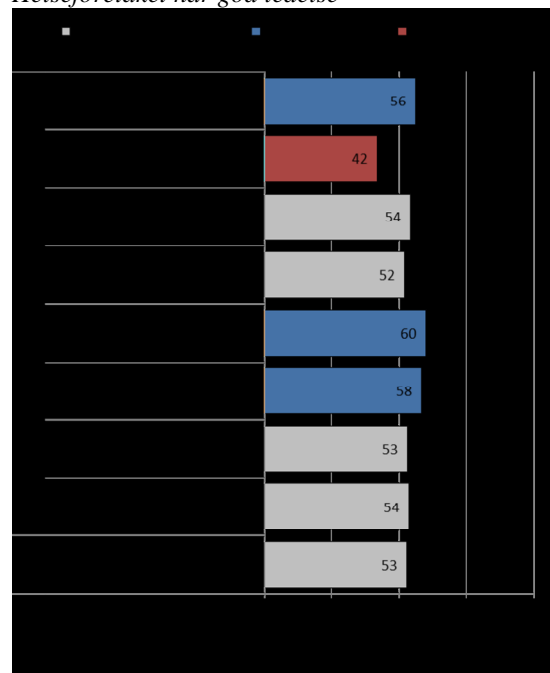
### 3. OMDØMME HØST 2013

Hver høst og vår gjennomfører Helse Sør-Øst en undersøkelse for å kartlegge befolkningens tillit til sykehusene i regionen. Nytt i høstens undersøkelse<sup>1</sup>, er at respondentene bes ta stilling til påstander om det enkelte sykehusområde.

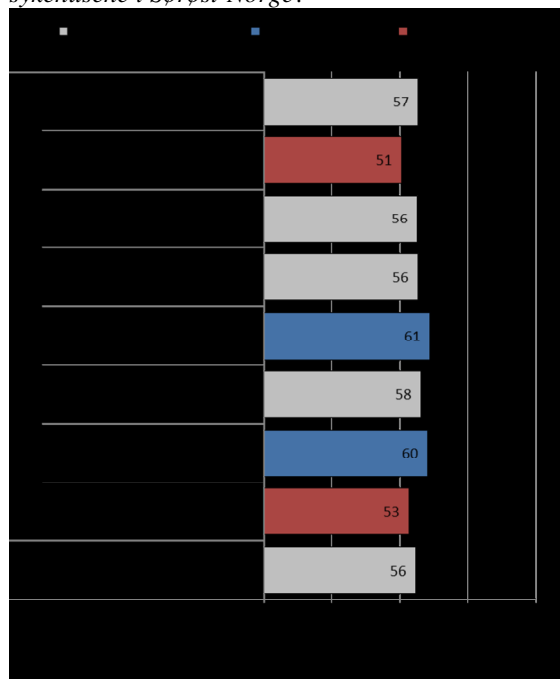
*Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og få behov for sykehusbehandling*



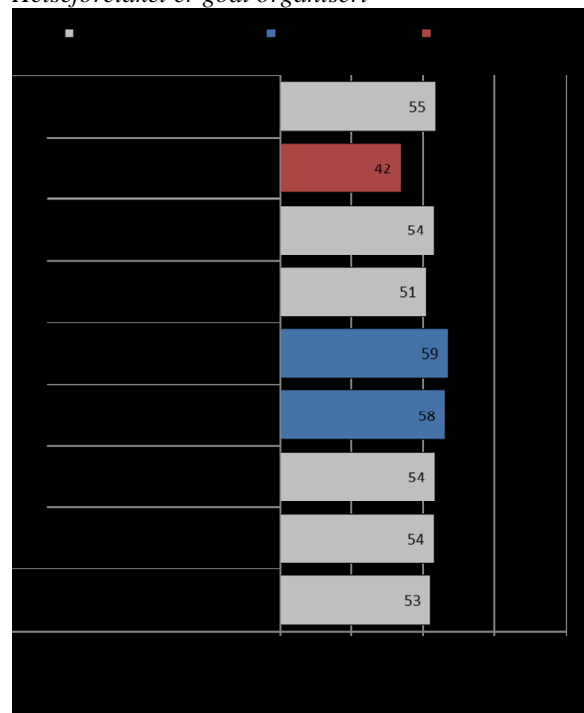
*Helseforetaket har god ledelse*



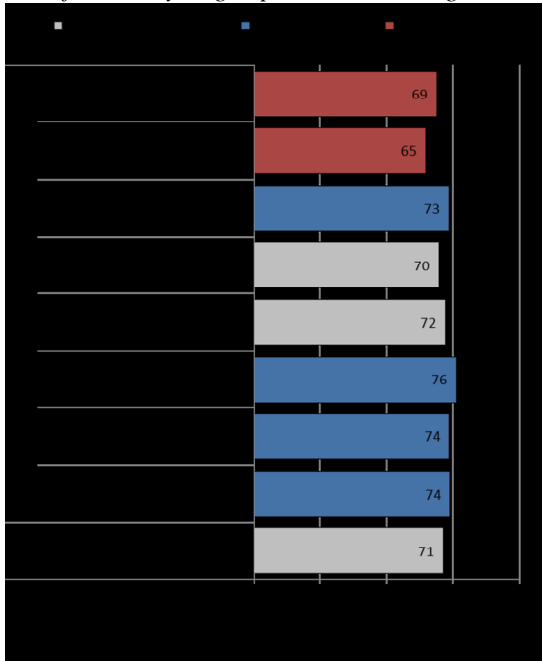
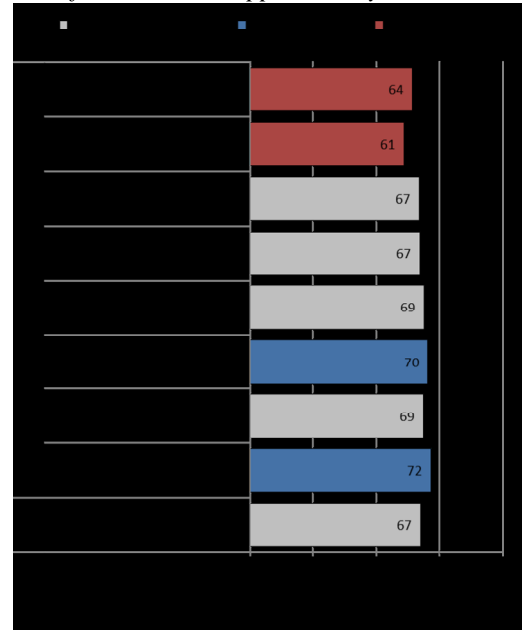
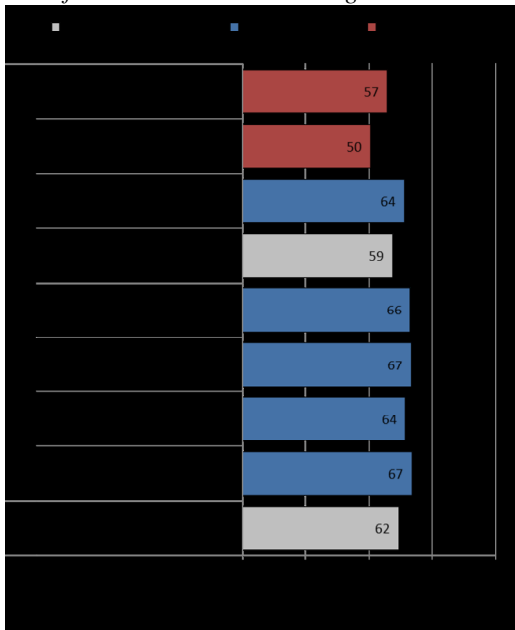
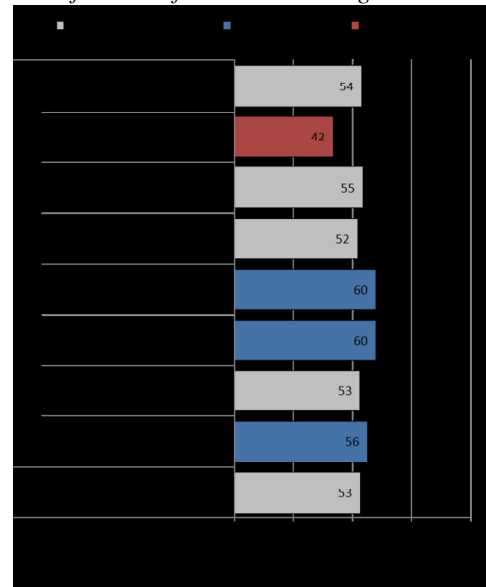
*Alt i alt hvor godt eller dårlig inntrykk har du av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF som eier sykehusene i Sørøst-Norge?*



*Helseforetaket er godt organisert*



<sup>1</sup> Undersøkelsen består av et kvotert utvalg på tilsammen 4900 personer i befolkningen over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst sine sykehusområder. Det er intervjuet 700 personer i hvert sykehusområde i Helse Sør-Øst. Intervjuene ble gjennomført per telefon i perioden 18. september - 21. oktober. Alle resultater som presenteres for Helse Sør-Øst totalt er vektet i forhold til tilsvarende fordeling i kjønn, alder og bosted i befolkningen.

*Helseforetaket yter god pasientbehandling**Helseforetaket lever opp til en høy etisk standard**Helseforetaket har stor troverdighet**Helseforetaket fremstår troverdig i media*

#### 4. ÅRLIG MELDING

Årlig melding skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2014, med innsending av rapportkapittelet i forkant innen 20. januar. Tillitsvalgte, Brukerutvalget og Vernetjenesten er orientert om prosessen og vil også videre få anledning til å komme med innspill. Det er ingen krav fra Helse Sør-Øst RHF om styrebehandling av rapportdelen før innsending 20. januar. Årlig melding, inklusive rapportdelen, vil bli fremlagt for godkjenning i styret i februar 2014.

#### 5. PÅLEGG FRA HELSETILSYNET

Helsetilsynet varsler i brev av 23.10.2013 om vurdering av vedtak om tvangsmulkt pålydende 100 00.- pr måned med virkningsdato 01.01.2014 og inntil sykehuset besvarer 90% av anrop til medisinsk nødtelefon 113 innen 10 sekunder og 100% innen 20 sekunder.

Bakgrunn for saken er pålegg fra Helsetilsynet av 4.juli. 2013 hvor disse krav ble pålagt. Prehospitaltjenester ved AMK har gjennom månedssrapporter holdt ledelsen og Helsetilsynet orientert om resultater, framdrift og tiltak. Resultatene viser bedring fra 65.8% til 79.1% innen 10 sekunder og en bedring fra 90.3% til 95.3% innen 20 sekunder fra juli til november. Det arbeides med en rekke tiltak for å redusere risiko og nå målet som er satt men ledelsens vurdering er at det vil ta ytterligere flere måneder før kravet er innfridd. Desember måned medfører erfaringsmessig større press på tjenestene, spesielt i helgene. Det planlegges i forhold til økt pågang slik at ikke resultatene forverres i desember, men det vurderes som urealistisk å forvente bedring denne måneden isolert. Gjennomgang av resultater og videre framdrift vil bli kommunisert med Helsetilsynet i januar 2014.

## **6. ØKONOMISKE DISPONERINGER**

### **• Replassering av pensjonsmidler**

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Det resterende beløpet på 500 millioner kroner ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

Beløpet som ble plassert i statsobligasjoner er frem til nå replasert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og har på nytt forfalt. Beløpet ble replasert 5. desember 2013. I forkant av beslutningen om replassering ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Deres anbefaling var å replasere 400 millioner kroner i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid og om lag 1 mrd. kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. KLP Kapitalforvaltning AS' anbefaling om å replasere noe i statsobligasjoner med 10 års løpetid forklares med at de lange rentene har økt siden det ble plassert 394 millioner kroner i mai 2013, jf. styresak 45/2013. KLP Kapitalforvaltning AS anbefalte at andelen i SPU blir stående, da avkastningen på denne plasseringen forventes å løfte avkastningsresultatet over tid.

Administrerende direktør i samråd med styreleder besluttet på bakgrunn av eksterne råd og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT å replasere 400 millioner kroner i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid og om lag 1 mrd. kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

### **• Tilskuddsforvaltning**

Under eventuelt i styremøte 31. oktober vedtok styret:

"Styret melder den del av saken som gjelder tilskuddsforvaltning til Helse Sør-Øst RHF for videre oppfølging".

Det orienteres om at brev er sendt Helse Sør-Øst RHF.

## **7. SAMHANDLING**

### **• Områdeplan**

Styret vedtok i sitt møte 3.mai 2012 at områdeplaner skal legges til grunn for samordning og videre utvikling av tilbudene i det aktuelle området. Flere av de planene som ble lagt

fram for styret i 2012 har blitt revidert eller er under revidering. Dette gjelder bla Områdeplan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

En revidert plan som er gjensidig forpliktende for Oslo kommune og Oslo universitetssykehus har fått tilslutning i Samarbeidsutvalget. (Samarbeidsutvalget består av representanter fra alle de sykehusene som betjener Oslos befolkning, bydelsdirektører fra hvert opptaksområde og representanter for de større kommunale etatene).

Planen vil nå danne grunnlag for utarbeiding av underavtaler innenfor områder som kan bidra til helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer, kompetansebygging og -deling, felles melderutiner med mer. Arbeidet med utarbeidelse av underavtaler vil starte tidlig på nyåret.

- **Helseradio på urdu, arabisk og somali**

Oslo universitetssykehus kjører i november og desember nye runder med helseradio på urdu, somali og arabisk for å nå ut med viktig helseinformasjon til den minoritetsspråklige befolkningen i Oslo. Dette gjøres i samarbeid med Pak Radio Voice of Oslo, som er en lokalradio drevet av frivillige på Mortensrud. Pak Radio Voice of Oslo sender på FM 99,3 og har aktive lyttere i hele stor-Oslo området. Tiltaket er støttet av Medietilsynet. Helseradio er livesendinger og inviterer lyttere til å ringe inn under sending for å stille spørsmål til fagpersoner om ulike helsetemaer. Helsepersonell både fra sykehus og kommunen svarer på lytternes spørsmål. Høstens temaer har vært diabetes, demens og tolk og pasientrettigheter.

Vi har gjennom pilotprosjektet i regi av Likeverdsprosjektet (2011) erfart at radio er en veldig god måte å nå ut med informasjon om viktige helsetemaer. Særlig gjelder dette for deler av minoritetsbefolkningen med begrensede norskkunnskaper, eller for de som er analfabeter. Programmene gjøres tilgjengelig etter sending ved at de legges ut som podcast på sykehusets og Voice of Oslo sine nettsider. Vi håper helsearbeidere på sykehus og i kommunen kan bruke disse i sitt informasjonsarbeid ovenfor minoritetspasienter.

- **Abloom filmfestival**

Abloom filmfestival ble arrangert for andre gang 21-23 november 2013, denne gang på Saga Kino. Årets tema var "Felleskap mot ensomhet ". LMS-barn (Lærings- og mestringssenteret-barn og Seksjon for likeverdig helsetjeneste) har vært medarrangører for festivalen, og deltok også i paneldebatten. Konferansen inneholdt en kombinasjon av faglige innlegg og fremvisning av filmer om det å leve med en funksjonshemming, å ha barn med nedsatt funksjonsevne eller å se verden fra et annet perspektiv. Målet med festivalen er å bidra til å forebygge diskriminering og skyld og skam knyttet til funksjonshemming, og vektlegger mestring gjennom at det er mulig å få et verdig liv, til tross for hindringer.

- **"Kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetsspråklige familier"**

4. desember ble det konferansen Kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetsspråklige familier" arrangert for 6. gang. Konferansen arrangeres i et samarbeid mellom LMS-barn og Seksjon for likeverdig helsetjeneste. Årets tema var vold mot barn, og ga de 150 deltakerne mange sterke inntrykk. Viseadmin. dir Tove Strand åpnet konferansen. Øvrige innledere var blant annet Barneombud Anne Lindboe, tidligere overlege Jens Grøgaard og sykepleier Safia Abdi Haase, i tillegg til Fosterhjemstjenesten i Oslo kommune.

- **Kommunikasjon via tolk**

Som et ledd i å styrke ansattes ferdigheter i kommunikasjon via tolk, har sykehuset kjøpt studieplasser på et dagskurs i "Kommunikasjon via tolk" i regi av Høgskolen i Oslo og



Akershus (HiOA). I november har 33 ansatte deltatt på kurset. I tillegg har vi kjøpt opp 60 plasser som fordeles på kurs i 2014.

Kurset gir de ansatte:

- kunnskap om hvordan språkbarrieren påvirker fagpersonens profesjonalitet, tolkens ansvarsområde og arbeidsmåter og forutsetningene for vellykket kommunikasjon via tolk
- tid til å bli bedre i stand til å kommunisere via tolk i de vanligste situasjonene
- økt kompetanse til å kunne legge til rette for vellykket kommunikasjon via tolk og forstå sammenhengen mellom egen profesjonalitet og kommunikasjon via tolk

Kurset er delt opp i seks økter og en avsluttende evaluering. Øktene inneholder forelesning, dialog, rollespill, film og gruppearbeid. Kurset følger en mal utviklet av Institutt for internasjonale studier og tolkeutdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus i 2011/2012, på oppdrag for Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi).

- **Mangfoldsspeilet**

27. november deltok 26 ansatte fra Intern service på OUS på "Mangfoldsspeilet". Mangfoldsspeilet er et måle- og prosessverktøy for offentlige og private virksomheter som ønsker å jobbe systematisk med organisasjonsutvikling i et mangfoldsperspektiv. En forutgående intern kartlegging dannet grunnlaget for dialogkonferansen hvor gruppearbeid, diskusjon og utvikling av tiltak og handlingsplaner var viktige momenter. De ansatte som deltok uttrykte stor tilfredshet med dagen. Mangfoldsspeilet ble arrangert i et samarbeid mellom Stiftelsen Mangfold i Arbeidslivet og Oslo sykehusservice/Internservice og Seksjon for likeverdig helsetjeneste.

## **8. RETTSTVISTER - status per d.d.**

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

#### Ankesak til Høyesterett

Prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Oslo universitetssykehus vant saken i Lagmannsretten og Høyesterett og fikk medhold i at det er hjemmel for å ansette LIS-leger midlertidig.

### Krav om overtidsbetaling - forliksrådet

Sykehuset er innklaget til forliksrådet av ansatte med krav om overtidsbetaling for sommerturnus som skal ha vært ugyldig sommeren 2008. Saken har vært til behandling i forliksrådet, mekling ble gjennomført uten at forlik ble oppnådd. Saken ble innstilt.

### Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferier”

Sykehuset er stevnet av 13 ansatte som mener å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjelder spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er imidlertid avvirket.

Saken er berammet i februar.

Krav om oppreisning – forliksrådet

Det er tatt ut forliksklage mot sykehuset fra etterlatte som gjelder krav om oppreisning etter feilbehandling. Pasientskadenemnda har vedtatt at klagerne har krav på erstatning. Det som faller utenfor NPE saken er oppreisning for tort og svie. Saken er ennå ikke berammet.

Erstatningskrav i kontraktsforhold

Sykehuset har tatt ut forliksklage for et pengekrav mot Det Norske Kartselskap AS. Sykehuset finner å ha grunnlag for at selskapet gjennomgående, systematisk og bevisst har overfakturert sykehuset. Saken går videre til tingretten og det vil bli tatt ut en stevning før jul.

Straffesak

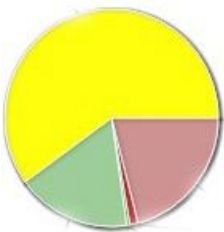
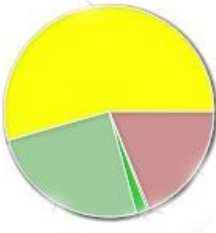
Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid

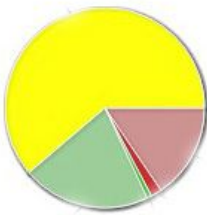
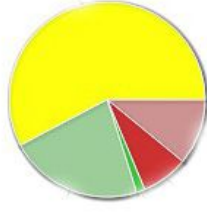
Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven §48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere.

Hovedforhandling har vært holdt 7-31. oktober. Dom ble avsagt 6. desember med frifinnelse.

**9. MEDIEOMTALE 1. SEPTEMBER – 9. DESEMBER 2013**

Antall saker i mediene har økt fra 994 i september, til 1215 i november, totalt 3519 for hele perioden. Desember ligger så langt an til å få noe færre mediesaker enn tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-9.des 2013	405		Positiv: 18 Nøytral: 60 Negativ: 22	Den økende andel negative saker er i hovedsak om bruk av konsulenter og ventetider ved lårhalsbrudd
November 2013	1215		Positiv: 27 Nøytral: 54 Negativ: 19	Måneden ble preget av mer omtale rundt nyfødttintensiven på Rikshospitalet og Riksrevisjonens gjennomgang av sykehuset.

Oktober 2013	905		Positiv: 22 Nøytral: 61 Negativ: 17	Måneden ble preget av ekspertuttalelser og rettssaken om rekruttering av filippinske sykepleiere.
September 2013	994		Positiv: 24 Nøytral: 58 Negativ: 18	Den økte andelen negative saker er i hovedsak om responstid ved AMK og tiltale i sak om rekruttering av filippinske sykepleiere.

Mediebildet har i perioden vært preget av rettssak om rekruttering av filippinske sykepleiere, ekspertuttalelser, mer omtale rundt nyfødtintensiv på Rikshospitalet, kronprinsessens operasjon og Riksrevisjonens gjennomgang av sykehuset.

#### Rettsak om rekruttering av filippinske sykepleiere

7.oktober startet rettssaken der sykehuset var tiltalt for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre filippinske sykepleiere. Medieinteressen var stor for denne saken, særlig i starten. 6.desember falt dom i rettssaken og sykehuset ble frikjent.

#### Nyfødtintensiven på Rikshospitalet

November startet med en ny runde omtale av nyfødtintensiv på Rikshospitalet. Denne gangen er det Sykepleierforbundet som er bekymret for at de aller minste ikke får den behandlingen de skal. De mener også at Helsetilsynet har gjort lite etter en bekymringsmelding som ble sendt inn tidligere. Også denne gangen går kritikken på at det er for få sykepleiere på jobb og at flere av dem som er der mangler opplæring. Avdelingsleder Sverre Medbø står i kritikken og forklarer hva som er gjort for å bedre situasjonen og ivareta pasientsikkerheten. Han får imidlertid beskjeden spalteplass og hans utsagn drukner til dels i kritikken.

#### Kronprinsessens operasjon og ventetider på nakkeoperasjon

Kronprinsesse Mette-Marit ble operert for nakkeprolaps på sykehuset i november. Det genererte mye oppmerksomhet fra svært mange redaksjoner. Som det ofte er når kjente mennesker oppholder seg på sykehuset, blir mye av oppmerksomheten positivt, da vi får en sjanse til å vise frem ekspertise på området.

I kjølvannet av denne saken kom det imidlertid en del negativ omtale, og det ble stilt spørsmål ved hvorvidt hun hadde sneket i køen. Noen dager senere sto en pasient frem i media som hadde ventet svært lenge på den samme operasjonen og som reagerte på at noen fikk hjelp raskt når han hadde måttet vente lenger. Det ble også uttrykt bekymring for kapasiteten på nevrokirurgisk avdeling og ventetid på behandling av nakkeprolaps.

#### Riksrevisjonens gjennomgang av sykehuset

I slutten av november kom Riksrevisjonen med sin rapport etter en gjennomgang av sykehuset. Der ble det blant annet sagt at omstillingen ved OUS ennå ikke hadde gitt klare

forbedringer i pasientbehandling eller ressursutnyttelse, selv om det var bedring å spore på enkelte områder. Dagens medisin skrev ”Riksrevisjonen slakter OUS-prosessen”. Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst fikk også skarp kritikk av Riksrevisjonen i denne saken. Det etterlatte inntrykket i denne saken er negativt.

#### Ekspertuttalelser

Som for de fleste perioder er sykehusets personell på plass i mediene og er eksperter på mange ulike temaer. I denne perioden har det vært spesielt mye oppmerksomhet rundt kreft og MS.

### **10. REFERATER**

- Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24.10.13 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 21.11.13 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 28.10.2013 (vedlegg)

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. november 2013

**SAK NR 085-2013**

**GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. OKTOBER 2013**

***Forslag til vedtak:***

Protokoll fra styremøtet 24. oktober 2013 godkjennes.

Hamar, 13. november 2013

Peder Olsen  
administrerende direktør



## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Oslo
<b>Dato:</b>	Styremøte 24. oktober 2013
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0900-1500

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	Styreleder
Ansgar Gabrielsen	Nestleder
Turid Birkeland	
Kirsten Brubakk	
Trine Dønhaug	
Terje Bjørn Keyn	
Andreas Kjær	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Fra kl 10:20
Anita Ihle Steen	Forfall
Dag Stenersen	
Svein Øverland	
Signe Øye	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje
---------------------

---

### 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:

<b>074-2013</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 12. SEPTEMBER 2013</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 12. september 2013 godkjennes.

<b>075-2013</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER SEPTEMBER 2013</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar rapporten per september 2013 til etterretning.

<b>076-2013</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER 2. TERTIAL 2013</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per 2. tertial 2013 til etterretning.

<b>077-2013</b>	<b>TERTIALRAPPORT 2. TERTIAL 2013 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Tertialrapport for prosjekt nytt østfoldsykehus 2. tertial 2013 tas til etterretning.

**078-2013****STATUS DIGITAL FORNYING PER 2. TERTIAL 2013****Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar tertialrapport for programmet «Digital fornying» per 2.tertial 2013 til etterretning

**079-2013****BRUKERUTVALGET FOR HELSE SØR-ØST RHF -  
STADFESTING AV UTVALGETS VALG AV LEDER****Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret stadfester at Øistein Winje, MS-Forbundet er leder for brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. oktober 2013 til 30. september 2015.

**080-2013****OPPSUMMERINGSRAPPORT FRA  
OPPFØLGINGSREVISJONER I FEM HELSEFORETAK  
VEDRØRENDE PASIENTADMINISTRATIVT ARBEID****Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret tar den fremlagte oppsummeringsrapporten fra oppfølgingsrevisjoner av pasientadministrativt arbeid i fem helseforetak til etterretning.

Styret er tilfreds med at oppfølgingsrevisjonene viser reduksjon i antall funn, men understreker samtidig at videre tiltaksarbeid har stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.

Styret viser til tidligere vedtak i sak 058-2011 og sak 056-2012 samt krav stillet til helseforetakene i foretaksprotokoll juni 2012. Styret legger til grunn at disse følges opp som ledd i administrerende direktør oppfølging av helseforetakene for å sikre at tiltaksarbeidet skaper varig forbedring.

**081-2013**

**ETABLERING AV NASJONAL IKT HF SOM FELLESEID RHF-VIRKSOMHET**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret vedtar at Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer Nasjonal IKT som et helseforetak (Nasjonal IKT HF).
2. Styret slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel og finansieringsandel på 25 % av Nasjonal IKT HF. Etableringen skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne styremedlemmer til styret for Nasjonal IKT HF.
4. Styret slutter seg til at Nasjonal IKT HF har sitt hovedkontor i Oslo/Akershus.
5. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn et innskudd på 1,25 millioner kroner

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland, Keyn, Brubakk og Kronkvist:

Det forutsettes at det finnes en god løsning for medvirkning i styret for Nasjonal IKT HF, også hvis de ansatte i HFet får rett til ytterligere styreplasser, før styret får foretaksavtalen til formell behandling.

**082-2013**

**NYE STYRER I HELSEFORETAK FRA 2014 - PROSESS FOR OPPNEVNING**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret slutter seg til prosessen for oppnevning av nye styrer i helseforetakene fra 2014.

**083-2013**

**ORIENTERINGSSAK: KVALITET OG PASIENTSIKKERHET – VEILEDER FOR UØNSKEDE HENDELSER**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar "Veileder for uønskede hendelser" i Helse Sør-Øst til orientering.

**Styrets enstemmige****V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

**ANDRE ORIENTERINGER**

1. Styreleder orienterer. Det ble orientert muntlig om følgende:
  - Styremedlemmer i HF-styrer som fratrer sitt verv
  - Medarbeidersamtale med administrerende direktør 17. september
  - Oppfølgingsmøte med HOD onsdag 25. september
  - Oppfølgingsmøte med HOD tirsdag 15. oktober
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsorientering om lederskifte på Akershus universitetssykehus.
3. Referat fra møte i brukerutvalget 9. og 10. september 2013
4. Referat fra møte i brukerutvalget 30. september og 1. oktober 2013
5. Brev fra brukere av tilbudet ved Modum Bads Traumepoliklinikk i Oslo
6. Muntlig orientering fra møte i revisjonskomiteen 23. oktober 2013
7. Brev til HOD vedr oppdrag om å foreta en gjennomgang av kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB).
8. Foreløpig referat fra møte i brukerutvalget 16. oktober 2013
9. Tvistesaken mellom Spekter og Unio: Basert på kommentar fra styremedlem Terje Keyn, ble det i lukket styremøte uten de ansattevalgte styremedlemmer til stede, jf helseforetakslovens § 22 og vedtektenes § 8, gitt en muntlig orientering om saken.

**TEMASAKER**

Orientering om kapasitetsavklaringer i hovedstaden  
v/administrerende direktør Peder Olsen og assisterende fagdirektør Folke Sundelin

Møtet hevet kl. 1415



Oslo, 24. oktober 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

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Hamar  
**Dato:** Styremøte 21. november 2013  
**Tidspunkt:** Kl 0915-1450

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

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

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje  
Rune Kløvtveit

---

### 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:**

<b>085-2013</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. OKTOBER 2013</b>
-----------------	--

Det ble foretatt en endring i protokollen under andre orienteringer, punkt 9.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 24. oktober 2013 godkjennes.

<b>086-2013</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2013</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per oktober 2013 til etterretning.

<b>087-2013</b>	<b>BUDSJETT 2014 – FORDELING AV MIDLERTIL DRIFT OG INVESTERING</b>
-----------------	--

**Styrets**

**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til de mål, prioriteringer og premisser for budsjett 2014, som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Følgende faste inntekter og budsjettmessig overslag for ISF- refusjoner fordeles til sykehus-områdene og de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS samt til Helse Sør-Øst RHF for 2014. Tall i millioner kroner:

	Faste inntekter	ISF- refusjoner	Sum inntekter
Akershus SO	5 038	1 736	6 775
Innlandet SO	5 241	1 947	7 187
Oslo SO	13 904	5 018	18 922
Sørlandet SO	3 828	1 479	5 307
Telemark og Vestfold SO	4 972	2 001	6 974
Vestre Viken SO	4 937	1 876	6 813
Østfold SO	3 322	1 158	4 480
Private sykehus med driftsavtale	213	302	516
Helse Sør-Øst RHF	7 084	300	7 384
I alt	48 540	15 818	64 358

For Akershus universitetssykehus HF omfatter tildelingen et ekstraordinært inntektstilskudd på 100,0 millioner kroner.

Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2014, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige krav og rammebetingelser i 2014 vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling for 2014.

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer som følge av Stortingets budsjettvedtak.

3. Aktiviteten innen alle tjenesteområder skal øke fra 2013 til 2014 i samsvar med statsbudsjett for 2014.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
  - Fordele inntektsrammer
    - mellom de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS
    - internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
    - internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
  - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
  - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
  - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
    - Nytt Østfoldsykehus, inntil 800,0 mill. kroner
    - Oslo universitetssykehus HF, inntil 80,1 mill. kroner
  - Fatte investeringsbeslutninger og disponere midler innenfor tilgjengelig likviditet og gjeldende prioriteringer.
5. Fra 2014 etableres en ordning med renteberegning av langsiktig mellomværende mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Styret viser videre til sak 093-2009 hvor det ble besluttet at regionale midler til store byggeprosjekter skal gis som lån. For helseforetak med større byggeprosjekter vil det gjøres særskilte vurderinger av behov for inntektsstøtte samt aksept for resultatmessig underskudd. Styret legger til grunn at det gjøres nødvendige avklaringer i forhold til nytt sykehus i Østfold og nytt sykehus i Vestre Viken, slik at det ikke skapes usikkerhet om de økonomiske rammebetingelsene for disse prosjektene.

6. Det bevilges 1 527 millioner kroner til investeringer i IKT/Digital fornying
7. Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF tildeles lån på henholdsvis 100 og 350 millioner kroner til investeringer i nødvendig bygningsmessig vedlikehold
8. Oslo universitetssykehus HF tildeles et lån på inntil 100 millioner kroner til nødvendige investeringer i medisinskteknisk utstyr.

Votering:

Styremedlem Svein Øverland fremmet følgende alternative forslag til punkt 5 i vedtaket:

5. Det utredes om det er ønskelig og mulig å innføre en forutsigbar og god ordning for renterberegning av langsiktige mellomværende mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket i forbindelse med økonomiplanarbeidet for 2015-18.

Svein Øverlands forslag falt mot 1 stemme. Administrerende direktørs forslag ble vedtatt.

De øvrige punktene ble enstemmig vedtatt.

<b>088-2013</b>	<b>ÅRLIG MELDING FOR 2013 – INNSPILL TIL STATSBUDSJETTET FOR 2015</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2015.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere
  - Utvikling av elektroniske løsninger som understøtter samhandlingsreformen, samt utvikling av takstsystem og andre virkemidler må bidra til mer ambulant virksomhet og fjernkonsultasjoner innen alle tjenesteområder.
  - Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi og legemidler. Bruken og kostnadene er økende og det vurderes å utvide ordningen.
  - Områder hvor helseforetakene finansierer tredjepart bør kartlegges og gjennomgås.
  - Konsekvensen av at kompensasjonen for økte pensjonskostnader endrer ISF-dekningen av beregnede kostnader, bør håndteres i den nasjonale tildelingen av midler, primært ved at ISF-satsene oppdateres eller gjennom omfordeling i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.
  - Det er behov for finansiering av det sentrale utviklingsarbeidet og det regionale og lokale integrasjons- og innføringsarbeidet innen IKT-området. Deler av RHF-



strukturen har en aldrende og fragmentert IKT-infrastruktur og det er et etterslep i investeringsbehovet.

- Videreutvikling av finansieringsregimet slik at formålet for lånefinansiering utvides til å omfatte IKT, MTU og mindre bygnings og vedlikeholdsmessige investeringer. Samt at det gis større mulighet for styring av renterisiko ved at det gis anledning til å kunne etablere rentesikringsinstrumenter med finansielle institusjoner og/eller anledning til å kunne konvertere fra fast til flytende rente.

3. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

<b>089-2013</b>	<b>STIFTELSE AV NASJONAL IKT HF</b>
-----------------	-------------------------------------

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

1. Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtar å stifte Nasjonal IKT HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF.
2. Opprettelsen av Nasjonal IKT HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

<b>090-2013</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

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

<b>091-2013</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

## ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
  - Fra styreledermøtet 29.10.2013, møte med HOD 4.-5.11.2013, valgkomiteens arbeid og rapporter fra Riksrevisjonen som offentliggjøres 28.11.2013
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 23. oktober 2013
4. Referat fra møte i brukerutvalget 16. oktober 2013
5. Referat fra møtet i brukerutvalget 19. og 20. november 2013
6. Brev til Sykehuset Østfold HF om PET-CT til det nye sykehuset i Østfold
7. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 19.11.2013 om Endringer i prinsipper for oppnevning av styremedlemmer til helseforetak.

## TEMASAK

Ventetid ved utredning av brystkreft. Presentasjon av et innovasjonsprosjekt ved prosjektdirektør Andreas Moan, Oslo universitetssykehus HF

Møtet hevet kl. 1435

Hamar, 21. november 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

## PROTOKOLL- Godkjent

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 28. oktober 2013

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, Anna Barlund, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Øyvind Arntzen

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Dato dok: 31.10.2013

Dato møte: 28.10.2013

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Ghazala Naseem (tilsted under sak062-065) , Anna Barlund, Helga Skåden, Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes, Grete Müller, Heine Århus, Lilli-Ann Stensdal.  
Fra Ledelsen: Eva Bjørnsborg, Tove Strand (tilsted under sak 057-060)

Forfall: John Bjørnøy, Øyvind Arntzen, Veslemøy Ruud.

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 057-13	<p><b>Godkjenning av innkalling</b> Sak til Eventuelt: Orientering om brukerpermer fra Klinikk psykisk helse og avhengighet. Orientering om Modul 3- erfaringskonferanse.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling med sakslisten godkjent.</li> </ul>
Sak 058-13	<p><b>Administrerende direktør sin time</b> Tove Strand, viseadministrerende direktør, stilte som stedfortreder for Bjørn Erikstein. Strand gjennomgikk styresakene til styremøtet 31.oktober 2013, samt besvarte spørsmål fra utvalget.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Brukerutvalget tok sakene til orientering.</li> </ul>
Sak 059-13	<p><b>Styresaker</b> Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 31. oktober 2013.</p>
Sak 060-13	<p><b>Møteplan 2014</b> Bakgrunn: Forslag til brukerutvalgets møteplan 2014 ble presentert</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revidert versjon av møteplan 2014 sendes til utvalget for godkjenning og publiseres deretter på brukerutvalgets hjemmeside.</li> </ul>
Sak 061-13	<p><b>Samhandling brukerutvalg, brukerråd i klinikk og ungdomsrådet</b> Bakgrunn: Brukerutvalget ønsker tettere kontakt med brukerråd i klinikk og med ungdomsrådet, for å styrke brukermedvirkning i sykehuset.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det nedsettes en arbeidsgruppe med to representanter fra brukerutvalget, en representant</li> </ul>

	fra brukerråd i kvinne- og barne klinikken og ansvarlig for ungdomsrådet. Arbeidsgruppen møttes 18.november 2013 for å diskutere konkrete tiltak for videre samhandling.
<b>Sak 062-13</b>	<p><b>Handlingsplan Brukermedvirkning 2014-2016</b> Bakgrunn: Brukerutvalget skal medvirke i utforming av handlingsplan. Leder av brukerutvalget presenterte arbeidsutvalgets forslag til handlingsplan. Innspill til tiltak ble diskutert.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalgets arbeidsutvalg utarbeider ett nytt forslag til tiltak til handlingsplan. Forslaget sendes til utvalget for gjennomlesning.</li> </ul>
<b>Sak 063-13</b>	<p><b>Andre råd og utvalg</b> Oppnevning av representant til prosjekter, råd og utvalg. Videre ble brukerutvalget påminnet om å sende godkjente referat/protokoll til hverandre og koordinator etter møtedeltagelse. Brukerutvalget ble orientert om at Forskningsutvalget ønsker å bli invitert til brukerutvalget for å informere om aktuelle saker.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuttlinkkens pasient- og kvalitetsutvalg- Helgå Skåden</li> <li>• Faglig rådgivnings gruppe i Idéfase OUS- Campus Oslo- Heine Århus, vara Tove Nakken</li> <li>• Styringsgruppen i Idéfase OUS- Campus Oslo- Tove Nakken</li> <li>• Koordinere enhet for habilitering og rehabilitering- Kim Fangen, vara Lilli-Ann Stensdal</li> <li>• Audit i barngastro-faget- Veslemøy Ruud</li> </ul>
<b>Sak 064-13</b>	<p><b>Orientering om OUS Idéfase- Campus Oslo v/Tone Ikdahl , Stab medisin, helsefag og utvikling</b> Ikdahl orienterte brukerutvalget om fremdriften i prosjektet Idéfase OUS – Campus Oslo.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget tok saken til orientering.</li> <li>• Ikdahl inviteres til desembermøtet.</li> </ul>
<b>Sak 065- 13</b>	<p><b>Eventuelt</b> Skåden orienterte fra det årlige seminaret i brukerrådet i Klinikk psykisk helse og avhengighet. Årets tema var "Sammen med pasienten utvikler vi morgendagens behandling" (Oslo Universitetssykehus' Strategi 2013-2018). BU i KPA har utviklet en opplæringspakke for brukerrådene som ble gjennomgått og delt ut <a href="#">på seminaret</a>.</p> <p>Videre ble det informert at deltagelse ved Modul 3- Erfaringskonferanse arrangert av SAFO og FFO ikke honoreres av OUS. FFO og SAFO dekker eventuelle reiseutgifter.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget tok sakene til orientering.</li> </ul>